

RESUMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES

CURSO PRECONGRESO Y PUBLICACION BIOMEDICA

C Conferencias

2C. TITULO Y AUTORIA. Nicolás Sabillón Vallecillo. Patólogo. Departamento de Patología, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH. Tegucigalpa, Honduras.

Al escribir el título de un artículo debe considerarse que será utilizado por los servicios de indización y que será leído por miles de personas por lo que el título deberá describir *adecuadamente* el contenido del estudio, de tal forma que resulte comprensible y fácil de localizar. El título debe ser corto, claro y específico; debe tratar de utilizarse el menor número posible de palabras, las que deberán escogerse cuidadosamente para que describan de forma concisa de lo que se trata el artículo. Se recomienda un máximo de 15 palabras de manera que el título no sea demasiado corto que resulte inespecífico ni demasiado largo que utilice palabras innecesarias. Se debe mantenerse el orden de asociación entre las palabras y no deben utilizarse abreviaturas, fórmulas químicas ni nombres comerciales. Se recomienda escribir el título después de redactar el núcleo del manuscrito (introducción, material-métodos, resultados y discusión).

3C. INTRODUCCION Y RESUMEN. Dra. Silvana Varela Martínez, Laboratorio Central de Citología, Secretaria de Salud, Hospital Escuela. Depto. De Patología, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH. Tegucigalpa, Honduras.

Introducción. Es la primera sección del texto y la carta de presentación del resto del artículo, proporciona información sobre tres elementos muy importantes de la investigación: el conocimiento actual del tema, la importancia del trabajo realizado y el propósito del mismo. Los primeros párrafos de la introducción deben servir para que el lector pueda hacerse una idea más detallada del contenido del artículo. Entre los aspectos que deben aparecer en una buena introducción cabe destacar los siguientes: a) Marco teórico del trabajo, en el que se cita y describe brevemente el conocimiento previo del tema y su relación con la investigación realizada. b) Descripción breve del problema de investigación que se trata de resolver con el trabajo en realizado. c) Los antecedentes del trabajo, se analizan estudios previos de otros autores sobre el mismo tema. Se debe procurar citar las contribuciones más relevantes y acompañarlas con la debida referencia. Citar los antecedentes previos y reconocer los estudios precedentes es una obligación implícita que tiene todo autor que escribe un artículo. d) Objetivos del trabajo. Estos deben aparecer formulados con claridad y sencillez. Los objetivos deben formularse de manera clara y precisa, sin pretender ir más allá de lo que realmente se haya hecho. Además, conviene justificar brevemente la importancia o incidencia de cada objetivo en el trabajo que se elabora e) La importancia de la investigación realizada, puede ser obvia para el autor *pero puede no serlo para el lector por lo que nunca está de más describir la importancia del trabajo y su posible aplicación práctica.*
Resumen. El resumen es sumario de toda la información contenida en el artículo, da una visión de conjunto del trabajo, debe definir exactamente de lo que trata el artículo. Deberá permitir al lector identificar rápida y exactamente su contenido para que pueda determinar si es pertinente para sus intereses y decidir si debe leer el trabajo en su totalidad. El resumen de trabajos originales debe informar brevemente de todas las secciones del

trabajo, incluyendo: el objetivo principal y el alcance de la investigación, descripción de los métodos utilizados, los principales resultados y la conclusión principal. En el resumen debe incluirse únicamente los hallazgos positivos, si son utilizadas estadísticas, en este apartado se deberán incluir las que son significativas. El resumen se escribe en un solo párrafo y no debe exceder de 250 palabras. Debe escribirse en pasado. Se recomienda redactarlo después de escribir las demás secciones del artículo. Al final del resumen deberán ir las palabras clave, serán un máximo de 5, si su número no está ya especificado en las "Instrucciones para los Autores" y de ser posible seleccionadas de la lista del MeSH (Medical Subject Headings) o del *Index Medicus*. El resumen y palabras clave deberán escribirse también en inglés.

5C. RESULTADOS. Dra. Cecilia Varela Martínez, Neumóloga. Instituto Nacional del Tórax. Dirección de Postgrados, UNAH. Tegucigalpa, Honduras.

Los resultados en un estudio de investigación original, son la parte constitutiva más relevante ya que proporciona la nueva información, que junto al análisis reflexivo de las otras partes del artículo, constituirán el nuevo aporte al conocimiento que del trabajo de investigación. Es a menudo la parte más corta y fácil de escribir. Se puede efectuar de manera expositiva, en cuadros, figuras o ilustraciones. La presentación de los resultados debe ser coherente con los objetivos del estudio y responder a la(s) interrogante(s) planteadas. La información debe seguir una secuencia lógica, evitando la repetición de la información, por ejemplo la escribe de forma expositiva o en cuadros. Cuando la información se proporciona de manera numérica se deben presentar los valores porcentuales y absolutos. Las medidas deben expresarse con abreviaturas oficiales. Además se debe proporcionar el método estadístico y resultados de este análisis. Los cuadros deben ser enumerados en orden de aparición y el título debe informar el contenido que va a desplegarse en ellos. El cuadro tiene en general tres líneas horizontales, en donde las primeras dos forman un espacio donde se identifica el contenido de las columnas. En general la columna de la izquierda del lector corresponde a las variables y la de la derecha a números y porcentajes. Los cuadros deben construirse de manera que puedan leerse fácilmente, generalmente de arriba hacia abajo. Los cuadros y figuras se adjuntan en páginas aparte como anexo, un cuadro por página. No hay que olvidar citar en el artículo cada cuadro y figura. Respecto a las figuras, deben escogerse aquellas que agreguen información relevante y debe procurarse una buena resolución que resista el proceso de disminución de tamaño cuando ya es editado. Se le recomienda revisar la manera en que se exponen los resultados en la Revista que Usted quiere publicar.

6C. DISCUSION Y CONCLUSIONES. Dra. Jackeline Alger, Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela/ Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH. Tegucigalpa, Honduras

Existe la percepción de que la Discusión es la sección más difícil de escribir en un artículo científico, siendo sin duda una de las secciones más importantes. En esta sección el autor describe la significancia de los resultados. No debe ser una repetición ni resumen de los resultados, sino una interpretación de los mismos, contrastándolos y comparándolos con resultados

de estudios locales, nacionales e internacionales. Por lo tanto, se debe hacer énfasis en los aspectos nuevos e importantes del trabajo, explicar las consecuencias para investigaciones o intervenciones futuras e incluir recomendaciones si fuera apropiado. Se debe evitar reclamar prioridad y aludir a trabajos no terminados. Se deben presentar los principios, relaciones y generalizaciones que los resultados indican y señalar las excepciones o las faltas de correlación, así como delimitar los aspectos no resueltos. Nunca se debe ocultar o alterar datos que no encajen. En relación a las Conclusiones, estas se deben formular de la forma más clara posible, resumiendo las pruebas que respaldan cada conclusión. Las recomendaciones se elaboran en base a las conclusiones. Es necesario revisar las instrucciones para autor de la revista a donde se someterá la publicación desde el inicio del proceso de escritura.

7C. BIBLIOGRAFIA Y PALABRAS CLAVE. Dra. Jackeline Alger, Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela/ Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH. Tegucigalpa, Honduras.

En las publicaciones biomédicas las referencias se presentan de dos maneras. Al final de la publicación, todas las referencias que contribuyeron al trabajo son presentadas en una lista llamada Bibliografía. En el texto de una publicación, las referencias individuales son presentadas en un formato abreviado que refiere a la lista. Hay tres sistemas principales de referencias en texto: orden cronológico (enumeración en la lista de acuerdo a orden de aparición en el texto), orden nominal (enumeración en la lista de acuerdo a orden alfabético) y orden nominal-año (orden alfabético y cronológico en la lista de acuerdo a citación en el texto por apellido del autor y año de la publicación). La Revista Médica Hondureña utiliza el orden cronológico. Un sitio web útil para instrucciones sobre cómo citar artículos, libros, monografías y documentos electrónicos, está disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/> (acceso mayo 2011). Se debe hacer un uso racional de las referencias. En la Introducción se utilizan referencias generales, en la Metodología referencias específicas y en la Discusión, donde se citan la mayoría de las referencias, todas aquellas que sustenten las aseveraciones. Las Palabras Clave se fundamentan en un vocabulario que sirve como lenguaje único en la indización de publicaciones científicas y que es utilizado en la búsqueda y recuperación de temas de literatura científica en las fuentes de información disponibles (BVS, LILACS, MEDLINE, otras). El sitio de los Descriptores en Ciencias de la Salud está disponible en <http://decs.bvs.br> (acceso mayo 2011). Es necesario revisar las instrucciones para autor de la revista a donde se someterá la publicación desde el inicio del proceso de escritura.

9C. REVISION POR PARES (PEER REVIEW). Dra. Nelly Janeth Sandoval, Deramatóloga y Dermatopatóloga Departamento de Patología, Hospital Escuela/Departamento de docencia de Medicina Interna, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH. Tegucigalpa, Honduras

La revisión por pares es un método utilizado en la valoración crítica de los manuscritos enviados a las revistas científicas para su publicación, realizada por expertos en el tema de cada manuscrito específico, con el propósito de validar la calidad, factibilidad y credibilidad del contenido de los mismos. Los revisores son profesionales que no pertenecen al consejo editorial de la revista, con la intención de obtener una valoración independiente, sin perjuicios o conflicto de intereses, desde diferentes puntos de vistas para fortalecer la calidad del trabajo que realizan los autores y editores. Hay tres formas de realizarla: 1- revisión por par simple-ciego, el revisor conoce la identidad del autor, pero el autor no conoce la del revisor; 2- revisión por par abierta, los autores y revisores conocen su identidad y 3- revisión por par a doble ciego donde los autores y revisores son anónimos, actualmente es la más importante y la que garantiza una evaluación crítica más justa de los

trabajos. A pesar que la revisión por pares no es un proceso que esté libre de sesgo e inconvenientes actualmente es considerado desde 1996 como el instrumento más poderoso, transparente y útil para examinar la calidad de los artículos. En síntesis es necesario que cada día aumente el número de revistas médicas Latinoamericanas que pongan en práctica este método con el fin de dar más credibilidad a sus investigaciones, para que se tenga más confianza en su contenido y el manejo de los pacientes sea basado en la información que emerja del estudio en nuestros pacientes y no de otras ajenas como las europeas y anglosajonas, que en muchos casos no se pueden traspasar por las características raciales, ambientales etc.

10C. NORMAS DE PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS BIOMÉDICOS. Dra. Nelly Janeth Sandoval, Deramatóloga y Dermatopatóloga. Departamento de Patología, Hospital Escuela/Departamento de docencia de Medicina Interna, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH/Revista Médica Hondureña. Tegucigalpa, Honduras.

Quando nos referimos a las normas de publicación estamos hablando de forma práctica de los requisitos de uniformidad en la redacción de los manuscritos que se envían para publicación en las revistas científicas biomédicas. En 1978 se reunió por primera vez un grupo de editores de revistas biomédicas en Vancouver, Columbia Británica, dándose a conocer como "grupo Vancouver" para establecer los criterios básicos que debían cumplir los manuscritos para ser enviados para su publicación en una revista científica y fueron publicados en 1979, desde entonces periódicamente se ha ido ampliando en diferentes campos que incluye los formatos de las referencias bibliográficas, elaboración del manuscritos, evaluación, políticas de autoría, autonomía o independencia, deberes y derechos de los editores, revisión por pares, conflicto de intereses, derechos de autor, envíos duplicados a varias revistas, plagio o duplicación, principios éticos etc., y que actualmente se conoce como el comité internacional de editores de revistas médicas, más conocido por sus siglas en inglés ICMJE, que se reúnen una vez al año, el comité fomenta su difusión con fines educativos y sin fines de lucro, el documento debe ser consultado exclusivamente en la página oficial www.ICMJE.org, versión en inglés, el comité no prohíbe la traducción a otros idiomas, pero no responsabiliza por la traducción a otros idiomas. Estos requisitos fueron creados para ayudar a los autores y editores en su tarea de elaborar y difundir artículos biomédicos, proporcionando recomendaciones específicas en la redacción y edición de los artículos. Los autores al conocerlas se darán cuenta que es útil seguirlas para mejorar la calidad y claridad de los manuscritos. Al mismo tiempo cada revista tiene requisitos editoriales propios, que se ajustan a sus propósitos propios, por lo tanto los autores deben familiarizarse también con las instrucciones específicas de la revista elegida para publicar su manuscrito.

11C. ÉTICA EN LA PUBLICACIÓN. Dra. Edna Janeth Maradiaga, Salud Pública. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH. Tegucigalpa, Honduras.

Al hablar de ética en la publicación se deben considerar dos aspectos: uno la ética que se ha seguido en todo el proceso de investigación, es decir, asegurar que las investigaciones sean metodológicamente consistentes, que el investigador se haya apegado a valores tales como la honestidad, objetividad y exactitud. Además que se haya protegido a los sujetos de la investigación a través del respeto a los principios éticos como ser: derecho a la autodeterminación y el conocimiento irrestricto a la información, maximizar los beneficios y reducir los daños que pudieran tener los sujetos de la investigación como consecuencia de las intervenciones aplicadas, brindando un trato justo y el manejo confidencial de la información. El otro aspecto es la ética de la publicación, en este sentido el editor o el Consejo Editorial es el responsable de la revista, es decir selecciona y clasifica el contenido de la misma. A su vez, debe observar que los autores de la publi-

cación hayan participado lo suficiente en la investigación para adquirir responsabilidad pública de su contenido. Ya que no debe considerarse como autor aquella persona que recolecta la información, supervisa el estudio o que simplemente es el jefe del servicio. Actualmente las revistas están aplicando la revisión por pares para intentar mejorar y supervisar la calidad de los artículos y descubrir las posibles faltas éticas. Entre las faltas éticas en la publicación más frecuentes tenemos: plagio, fabricación de la información, falsificación de datos, publicación duplicada, conflicto de intereses. Las consecuencias que puede originar la falta a la ética en la publicación es pérdida de la confianza pública en la integridad de la ciencia, puede llevar a los facultativos a tomar decisiones clínicas que no son las mejores para sus pacientes o a cambiar políticas públicas de salud, educación con consecuencias desastrosas para la población.

12C. TRASTORNOS AFECTIVOS DE LA MUJER. Dra. Sara María Murillo Antúnez, Psiquiatra. Asociación Hondureña de Psiquiatría, Asociación de Salud Mental de la Mujer, Tegucigalpa. Honduras.

Los trastornos afectivos o del humor son un grupo de padecimientos heterogéneos cuya alteración principal es un cambio del estado de ánimo humor o afecto que va desde la depresión a la euforia, pasando por estados combinados de ciclotimia, hipomanía y bipolaridad. Tanto la Clasificación de las enfermedades Mentales (CIE-10) de la OMS como El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) de la Asociación Psiquiátrica Americana los agrupan en Episodios Afectivos, Trastornos Depresivos y a los Trastornos Bipolares. La Alta Prevalencia de los Trastornos afectivos en la Mujer nos hace considerar los diferentes factores predisponentes. Los factores genéticos, biológicos, dinámicos y psicosociales que ubican a la mujer en un mayor grado de vulnerabilidad. La evaluación psiquiátrica debe de incluir una historia clínica completa con una adecuada anamnesis de los síntomas, aspectos relacionados al ciclo ovárico y menstrual, el perfil tiroideo en general aspectos de tipo orgánico. Debe de incluirse también aspectos ligados a la personalidad o rasgos predominantes de la misma como las respuestas anteriores a situaciones de estrés, violencia y abuso sexual, físico o psicológico. Los factores culturales que permiten ubicar a la mujer en roles sociales preestablecidos ligados al concepto de género en relación a la feminidad como el de cuidadora asignada, esposa madre, hija, hermana deben de ser descritos claramente ya que estos predisponen en mayor grado a trastornos afectivos. La Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos afectivos en la mujer involucra si fuese necesario un equipo multidisciplinario de especialidades medicas como la Ginecología, Endocrinología y Psiquiatría así como Psicólogos Clínicos y Trabajadores Sociales comprometidos en poder lograr la tan apreciada Salud Mental de las pacientes y sus Familias.

13C. ATENDIENDO LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH-SIDA. Dr. Manuel Aguilar Cruz, Médico General, Hospital Evangélico, Siguatepeque, Comayagua.

La pandemia de VIH-SIDA sigue creciendo y para diciembre del 2009 ONU/SIDA reportaba 33.3 millones de PVVS, todas ellas con necesidades de atención de diferente índole, de tratamiento antiretroviral (TAR) y en muchos casos hospitalización, lo cual desborda en algunos países los ya agobiados sistemas de salud. De allí la necesidad de reforzar la educación de pacientes, familiares y la comunidad para brindar los cuidados básicos en el ambiente del hogar que es el mejor por: el apoyo de familiares y amigos, reduce tensión, costos, se recobran de enfermedades asociadas con mayor rapidez y con el TAR. Esa atención se puede dar por un proveedor de cuidados de salud, voluntario o familiar entrenado, monitoreado por personal de salud profesional, que maneja adecuadamente el diagnóstico, actividades de tratamiento, además educa, entrena y asiste a ese proveedor en la continuidad del cuidado para satisfacer las necesidades del paciente,

considerando su integralidad como ser humano en los aspectos físico, psíquico, emocional, social y espiritual. De allí la razón de este manual, donde se revisan aspectos generales de transmisión del virus, medidas de bioseguridad y los cuidados en esas diferentes áreas. En lo física: higiene personal, medio ambiente, nutrición, ejercicio y la protección de infecciones. En la psico-emocional: qué hacer una vez que se le diagnostica su infección, cómo afrontar las diferentes reacciones posteriores y las consecuencias directas de la acción del virus. En lo social: sus relaciones interpersonales, aspectos financieros, legales y otros. En lo espiritual: cuáles son algunos de los pensamientos del paciente y las respuestas que Dios da en la Biblia. Al final se habla sobre el TAR y su adherencia, las señales de proximidad y muerte además de los cuidados que debe tener el cuidador del paciente. Cada sección se acompaña de porciones de la Biblia que consideramos pertinentes.

16C. TRAUMA GENITO URINARIO. Dr. Edin Quijada, Cirujano Urólogo. Hospital Mario Catarino Rivas; Clínica Bendaña; San Pedro Sula, Honduras.

Trauma genitourinario constituye una de las situaciones que caracterizan la urgencia en urología, lo cual representa el 10% de lesiones en emergencia quirúrgica. En la mayoría de los casos no se presentan solas, sino acompañadas de daños a otros órganos. Cuando se trata de lesiones a nivel genital, tienen la característica de ser evidentes y de abundante sangrado. Como en todo traumatismo, es de vital importancia el mecanismo por el cual se generó la lesión para determinar los probables órganos afectados, la edad del paciente y el biotipo del mismo. Se han determinado traumas contusos o penetrantes, donde accidentes automovilísticos o heridas penetrantes con arma corto punzante y de fuego, han sido las principales causales, como también las causas iatrogénicas. Se trata de exponer nuestra casuística de más de 6 años, tanto a nivel estatal como privado. Evidenciar el manejo de condiciones traumáticas en la vía genitourinaria, renales, ureterales, vesical y genitales externos para el médico general. En etapas tempranas de su generación y recepción en emergencia, el uso de métodos diagnósticos de una manera selectiva y ordenada, su manejo intraoperatorio y las secuelas de tal situación en la vida del paciente.

17C. DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL). Dr. Nelson Chinchilla Cálix, Neurólogo Epileptólogo. Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

Se refiere al diagnóstico clínico constituido por alteraciones cognitivas tempranas, que se apartan de la normalidad, sean éstas *Mnésicas* o *no Mnésicas* ó una combinación de ambas en pacientes por lo demás autónomos y sin criterios clínicos de demencia. Estos pacientes funcionan globalmente bien excepto por tener limitaciones en las funciones cognitivas señaladas. El protocolo de detección de DCL incluye valoración neurológica clínica, pruebas: test neuropsicológicos que ayuden a la temprana detección del declinar cognitivo así como el establecimiento precoz del tratamiento más oportuno. Criterios clínicos: 1. Quejas cognitivas con respecto a su edad y nivel previo de educación, usualmente relacionadas con declinar en la memoria, preferiblemente corroborado por un informante *Forma Amnésica*. 2. Deterioro cognitivo, en otras funciones cerebrales superiores distintos de la memoria; *Forma No Amnésica*. 3. Funciones cognitivas generales esencialmente normales. 4. Actividades de la vida diaria conservadas en gran medida. 5. No demenciado. Evaluación: La historia clínica es de particular importancia, además de realizar una exploración del estado mental y un examen neurológico general. Los test neuropsicológicos son de gran ayuda pero nunca deberán de hacerse en forma aislada y sin el enfoque clínico integral experimentado. Dentro de pruebas laboratoriales están incluidas las neuroimágenes con resonancia magnética craneal, EEG, PET/SPECT y otras pruebas que se consideren oportunas. El DCL es una entidad clínica que debe ser reconocida tempranamente puesto que para el primer año de realizado el diagnóstico un 10% habrán progresado a demencia y para el

cuarto año hasta un 50%. Los que presentan DCL de tipo mnésico usualmente progresan a demencia de Tipo Alzheimer mientras que los pacientes con DCL de tipo no mnésico progresan a otros tipos de demencia degenerativas o enfermedad vascular cerebral. Es de suma importancia clínica detectar ésta condición lo más temprano posible para identificar DCL.

20C. DESAFIO ETICO-QUIRURGICO EN LOS PACIENTES TESTIGO DE JEHOVA. EXPERIENCIA PERSONAL. Dr. Mario Renán Iriás. Cirujano General. Abogado. Unidad de Asesoría Médica Legal Hospital Regional del Norte, Instituto Hondureño de Seguridad Social. San Pedro Sula, Honduras.

Los Testigos de Jehová constituyen un grupo fundamentalista. Existen alrededor de 5 millones de adeptos en el mundo. Su Doctrina está basada en la Biblia e incluyen un total rechazo a las transfusiones de sangre y derivados. ¿Cuáles son esos "Principios Bíblicos" en que se basan? Se hace una revisión sobre varios países acerca de la conducta que se sigue con estos pacientes. Además de los principios bíblicos, se hace una revisión de los principios médicos que se aducen para evitar ser transfundido. Cuál ha sido la experiencia con los Testigos de Jehová en el Hospital Regional del Norte del Seguro Social, qué conducta hemos seguido. ¿Se debe o no transfundir en casos extremos aún a sabiendas que de no hacerlo se muere el paciente? Constituye delito este accionar? ¿Tiene algún valor el documento que ellos presentan donde rechazan el ser transfundidos aun a costa de sus vidas? Se discute como determinar cuál debe ser la conducta nuestra como médicos en estos casos y revisar lo que la Legislación Hondureña dice al respecto y sus conclusiones.

23C. MANEJO DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN LA SALA DE URGENCIAS. Dr. Max Aguilar, Especialista en Medicina Interna, Cardiología Intervencionista. Instituto Hondureño de Seguridad Social; Hospital del Valle; San Pedro Sula.

La aterosclerosis es un proceso que comienza aun en la primera década de la vida. Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad a nivel mundial. Los síndromes coronarios agudos son desencadenados por la formación de un trombo intra coronario. Los síndromes coronarios agudos pueden clasificarse en angina inestable/infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (AI / IAM SEST) y en infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAM EST). La presentación clínica suele ser de dolor torácico opresivo en reposo, acompañado de diaforesis y frialdad y dependiendo de la gravedad del caso hasta de choque y edema agudo pulmonar. El abordaje inicial incluye la realización de electrocardiograma, análisis de enzimas cardíacas sobretodo de tropoinas. Al caracterizar el tipo de síndrome se puede determinar si el riesgo es bajo, en este caso el manejo es inicialmente conservador, con el uso de medicamentos antiplaquetarios, antitrombóticos, vasodilatadores y Beta-bloqueadores. Si se trata de AI/IAM SEST en el que se concluyó que el riesgo es alto, se debe de escoger la opción de invasión temprana con cateeterismo urgente y revascularización con Angioplastia y Stent; en este caso la terapia médica sirve de coadyuvante. En el caso de IAM EST la conducta debe de ser reperfusión urgente ya sea con trombolisis o con angioplastia mas colocación de Stent. En cuanto más rápida sea la reperfusión, mayor será el beneficio de sobrevida.

24C. URGENCIAS DERMATOLÓGICAS. Dra. Johana Bermúdez Lacayo, Médico Internista/Dermatóloga. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

La dermatología es concebida, en general, como una especialidad que no enfrenta emergencias, puesto que la mayoría de las patologías cutáneas pueden ser resueltas, sin grandes complicaciones, en una consulta y en un gabinete de procedimientos. Sin embargo, en nuestra experiencia espe-

cializada hemos tenido la valiosa posibilidad de constatar que, en efecto, existen innumerables afecciones de la piel cuyo carácter de urgencia debe ser considerado, entre ellas reacciones cutáneas adversas a medicamentos, exantema fijo medicamentoso, necrólisis epidérmica toxica, pitiriasis rosada, eritrodermias, eritema exudativo multiforme y síndrome de Steven-Johnson. Existen otras emergencias menos frecuentes que si amenazan la vida del paciente como herpes zoster facial donde la rama oftálmica del quinto par craneal está afectada. Lo más importante es el tratamiento oportuno con dosis adecuada de acuerdo al peso del paciente. Se describirán las principales características de algunas de ellas.

26C. HIPOACUSIA SUBITA. Dr. Jesús Aguilar Paredes, Otorrinolaringólogo. Instituto Hondureño de Seguridad Social; Hospital La Policlínica; Tegucigalpa, Honduras.

La Hipoacusia Súbita Neurosensorial Idiopática (HSNSI) es una disfunción del oído interno cuya causa no puede ser determinada con los actuales métodos de diagnóstico clínico. Se define como una Hipoacusia Neurosensorial de por lo menos 30dB en tres frecuencias audiométricas consecutivas en menos de tres días. Clínicamente el paciente refiere un pérdida súbita, usualmente unilateral de la audición, pudiendo acompañarse de acúfenos, mareos e inestabilidad. Es una situación muy incómoda para el paciente que la padece y en la emergencia al examen físico no encontramos ninguna alteración evidente. Un número de teorías han sido propuestas para explicar la etiopatogenia de HSNSI, incluyendo infección viral, oclusión vascular, ruptura de membrana laberíntica, mecanismos inmuno-modulados y respuesta anormal al stress celular dentro de la cóclea. La incidencia de la HSNSI puede ser tan alta como 300 por 100,000 por año. Para poder llegar a un diagnóstico adecuado, aparte de una buena anamnesis, se necesitan estudios especiales, como una otomicroscopía, audiometría tonal, logoaudiometría, impedanciometría y potenciales evocados auditivos de tronco cerebral. Múltiples tratamientos han sido establecidos, incluyendo agentes antivirales, agentes hemodiluyentes, expansores plasmáticos, preparaciones de hierbas, minerales y vitaminas, batroxobina, carbógeno, oxígeno hiperbárico, la disminución de altos niveles de fibrinógeno agudamente elevados, inmunoterapia o corticoterapia intratimpánica o sistémica, a veces considerada el "Gold Standard" del tratamiento. En algunos casos, algunos ORLs escogen no dar ningún tratamiento ya que las tazas de recuperación espontánea van desde el 32% al 70%. Hacen faltan futuros ensayos clínicos para validar el tratamiento ideal para la HSNSI. Mientras no haya evidencia clara, los riesgos y beneficios de cualquier tratamiento propuesto, deberán de ser discutidos en detalle con el paciente antes de que el tratamiento comience. Si es necesario para el médico de emergencia y el médico general deberán cuanto antes remitir al paciente al especialista (ORL, Fonoaudiólogo/a o Neurólogo).

27C. MANEJO AMBULATORIO DE LA HERIDA OPERATORIA COMPLICADA. Dr. Carlos Antonio Arias Palencia, Cirugía General. Instituto Salvadoreño de Seguridad Social; Unidad Médica "San Jacinto"; Hospital Roma; San Salvador, El Salvador.

La infección de herida operatoria es una de las causas de consulta frecuente en las áreas de emergencia de atención hospitalaria, siendo esta uno de los indicadores que refleja el alto costo económico, familiar y social del tratamiento de dicha complicación. La tasa de infección quirúrgica oscila entre 3.5 y 4% de los pacientes postquirúrgicos del área de cirugía general y ginecología y obstetricia, de tal forma que se ha visualizado la necesidad de estandarizar, clasificar y realizar una guía para el manejo ambulatorio de la complicación de la herida operatoria post-quirúrgica. Dicha clasificación está basada en la evaluación clínica de la herida que puede ser seroma, hematoma o herida purulenta, teniendo en cuenta la integridad de la aponeurosis y que va a depender de cada uno de los casos en particular, la

utilización de la guía. La finalidad de dicho protocolo es clasificar, estandarizar y determinar el manejo ambulatorio la herida operatoria complicada. Además, disminuir los costos de tratamiento hospitalario e incluir al paciente y a su familia en el proceso de curación.

28C. RETENCION URINARIA AGUDA. Dr. Daniel Chinchilla Reyes, Cirujano Urólogo. Hospital Mario Catarino Rivas; Clínica Bendaña; San Pedro Sula, Honduras.

La retención aguda de orina (RAO) es la urgencia urológica más frecuente. Se produce como consecuencia de la obstrucción infra vesical que impide el adecuado vaciado de la vejiga; esta obstrucción puede ser consecuencia de un obstáculo mecánico (hipertrofia prostática benigna, estenosis, válvulas uretrales, etc.), fruto de alteraciones funcionales (vejiga neurógena, micción no coordinada, etc.) o medicamentos. Es la causa más frecuente de insuficiencia renal reversible; por lo tanto de gran importancia diagnóstico y tratamiento inmediato. Como enfrentar este tipo de paciente de acuerdo a su sexo, grupo etario, entendiendo sus posibles causas y las posibles consecuencias de una colocación de catéter, técnica de colocar la sonda para evitar el dolor en este procedimiento, como evitar complicaciones o enfrentar una uretra infranqueable son retos que son fácilmente superados si se conoce la fisiología de este tipo de enfermedades. Si existe ingesta de medicamentos como alcohol y antidepresivos, el tiempo prudencial para recuperar la función vesical con este tipo de medicamentos puede ser variable, si no existe mejoría debemos considerar el agotamiento del musculo vesical o la descompensación del equilibrio de la enfermedad obstructiva de este tipo de medicamentos en un tiempo que permita superar la crisis en forma pronta y simultanea. Cuando el paciente tenga alto riesgo de infección, evidente infección u otras complicaciones, su ingreso es mandatorio. Evitar sepsis o complicaciones como Síndrome de Fournier, edema escrotal no infeccioso, falsas vías, es muchas veces posible si se estandariza una técnica permanente y correcta de canalización. La RAO en el post operado dependiendo si se trata de un paciente con algún grado de prostatismo o de una paciente sometida a un procedimiento ginecológico muchas veces será superable después de un periodo mediano por el uso de sonda y el uso de alfa bloqueador.

30C. PROTOCOLO DE IMÁGENES DEL TRAUMA ENCEFALO CRANEANO. Dr. Carlos Paz Haslam, Radiólogo. Centro de Imágenes Médicas "DIAGNOS", San Pedro Sula, Honduras.

El trauma de cráneo es una causa importante de muerte y discapacidad en todo el mundo. Particularmente en personas jóvenes. Solo en los Estados Unidos 1.4 millones de personas sufren trauma de cráneo cada año, de estos mueren 50,000 y 235,000 son hospitalizados. Entre las causas más frecuentes se pueden señalar: caídas (28%), accidentes automotores (45%), accidentes laborales (10%), asaltos (5%) y lesiones en deportes de contacto (10%) y la mayoría de las muertes están relacionadas con lesiones provocadas por proyectiles de armas de fuego (90%). Los estudios de imagen son parte indispensable del manejo de estos casos: la tomografía computarizada es el método de elección en el estudio de la lesión aguda del cráneo. La resonancia magnética es el mejor método para ser utilizado en lesiones sub agudas crónicas y en la sospecha de la lesión traumática no accidental. La radiografía convencional tiene poca utilidad en la valoración del trauma de cráneo y únicamente debe de utilizarse en lesiones penetrantes y en la búsqueda de cuerpo extraño radio opaco. Para pacientes con lesión craneal leve (escala de Glasgow 13 – 15) se utilizan los criterios de Canadá y Nueva Orleans, ofreciendo una potencial reducción de tomografías innecesarias. Estas reglas no se aplican si el Glasgow es menor de 13, en pacientes con trastornos de coagulación y fracturas abiertas obvias. Los métodos de imagen son parte fundamental del protocolo del manejo del paciente con trauma de cráneo.

32C. RECONOCIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMO. Dr. Fernando R. Valerio Pascua, Médico Intensivista. Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras.

33C. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CHOQUE SÉPTICO. Dr. Luis Enamorado Vaquero, Especialista en Cuidados Intensivos. Instituto Hondureño Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras.

La sepsis y el choque séptico continúan siendo causas frecuentes de morbilidad y mortalidad en la atención de nuestros servicios de salud, con una mortalidad reportada de aproximadamente del 25-30%, estando en las primeras 4 causas más frecuentes de mortalidad en adultos. La sepsis se clasifica en: sepsis leve, sepsis severa y choque séptico. La sepsis es representada por una respuesta inflamatoria sistémica, con una serie de liberación de mediadores de la inflamación como IL1, IL 6, factor de necrosis tumoral y otros, desencadenan signos y síntomas caracterizados por: frecuencia cardíaca mayor de 90x', frecuencia respiratoria mayor de 20x', fiebre de 38.3°C y/o la presencia de hipotermia menor de 36°C, con exámenes de laboratorio que representan la respuesta inflamatoria leucocitosis mayor de 12000 y/o leucopenia menor de 4000, la presencia de 10% de bandas FSP, pro calcitonina mayor de 2 derivaciones estándar de su valor de referencia, proteína C reactiva mayor de 2 derivaciones estándar de su valor de referencia e hiperglicemia mayor de 140mg/dl sin ser diabético.- La sepsis severa se caracteriza por lo anterior con disfunción a órgano blanco con: creatinina mayor de 2mg/dl y/o disminución del volumen urinario menor de 0.5mg/ Kg/h, elevación de bilirrubinas mayor de 4mg/dl, INR de 1.5, daño pulmonar PaO2/FIO2 menor de 300 o síndrome insuficiencia respiratoria del adulto PaO2/FIO2 menor de 200 y la presencia de choque la presencia de presión sistólica menor de 90mmHg y/o disminución de 40mmHg de la presión basal junto a la sintomatología anterior.- El tratamiento a base de objetivos presión arterial media >70mmHg, presión venosa central entre 8-10mmHg, diuresis >0.5cc/Kg/h y Saturación O2 >88 junto otros objetivos.

34C. TRANSPORTE DEL PACIENTE PEDIATRICO EN ESTADO CRÍTICO. Dra. Linda Yajeira Banegas Pineda, Pediatra Intensivista. Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras.

El transporte de un paciente crítico incrementa su riesgo de morbimortalidad, por lo que la decisión del transporte extra hospitalario, interhospitalario e intrahospitalario debe hacerse tomando en cuenta beneficios versus riesgos. El riesgo puede ser minimizado si se realiza bajo estándares mínimos de calidad: planificación, personal calificado, selección y preparación del equipo. La comunicación concerniente a la condición y tratamiento del paciente debería ocurrir antes y durante el transporte, confirmando si el área a donde es transferido tiene las condiciones para recibir al paciente. Mínimo dos personas entrenadas en manejo de la vía aérea, soporte vital avanzado, cuidado crítico deben acompañar al paciente. El transporte de un niño en estado crítico requiere el mismo nivel de monitoreo que se le proporciona en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Para el mantenimiento de la vía aérea se requiere: bolsas de resucitación, mascarillas de tamaño adecuado, disponibilidad de oxígeno de acuerdo a las necesidades proyectadas mas una reserva de 30 minutos. Se debe disponer de drogas para la reanimación cardiovascular y suplemento de fluidos intravenosos a través de bombas de infusión con baterías funcionales. Para la selección del modo óptimo de transporte se deben considerar: diagnóstico y severidad de la enfermedad, riesgo de deterioro durante el transporte, habilidades del equipo que transporta, urgencia del traslado, distancia entre los dos hospitales, características geográficas locales, condiciones del tráfico, tiempo y disponibilidad de vehículos. Es importante conocer las responsabilidades del hospital que refiere al paciente: estabilizar al paciente, comunicación con el hospital receptor, notificar a la familia y obtener el consentimiento

para el traslado, enviar copia de estudios de laboratorio e imagen, resumen clínico, lista de medicamentos, número telefónico para consultas y/o resultados de estudios de laboratorio pendientes. En general el traslado de un paciente crítico requiere la rigurosidad que se proporciona en la UCI.

35C. INFECCIONES QUE PONEN EN PELIGRO LA VIDA DEL NIÑO. Dra. Gisselle Aguilar Sabillón, Pediatra Intensivista. Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

Las infecciones que ponen en peligro la vida son causa y consecuencia de una enfermedad crítica. La incidencia de estas infecciones ha aumentado como reflejo del crecimiento poblacional de los pacientes en riesgo: niños, ancianos, inmunosupresos, malignidad, enfermedades crónicas, trauma múltiple entre otras. El choque séptico es la forma más severa de respuesta sistémica a una infección y es causa común de mortalidad en niños y adultos. El reconocimiento de los diversos signos y síntomas asociados a infecciones específicas permite la instauración de un tratamiento adecuado. Los exámenes laboratoriales suelen ser poco específicos pero puede sugerir la evaluación de la función de determinado órgano. Principalmente podemos observar alteraciones en los glóbulos blancos (leucocitosis, leucopenia), trombocitopenia aislada, alteraciones en la coagulación sanguínea (prolongación del tiempo de tromboplastina y de protrombina, disminución del fibrinógeno, aumento del Dímero-D). La sepsis induce a una relativa resistencia a la insulina resultando en hiperglicemia; la hipoglicemia es menos frecuente. También podemos encontrar acidosis metabólica, aumento del lactato y disfunción hepática. Otros marcadores no específicos de infección/inflamación incluyen la procalcitonina y la proteína C-reactiva. La toma de cultivos de secreciones corporales debe realizar previo al inicio de la terapia antimicrobiana. Las pruebas microbiológicas se dividen en inmediatas (ejemplo tinción de Gram) y las que requieren incubación para crecimiento (cultivos). La toma de decisión sobre el tratamiento antibiótico depende de factores como: sospecha del agente patógeno, sitio de la infección, resultado del Gram, antibiograma e infecciones comorbidas. El ajuste de dosis de antibióticos puede ser requerido en pacientes con alteraciones renales, hepáticas, neonatos, niños y ancianos. En ausencia de un sitio específico de infección y cultivos pendientes, se debe instaurar una terapia antibiótica de amplio espectro. Deben considerarse infecciones por hongos en presencia de factores predisponentes como ser, malignidad, neutropenia, uso de antibióticos de amplio espectro, nutrición parenteral, quemaduras severas, trasplantes y catéteres centrales.

37C. DECISIONES DIFÍCILES AL FINAL DE LA VIDA. Dr. Oscar Edgardo Díaz Pineda, Médico Intensivista. Hospital Mario Catarino Rivas; Instituto Hondureño de Seguridad Social; San Pedro Sula, Honduras.

El corazón de la ética médica está fundamentado en la relación medico-paciente. Sin embargo, también está íntimamente relacionada con las leyes, reglamentos y estatutos que rigen la actividad médica en todo el mundo. Su impacto abarca diferentes áreas del ejercicio de nuestra profesión que va desde la investigación clínica hasta la asignación de camas y citas en nuestro saturado sistema de salud. Por lo tanto la ética esta estrechamente relacionada con la moral, normas culturalmente aceptadas de lo correcto o incorrecto y los deberes que tenemos con nuestros pacientes en función de sus intereses y sobre todo el derecho fundamental de preservación de la salud y la vida. Estas circunstancias plantean al personal de salud poderosos retos y preguntas difíciles, principalmente en los pacientes gravemente enfermos donde en muchas ocasiones es necesario considerar las siguientes situaciones: selección de pacientes (Triage), limitación de la terapia y/o resucitación o el retiro del soporte vital. El equipo de salud deberá ser capaz de establecer una comunicación efectiva con pacientes y sus familias acerca del pronóstico, utilidad o inutilidad del tratamiento y expectativas de la calidad de vida. Para tal fin es necesario

conocer los principios éticos que rigen nuestra profesión: autonomía, beneficencia. Primero no dañar y justicia. Se debe actuar en consonancia con dichos principios respetando la legislación vigente. De tal manera que se debe iniciar, tan temprano como sea posible, con nuestros pacientes y sus familias, discusiones acerca de sus preferencias en casos de crisis serias de su salud, dándoles información oportuna que les permita tomar decisiones informadas y documentadas en protocolos bien establecidos y con el adecuado sustento científico y legal. Cada paciente constituye una situación única y requiere una comunicación continua, fluida, compasiva de sus necesidades y anhelos, así como un juicio clínico objetivo, realista y respetuoso por parte del médico.

38C. DECISIONES DIFÍCILES AL FINAL DE LA VIDA. Dra. Belinda Velásquez. Médico Pediatra Intensivista. Hospital Mario Catarino Rivas; Instituto Hondureño de Seguridad Social; San Pedro Sula, Honduras.

El corazón de la ética médica está fundamentado en la relación medico-paciente. Sin embargo, también está íntimamente relacionada con las leyes, reglamentos y estatutos que rigen la actividad médica en todo el mundo. Su impacto abarca diferentes áreas del ejercicio de nuestra profesión que va desde la investigación clínica hasta la asignación de camas y citas en nuestro saturado sistema de salud. Por lo tanto la ética esta estrechamente relacionada con la moral, con las normas culturalmente aceptadas de lo correcto o incorrecto, los deberes con nuestros pacientes en función de sus mas preciados intereses y sobre todo el derecho fundamental de preservación de la salud y la vida. Estas circunstancias plantean al personal de salud poderosos retos y preguntas difíciles, principalmente en pacientes gravemente enfermos donde en muchas ocasiones es necesario considerar las siguientes situaciones: Selección de pacientes (Triage), limitación de la terapia y/o resucitación o el retiro del soporte vital. El equipo de salud deberá ser capaz de establecer una comunicación efectiva con pacientes y sus familias acerca del pronóstico, utilidad del tratamiento y expectativas de la calidad de vida. Para tal fin es necesario conocer los principios éticos que rigen nuestra profesión: autonomía, beneficencia. Primero no dañar y justicia. Se debe actuar en consonancia con dichos principios respetando la legislación vigente. De tal manera que se debe iniciar, tan temprano como sea posible con nuestros pacientes y sus familias, discusiones acerca de sus preferencias en casos de crisis serias de su salud, dándoles información oportuna que les permita tomar decisiones informadas y documentadas en protocolos bien establecidos y con adecuado sustento científico y legal. Cada paciente constituye una situación única y requiere una comunicación continua, fluida, compasiva de sus necesidades y anhelos, así como un juicio clínico objetivo, realista y respetuoso por parte del medico.

39C. ADHERENSOLISIS PERCUTANEA EPIDURAL. UNA ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRONICO DE ESPALDA BAJA. Dra. Carolina Haylock L. Anestesióloga, Intensivista, Medicina del Dolor. Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

El dolor es la consulta más común que tiene el médico y el dolor de espalda baja es la dolencia más frecuente, la prevalencia es de 35-75%; la cronicidad es un problema común y compromete la calidad de vida de la persona. El diagnóstico etiológico y tratamiento es complejo. Lumbalgia se refiere a dolor con características nociceptivas y dolor radicular cuando tiene características neuropáticas. Es frecuente que coexistan (dolor mixto). Este dolor se puede originar en varias estructuras: disco intervertebral, músculos, fascia, facetas articulares, ligamentos, duramadre de la raíz nerviosa y el nervio. En la fisiopatología del dolor radicular existen varias teorías: compresión neural con disfunción, compromiso vascular, inflamación e influencias bioquímicas, síndrome post laminectomía lumbar (5-40%), estenosis del canal. La fibrosis epidural se observa en varias situaciones: síndrome post-laminectomía: la fibrosis epidural contribuye al 60% de la

sintomatología dolorosa recurrente, en conjunto con la inestabilidad. Se considera un generador importante del dolor espinal. -Ruptura anular del disco. -Hematoma. -Infección. -Inyección intratecal de medio de contraste. La Adherensiolisis Epidural Percutánea, es un procedimiento ambulatorio con anestesia local y sedación leve, mínimamente invasivo guiado por fluoroscopia. Surge para eliminar el efecto perjudicial de las cicatrices, ya que estas impiden físicamente la administración de fármacos en nervios u otros tejidos. Es un tratamiento efectivo, con mejoría notable de la funcionalidad en 71% de los casos, a los 3, 6 y 12 meses, uno a dos procedimientos por año en promedio con alivio significativo (mejoría del 80-90%) a 4 meses con el primer procedimiento. Las complicaciones son mínimas y transitorias. Debe ser efectuado por personal médico entrenado, en pacientes con dolor crónico de espalda baja que se sospeche o se confirme fibrosis epidural como la causa del dolor, sea esta postquirúrgica o no (raquistenosis, dolores de origen discogénico, protrusiones discales, etc.).

41C. MANEJO DE LA INTOXICACION ALCOHOLICA AGUDA. Dra. Eva Cristina Espinal, Médica, MSc en Medicina Laboral; Terapeuta de Adicciones. Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA); Unidad de Desintoxicación de Adicciones; Hospital Leonardo Martínez, San Pedro Sula, Honduras.

La Intoxicación Etílica Aguda (IEA) es el trastorno orgánico más común inducido por alcohol y la intoxicación aguda más frecuente en nuestro medio. Afecta al 1.1% de la población, sobre todo varones entre 19-28 años. La dosis letal es 5 gr/l con ingesta aproximada de alcohol de 3 gr/ Kg de peso. La mortalidad por coma etílico es del 5%. La Intoxicación Etílica Aguda (IEA) es un síndrome clínico producido por el consumo de bebidas alcohólicas de forma brusca y en cantidad superior a la tolerancia individual de la persona. Dependiendo de la cantidad ingerida de alcohol y de la tolerancia, el curso puede oscilar desde leve desinhibición, hasta coma, depresión respiratoria y muerte. En el Dictionary of Words about Alcohol (DWA) se define la IEA como: "el estado de embriaguez derivado de los efectos del etanol sobre el organismo que pueden revestir distintos grados de gravedad". Convendría distinguir entre el estado de intoxicación etílica propiamente dicho, con alcoholemia elevada, del de pos intoxicación, cuando la alcoholemia se ha normalizado. A pesar de la alta prevalencia de problemas derivados del alcohol, sólo son identificados aproximadamente el 50% de los pacientes alcohólicos en la consulta médica. Las mujeres alcohólicas resultan más difíciles de diagnosticar, en parte por los patrones de ingesta alcohólica condicionada por aspectos socioculturales y la menor incidencia de enfermedades somáticas relacionadas con ellas. Resulta muy difícil de calcular, no sólo la incidencia y prevalencia del alcoholismo, sino también la de intoxicación etílica aguda. El alcohol es un depresor del sistema nervioso central; de hecho, la intoxicación etílica aguda se produce por un proceso de inhibición descendente de las funciones del sistema nervioso central. La intoxicación etílica aguda es tan frecuente y la población está tan habituada a ella que su atención suele ser asumida fácilmente por los dispositivos sanitarios existentes, aunque con frecuencia el personal sanitario no suele plantearse las complicaciones irreversibles que de esta situación puedan derivarse.

42C. SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA. Dr. Engels Alexis Sandoval, Médico Epidemiólogo. CESAMO, Dolores, Copan, Honduras.

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y la Secretaría de Salud han venido impulsando un proceso de reforma en el sector salud (Proyecto Reforma del Sector Salud, PRSS), al igual que en otros países del continente. Consiste en la prestación de servicios de salud integrados de calidad para la población asegurada que promueve mediante el trabajo en equipo una práctica clínica y de salud en el contexto familiar y comunitario. Se brinda acciones de promoción de la salud, la prevención, control y la rehabilitación

de la enfermedad en los diversos niveles de atención y la comunidad. Este es un modelo biopsicosocial en el cual se establece una relación equilibrada entre los factores biológicos, interpersonales y sociales en la atención del paciente en el contexto de su familia. Se implementa una práctica familiar a través de un sistema con equipos de salud capacitados para brindar una atención continua, accesible, integral e integrada (ambos sexos, toda edad, y cualquier órgano o sistema), con una coordinación y organización a nivel de equipo de salud que sean capaces de realizar planes de manejo de la salud y enfermedad del reservorio de familias bajo su responsabilidad. Además se extiende el cuidado de la salud de la población, familiares y la comunidad a través de la educación, promoción de la salud y prevención de enfermedades. Dicha estrategia presenta y propone una serie de acciones participativas e integrales donde participan los técnicos y profesionales en equipos de trabajo para la realización de acciones de promoción y prevención a nivel de la familia, para garantizar una atención médica de calidad e integral con soporte especializado en la unidad de salud correspondiente. Esta Estrategia surge como respuesta a las necesidades de salud de la población ya que en los últimos años estamos registrando como principales causas de muerte en nuestros hospitales las enfermedades infecciosas, seguido del VIH/Sida, las enfermedades del recién nacido, las enfermedades crónicas, y las complicaciones del embarazo. Este perfil de salud que obtenemos de los egresos de nuestros hospitales, nos obligan a realizar acciones de promoción y prevención en salud, para incidir en estas causas desde el seno de la familia y así evitar el daño en el que acuden nuestros pacientes a las emergencias de nuestros Hospitales. Existen antecedentes en América Latina sobre el proceso de construcción de los equipos de APS en Chile, Costa Rica, Cuba, Canadá, Ecuador Perú, Colombia y Brasil, tomando como referencia los modelos de atención de gestión y de financiación y las políticas de salud, con el mejoramiento de los indicadores de salud.

43C. DIAGNOSTICO Y MANEJO INICIAL DEL PARTO PRE-TERMINO. Dr. José Heriberto Palencia, Ginecólogo y Obstetra, Medicina Materno Fetal. Hospital Mario Catarino Rivas; Clínica Los Andes; San Pedro Sula.

La amenaza de parto pre-término se define por la presencia de contracciones uterinas dolorosas e irregulares y clínicamente reconocibles, que inician después de la semana 20 y antes de la semana 37 de embarazo, independientemente del peso al nacer y de la presencia o no de cambios cervicales. La incidencia de parto pre-término a nivel latinoamericano es de 7%. En Estados Unidos supera el 10%. La prematuridad es el principal factor que contribuye al retraso del desarrollo, al deterioro visual y auditivo, neuropatías crónicas y parálisis cerebral. Más del 50% de estos trastornos se ocasionan en nacimientos menores a 34 semanas. Las complicaciones de la prematuridad constituyen la causa del 70% de la mortalidad de recién nacidos y lactantes sin anomalías. El parto prematuro puede dividirse en 1) parto prematuro espontáneo (75%) y 2) parto prematuro indicado (20-30%). Las principales causas de acortamiento de duración del embarazo son factores como 1) bajo nivel socioeconómico y educacional, 2) factores ambientales, 3) factores étnicos. El diagnóstico se basa en tres pilares fundamentales: 1) identificar a las pacientes con riesgo de padecer amenaza de parto pre-termino, 2) detección precoz de la sintomatología, 3) diagnóstico clínico. Tratamiento: 1) detener las contracciones uterinas, 2) tratar los fenómenos desencadenantes, 3) valoración y/o inducción de maduración pulmonar fetal. El manejo ambulatorio se puede instaurar en pacientes que se presentan con actividad uterina sin cambios cervicales y sin factores de riesgo obstétrico y prenatal. Manejo hospitalario: hidratación, útero inhibidores, estudio y tratamiento de causa subyacente e inductores de madurez pulmonar.

45C. HISTORIA CLINICA PERINATAL. INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICION DE TERMINOS. Dr. Marlon Ulises Estrada Sánchez, MSc. Salud Pública y Epidemiología. Secretaría de Salud, Región Departamental # 7, Santa María, Danlí, El Paraíso.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la Historia Clínica Perinatal (HCP) instrucciones de llenado y definición de términos; con el objetivo actualizar al personal médico en el llenado correcto de la historia clínica perinatal. Se ha planteado un gran desafío referente al monitoreo de los indicadores de las metas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Los sistemas de información deben estar orientados a facilitar el cumplimiento de estos compromisos además de garantizar la calidad de las prestaciones que se brindan. La calidad de la atención se sustenta en la organización de los servicios y en un sistema de información adecuado que debe contar con una Historia Clínica apropiada y un flujo de la información que garantice a quien atiende el caso en el lugar y momento en que lo haga, que todos los datos necesarios para el correcto manejo estén en su poder. La HCP es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal, el parto y el puerperio y del neonato y/o en el ingreso por aborto, incluyendo el período pos-aborto hasta el alta. Cuando su contenido forma parte de una base de datos, la HCP se convierte en un instrumento útil para la vigilancia clínica y epidemiológica de éstos eventos desde una visión de la salud pública. Es esencial que los datos registrados en la HCP sean completos, válidos, confiables y estandarizados. Esta información es presentada siguiendo las secciones de la HCP. Los términos de la HCP serán presentados tanto en su denominación completa como en su versión abreviada o iniciales. Es esencial que los datos registrados en la HCP sean completos, válidos, confiables y estandarizados de esta manera el personal de salud se beneficia de esta manera simple de registrar un prolongado y a veces complejo proceso de atención a la mujer embarazada.

54C. URGENCIAS OFTALMOLOGICAS NO TRAUMATICAS. Dr. Franco Emérito Pacheco Barahona, Médico especialista en Oftalmología. Hospital Fraternidad Club de Leones; Clínicas CEMESA; San Pedro Sula, Honduras.

Anatomía ocular básica: imagen del globo ocular y sus anexos a manera de poder identificar sus estructuras básicas como ser cejas, pestañas, glándulas sebáceas, glándula lagrimal principal, párpados, puntos lagrimales, conjuntiva, cornea, esclerótica, úvea, cristalino, retina, nervio óptico, músculos extra oculares. Afecciones oculares y de anexos no traumáticas: su cuadro clínico, tratamiento primario y motivos de referencia para su atención especializada. Afecciones en párpados y anexos: Orzuelo, blefaritis, celulitis orbitaria, dermatitis alérgica, lagofthalmos, dacrioadenitis, dacriocistitis. Afecciones conjuntivales como: Conjuntivitis alérgica, conjuntivitis viral, conjuntivitis bacteriana, conjuntivitis del recién nacido, hemorragia subconjuntival. Afecciones de cornea, Esclera e iris: Queratitis, epiescleritis, uveítis (Iritis/iridociclitis). Glaucoma: Glaucoma congénito, glaucoma agudo. Nervios craneales oculares: III NC, IV NC, VI NC.

55C. PANCREATITIS AGUDA. MANEJO. Dr. Gil Marcelino Vásquez Barahona, Especialista en Medicina Interna y Medicina Crítica. Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras.

La pancreatitis aguda es una enfermedad con aumento en su incidencia, que se asocia con mortalidad elevada de los casos graves, y que implica elevación de los costos hospitalarios, incluso tratándose de casos leves. El desarrollo de múltiples sistemas de predicción de su gravedad ha permitido identificar tempranamente sus complicaciones y esto ha reducido la mortalidad asociada. Sin embargo, su tratamiento se ha modificado poco en las últimas décadas, a pesar de la enorme investigación en el área y el desarrollo de medicamentos para disminuir la respuesta inflamatoria asociada. En la actualidad no existe consenso en varios aspectos del tratamiento, como la profilaxis antibiótica. Se incluyen los sistemas de valoración y predicción de su severidad, y se hace una revisión imparcial del tratamiento médico y quirúrgico.

56C. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN LA SALA DE URGENCIAS DE LAS LUXACIONES MAS FRECUENTES DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR. Dr. Martin Enrique Uclés Galdámez, Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología. Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras.

El aumento en la casuística de lesiones musculoesqueléticas y articulares de origen traumático ha ocasionado una alta demanda de pacientes con diagnóstico de fracturas y luxaciones obligando a los médicos que trabajamos en los diferentes centros asistenciales de salud a mejorar nuestras competencias y habilidades en el diagnóstico y tratamiento inicial o definitivo de estos problemas, adaptándonos a los recursos técnicos y logísticos básicos con que cuentan la mayoría de las instituciones donde laboramos. En la extremidad superior se presentan la mayoría de estas lesiones, siendo la luxación acromio-clavicular, gleno-humeral, codo, muñeca y mano las que con mayor frecuencia requieren nuestros servicios. Afortunadamente las radiografías simples permiten un diagnóstico preciso de la lesión. El interrogatorio y el examen físico nos permiten hacer las consideraciones de la magnitud del trauma y sus complicaciones, para luego con técnicas elementales de tracción contra tracción, poder resolver de inmediato la discapacidad del paciente. En esta presentación revisaremos la anatomía capsulo-ligamentaria y la biomecánica de las articulaciones antes mencionadas, las técnicas radiográficas sugeridas y los trucos para la reducción en la sala de urgencias, y técnicas de vendajes e inmovilización que pueden servir a cualquier facultativo para ayudar con éxito al paciente que requiera sus servicios. Usando logística elemental en cualquier centro asistencial de nuestro país.

57C. MANEJO DE URGENCIA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. Dra. Karla Flores, Médico Gastroenteróloga. Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras.

El sangrado digestivo alto sigue siendo una de las principales causas de urgencias médicas en Honduras. Conocer el correcto tratamiento por parte del personal laborante en las salas de emergencia y el protocolizar el tratamiento debe ser una prioridad en todas las instituciones de nuestro país. Es importante que cada hospital de acuerdo a los recursos con que cuenta deba tener un esquema de manejo para esta enfermedad que pone en riesgo la vida. En los últimos años las nuevas técnicas invasivas de tratamiento para el sangrado a mejorado la sobrevivencia de estos pacientes en los lugares que cuentan con estas medidas terapéuticas no así en las instituciones donde el diagnóstico es lo único que se puede lograr a través de un endoscopio en caso de existir uno. Para beneficio del paciente el 80% de los que cursan con esta patología tendrán una evolución auto limitada y podrán esperar a una endoscopia en las primeras 12 horas después de su ingreso. Las úlceras duodenales, las gastritis erosivas y las úlceras gástricas siguen siendo las principales causas de sangrado alto, seguido de las varices gástricas rotas. Estabilizar al paciente hemodinámicamente, asegurar la vía aérea, obtener una adecuada historia clínica y realizar un correcto examen físico sigue siendo el abordaje de urgencia y no ha cambiado en el curso de los años. Se ha comprobado que el tratamiento con ciertos inhibidores de bomba estabiliza el pH del coágulo y ayuda a mantener la adherencia de este al sitio de sangrado. La sonda de Staken Blake More no se usa actualmente, solo en casos extremos y en las manos de un experto, lo contrario puede traer complicaciones al paciente. Al darle alta al paciente el objetivo es que no reingrese por re sangrado y controlar apropiadamente la enfermedad asociada al problema.

58C. MANEJO ALTERNATIVO DE LAS ULCERAS. Dr. Carlos Antonio Arias Palencia, Médico Cirujano General. Instituto Salvadoreño de Seguridad Social; Unidad Médica "San Jacinto"; Hospital Roma; San Salvador, El Salvador.

Las Ulceras son el resultado de procesos mórbidos a nivel de los tejidos superficiales y son la causa de un porcentaje elevado de consulta, causando elevados costos de tratamiento. Además, prolongan estancias intrahospitalarias, generando retardo en el reintegro laboral. Las úlceras se clasifican en vasculares, por decúbito y post-trauma, siendo el común denominador del tratamiento la utilización de jabones antisépticos, cremas o gel antisépticos y/o antibióticos y vendajes, que en su mayoría se realiza intrahospitalariamente. Para el manejo de esta patología se pueden utilizar diferentes métodos y medicamentos, entre ellos películas transparentes, hidrocoloides, alginatos, espumas de poliuretano, hidrogeles, sistema VAC y bálsamo. La utilización del bálsamo para las úlceras ha venido a demostrar ser un tratamiento alternativo eficaz, de bajo costo y que puede ser realizado de forma ambulatoria por el paciente. Se ha estandarizado el manejo de las úlceras, para lo cual se ha elaborado una guía con el objetivo de que los pacientes puedan curarse en su casa, realizando controles médicos semanales y de esta manera disminuir costos institucionales, e incentivar la participación del paciente y la familia.

60C. DOLOR ABDOMINAL. GUIA PRÁCTICA CLINICA. Dr. Said Asmath Mejjá Lemus, Cirugía General y Cirugía Video Laparoscópica. Departamento de Cirugía, Hospital Escuela – UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Los síntomas son manifestaciones subjetivas de trastornos funcionales, y no son específicas de una determinada enfermedad, sino más bien de cierto estado fisiopatológico. Los síntomas producidos por enfermedades del tubo digestivo, incluyen dolor abdominal, disfagia, anorexia, náuseas, vómitos, distensión, estreñimiento y diarrea. El dolor abdominal es una manifestación que nos ayuda a diagnosticar una determinada enfermedad de la cavidad abdominal que pueda o no necesitar una cirugía; o bien, a descartar padecimientos extra abdominales que simulen un abdomen agudo. El dolor abdominal es el síntoma más frecuente de enfermedad digestiva y conduce a la intervención quirúrgica más que cualquier otra manifestación del aparato digestivo. Se han descrito tres tipos de dolor: *Superficial o Cutáneo*; el *Dolor Profundo* de músculos, tendones, articulaciones y fascias y el *Visceral*, los dos primeros pueden reunirse en la categoría de Dolor Somático. El dolor abdominal puede ser: *Visceral* referido o no, y *Parietal* o somático referido o no. Como guía diagnóstica debemos tener todas las características del mismo: tipo, carácter, forma de inicio, localización, irradiación, factores que lo agravan, progresión, relación con el ciclo menstrual en la mujer, episodios anteriores, medicamentos usados y síntomas acompañantes abdominales o extra abdominales, para poder llegar a un diagnóstico acertado.

62C. VALORACION DE LA DISCAPACIDAD. Dra. Sonia Flores. Medicina Física y Rehabilitación. Instituto Hondureño de Seguridad Social. Tegucigalpa, Honduras.

La valoración de la persona con discapacidad es necesaria debido a que de acuerdo al porcentaje de pérdida de la función podrá beneficiarse con los derechos que otorga la Ley de equidad y desarrollo integral de la persona con discapacidad aprobada mediante decreto 160-2005. Por lo antes expuesto es necesario que los médicos tengamos conocimiento acerca de cómo se debe realizar la valoración de la discapacidad. Para esto se toma en cuenta la Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud, aprobada en el año 2001 por la organización mundial de la salud. En esta clasificación discapacidad significa alteración en la estructura y función, limitación en la actividad y restricción en la participación, tomando en cuenta también los factores ambientales que pueden constituirse como barreras o facilitadores. El funcionamiento óptimo de una persona con bienestar representa el 100%, desglosando este porcentaje en 50% en la función y estructura y 50% en la actividad en la participación. Esto nos permitirá saber la cuantía del impacto en el funcionamiento de

las personas que son afectadas ya sea por enfermedades o accidentes de cualquier índole. De las patologías que más afectan al funcionamiento y que han conducido a estados de invalidez según datos obtenidos en la Comisión Técnica de Invalidez del Instituto Hondureño de Seguridad Social son: la Diabetes Mellitus con múltiples complicaciones, el evento cerebrovascular, traumatismos encefalocraneanos, y las osteoartrosis, enfermedades mentales y entre estas la más frecuente es la depresión. Al tener el porcentaje de pérdida de la capacidad funcional de la persona esta podrá avocarse a las instituciones correspondientes quienes determinaran si son o no candidatas a la extensión de un carnet que los identifique y así acceder a los derechos que estipula la Ley.

63C. ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y A LAS REDES SOCIALES EN JÓVENES: UN NUEVO RETO PARA EL PSIQUIATRA DEL SIGLO XXI. Dr. José Luis Cruz Flores. Hospital Psiquiátrico "Dr. Mario Mendoza". Tegucigalpa, Honduras.

Las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) están llamadas a facilitarnos la vida, pero también pueden complicarnosla. Si hay una obsesión enfermiza por adquirir la última novedad tecnológica (por ejemplo, en móviles o en soportes de música) o las TIC se transforman en el instrumento prioritario de placer, el ansia por estar a la última puede enmascarar necesidades más poderosas. Asimismo las redes sociales pueden *atrapar* en algunos casos a un adolescente porque el mundo *virtual* contribuye a crear en él una falsa identidad y a distanciarle (pérdida de contacto personal) o a distorsionar el mundo *real*. Lo que caracteriza a una adicción es la pérdida de control y la dependencia. La ciberadicción se establece cuando el niño deja de verse con sus amigos y se instala frente a la pantalla con sus videojuegos, el adolescente presta más atención a su *iPhone* que a su novia o el joven no rinde en los estudios porque revisa obsesivamente su correo electrónico. En todos estos casos hay una clara interferencia negativa en la vida cotidiana. A un nivel demográfico, los adolescentes constituyen un grupo de riesgo porque tienden a buscar sensaciones nuevas y son los que más se conectan a Internet, además de estar más familiarizados con las nuevas tecnologías. En algunos casos hay ciertas características de personalidad o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica a las adicciones. A su vez, los problemas psiquiátricos previos (depresión, TDAH, fobia social u hostilidad) aumentan el riesgo de *engancharse* a Internet. Las principales señales de alarma que denotan una dependencia a las TIC o a las redes sociales y que pueden ser un reflejo de la conversión de una *afición* en una *adicción*. Los padres y educadores deben ayudar a los adolescentes a desarrollar la habilidad de la comunicación cara a cara, lo que, entre otras cosas, suponen: La limitación del tiempo de conexión a la red en la infancia y adolescencia (no más de 1,5-2 horas diarias, con la excepción de los fines de semana), así como la ubicación de los ordenadores en lugares comunes (el salón, por ejemplo) y el control de los contenidos, constituyen estrategias adicionales de interés. En la adicción a Internet o las redes sociales el objetivo terapéutico debe centrarse en el reaprendizaje del control de la conducta. A corto plazo, el tratamiento inicial es el *control de estímulos*; y en una segunda fase, *exposición* a los estímulos y situaciones relacionados con la conducta adictiva. Por último, identificar las situaciones de riesgo, aprender respuestas adecuadas para su afrontamiento y modificar las distorsiones cognitivas sobre la capacidad de control del sujeto. Asimismo hay que actuar sobre los problemas específicos de la persona, planificar el tiempo libre e introducir cambios en el estilo de vida. La adicción a Internet y a las redes sociales es un fenómeno preocupante. Sin embargo, el abuso de Internet puede ser una manifestación secundaria a otra adicción principal (la adicción al sexo, por ejemplo) o a otros problemas psicopatológicos, tales como la depresión, la fobia social u otros problemas de tipo impulsivo-compulsivo (el TOC, por ejemplo)

65C. DENGUE. GUIA DE MANEJO. Dr. Charles Parchment, Especialista en Enfermedades Infecciosas. Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras.

El dengue es una enfermedad viral aguda, producida por el virus del dengue, transmitida por el mosquito *Aedes aegypti* o el mosquito *Aedes albopictus* que se crían en el agua acumulada en recipientes y objetos en desuso. El dengue es causado por cuatro serotipos del virus del dengue: DEN-1, DEN-2, DEN-3 ó DEN-4; estrechamente relacionados con los serotipos del género *Flavivirus*, de la familia *Flaviviridae*. Esta enfermedad es más frecuente en niños, adolescentes y adultos jóvenes. Se caracteriza por una fiebre de aparición súbita que dura de 3 a 7 días acompañada de dolor de cabeza, articulaciones y músculos. Una variedad potencialmente mortal de la fiebre del dengue es el dengue grave que cursa con pérdida de líquido o sangrados o daño grave de órganos, que puede desencadenar la muerte. Es una misma enfermedad, con distintas manifestaciones, transmitidas por el predominante en áreas tropicales y subtropicales (África, norte de Australia, Sudamérica, Centroamérica y México); aunque desde la primera década del s. XXI se han reportado casos epidémicos en otras regiones de Norteamérica y en Europa.

66C. PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH. 10 años de experiencia en el Hospital Regional del Norte del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Dr. Karl Schweinfurth, Ginecólogo y Obstetra; Perinatología. Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras.

Desde el inicio de la pandemia de VIH/SIDA, hace 30 años, Honduras acumula 13,000 casos reportados oficialmente para finales de 2005. Con predominio en el sector de población en edad reproductiva y con igual vulnerabilidad en hombres y mujeres. Estas últimas, durante el embarazo y sin ninguna intervención pueden transmitir el virus a sus hijos en una razón de 4 de cada 10 embarazadas portadoras del virus, con altas tasas de morbilidad y mortalidad vinculadas a VIH/SIDA en niños. Para el año 2001, el Hospital Regional del Norte del IHSS, se incorpora en un proyecto piloto para Prevención de Transmisión Vertical de VIH, que parte de la pesquisa del estado serológico y la incorporación de cuatro intervenciones adicionales y sistemáticas en las portadoras del virus. El programa incorpora estrategias que van desde el inicio del control prenatal temprano seguido de la pesquisa de la infección por el VIH con su respectiva consejería pre y post prueba; los casos positivos son remitidos al Centro de Atención Integral (CAI) para su manejo por infectología y el inicio de la terapia anti retroviral respectiva concomitantemente el control prenatal es brindado por un médico especialista en perinatología para brindar una vigilancia más estricta y la toma de las decisiones obstétricas pertinentes. Los resultados favorables en términos de transmisión vertical (confirmada por prueba de PCR en el lactante) proporcionan una mejoría en la expectativa y calidad de vida de la mujer, su neonato y su familia.

67C. LEPTOSPIROSIS. Dra. Lourdes Araujo. Médico Pediatra, Infectóloga. Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras.

En medicina humana y veterinaria, la leptospirosis (también conocida como enfermedad de Weil o Ictericia de Weill) es una enfermedad febril producida por la *Leptospira interrogans*, una bacteria del orden *Spirochaetales*, de la familia *Leptospiraceae*, que afecta a humanos y un amplio rango de animales, incluyendo a mamíferos, aves, anfibios, y reptiles. Los principales síntomas en la mayoría de los casos son fiebre, cefalea, dolores musculares, articulares y óseos, ictericia, Insuficiencia renal, hemorragias y afectación de las meninges. Es una enfermedad zoonótica, manifestándose principalmente en épocas de lluvias e inundaciones y de amplia distribución mundial. La leptospira fue observada por primera vez en 1907 en una laminilla

de una autopsia de tejido renal. La leptospirosis es una de las zoonosis más comunes y un importante problema de salud pública, aunque se desconoce la prevalencia real de esta enfermedad. La infección es comúnmente transmitida a humanos cuando agua que ha sido contaminada por orina animal se pone en contacto directo con lesiones en la piel, ojos o por las mucosas. En zonas no tropicales, los casos de leptospirosis muestran relativamente marcadas estaciones, donde la mayoría ocurren entre agosto y septiembre o entre febrero y marzo.

72C. PSORIASIS. QUE HAY DE NUEVO? Dr. Jorge Alberto López, Médico Dermatólogo. Instituto Hondureño de Seguridad Social; Hospital Leonardo Martínez; Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; San Pedro Sula, Honduras.

La psoriasis es una dermatosis crónica, controlable, hasta el momento no curable, de causa desconocida. En su origen se han considerado factores genéticos, psicosomáticos, ambientales, inmunitarios y bacteriológicos. La herencia juega un papel fundamental en esta enfermedad, al grado que cuando uno de los padres tiene psoriasis, el 8% de sus hijos la padecerán y cuando la tienen los dos padres sube al 41%. Topografía: puede afectar cualquier área de la piel, usualmente es diseminada, pero puede darse casos desde localizada hasta generalizada. Morfología: eritema y escama adherente de regular grosor en placas de forma variada, homogéneas, bordes netos. Al desprenderse la escama gruesa queda una fina, en la cual puede apreciarse un puntillado rojizo (Auspitz). Lesiones en palmas y plantas pueden producir pústulas. Presenta fenómeno de Koebner. Se habla de psoriasis invertida cuando afecta a pliegues (flexuras). En la uñas pueden aparecer erosiones puntiformes (signo del dedal), e hiperqueratosis subungueal, onicolisis y leuconquias. La sospecha clínica es confirmada por el estudio histopatológico. Diagnóstico diferencial: líquen plano, pitiriasis rosada, erupción por fármacos, micosis fungoide. Medidas terapéuticas: no farmacológicas: mantener la piel humectada y evitar irritantes y desencadenantes. Farmacológicas: 1. Queratolíticos se usa sobre todo preparados con ácido salicílico; 2. Reductores como alquitrán de hulla; 3. Calcipotriol 50mcg+ betametasona 0.5 mg ungüento una vez al día; 4. Metotrexato usualmente 2.5 mg oral tres veces por semana; 5. Ciclosporina A: de 3 a 5 mg/kg diarios y según la respuesta del paciente se reduce la dosis (debe controlarse la función renal y la presión arterial); 6. Fototerapia o Fotoquimioterapia; 7. Terapia biológica: Adalimumab: 80 mg SC de inicio y luego 40mg SC cada 2 semanas, comenzando 1 semana después de la dosis inicio. Etanercept: 50mg inyección SC 2 veces por semana por 12 semanas y luego se baja la dosis a 50mg por semana.

73C. TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: MODA? REALIDADES Y MITOS. Dra. Alejandra Munguía Matamoros, Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico "Mario Mendoza", Tegucigalpa, Honduras.

Objetivo: Presentar un desglose completo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (T.D.A.H): Desde su definición, evolución en las diferentes etapas de la vida, hasta las consecuencias incluso de índole social que puede desencadenar la ausencia de tratamiento de este trastorno, ya que en ocasiones se ha convertido en un diagnóstico de "moda" y mal realizado. Además desmitificar ciertas conductas, actitudes y costumbres que son idiosincráticas de la cultura y no secundarias al padecimiento y finalmente diferenciar las creencias míticas de la realidad, de acuerdo a la literatura científica basada en la evidencia. Definición: Trastorno neuropsiquiátrico con alteración en la atención, motricidad e impulsividad. Etiología: 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. Clínicamente los síntomas varían con la edad: Los lactantes (síntomas somáticos); pre-escolares, 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. Mitos: 1. La dieta con algunos colorantes y estimulantes, empeora la conducta. 2. Son niños indigo. 3. Los extremos en cuanto a su coeficiente intelectual: O son genios o con retraso mental. 4. Necesitan estar en un sistema de educación especial. 5. Todos se vuelven drogadictos y delincuentes. 6. La enfermedad tiene mal pronóstico.

74C. TRAUMATISMO PANCREATO DUODENAL. Dr. Feizal Selman, Cirujía General. Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

El trauma pancreatoduodenal es poco frecuente (2-4%), pero las relaciones anatómicas del duodeno y el páncreas entre sí y con las estructuras vecinas hacen que se revista de especial importancia. El principal factor para incidir en el pronóstico es el diagnóstico certero y temprano. Diagnósticos realizados 24 hrs o más pos trauma aumentan la morbimortalidad de manera exponencial. Se dificulta esta tarea debido a la situación anatómica del páncreas en el retroperitoneo y porque generalmente las manifestaciones clínicas suelen ser vagas o poco específicas por lo que es indispensable mantener una alta sospecha diagnóstica en todos los casos que lo ameriten. En aquellos pacientes que pasan directamente a sala de operaciones la exploración pancreática y del área duodenal de formar parte de toda laparotomía, especialmente en aquellos casos donde hay francos indicios de trauma en la zona I del retroperitoneo. En los pacientes que inicialmente reciben manejo conservador, la TAC multicortes, la colangiopancreato resonancia y la CPRE, juegan un papel importantísimo en el diagnóstico y la planificación del tratamiento quirúrgico. Los exámenes de laboratorio y las exploraciones laparoscópicas tienen resultados menos favorables. El manejo quirúrgico se establece de acuerdo a la clasificación de la o las lesiones (Moore *et al*, 1990).

75C. EVALUACION Y MANEJO DEL PACIENTE CON DOLOR COLICO RENO-URETERAL. Dr. Daniel Molina Flores, Cirujano Urólogo. Instituto Hondureño de Seguridad Social; Hospital CEMESA; San Pedro Sula, Honduras.

El dolor proveniente del tracto genitourinario en ocasiones puede ser severo y esta asociado a obstrucción o inflamación. En esta charla nos ocuparemos de los acontecimientos obstructivos. Los pacientes con enfermedad renal litiasica usualmente se presentan con dolor severo, tipo cólico (de aquí su nombre), náuseas, vómitos y ocasionalmente fiebre. La evaluación estándar del paciente incluye una detallada historia clínica y su examen físico. El diagnóstico clínico debe ser confirmado por un procedimiento apropiado de imágenes. Un ultrasonido debe ser el primer estudio de imágenes utilizado. Es seguro (no produce radiaciones), reproducible y no muy costoso. El ultrasonido puede localizar cálculos en los cálculos, pelvis, unión ureteropielica y unión ureterovesical, así como dilataciones del tracto urinario superior. Para piedras renales mayores de 5mm su sensibilidad es del 96% y cerca del 100% de especificidad. Para todas las localizaciones sin embargo esto disminuye a 78% y 31% respectivamente. La sensibilidad para una RX de abdomen es de 44% al 77% y su especificidad es del 80 al 87%. La Pielotac se ha convertido en el método estándar para el diagnóstico del cólico renoureteral. Ha reemplazado al P.I.V que fue por muchos años el patrón de oro. Nos sirve para identificar la presencia de una piedra, su diámetro y densidad. Su sensibilidad es del 96% y su especificidad del 100%. El manejo del dolor en el cólico renoureteral es el primer paso. Muchos ensayos clínicos han demostrado que los AINES proveen un alivio efectivo en los pacientes, teniendo una mayor eficacia que los opiodes y es menos frecuente que ameriten repetidas dosis en el ataque agudo. Siempre que sea posible los AINES (en especial el Diclofenac) deberían ser la

primera opción. Para evitar dolores recurrentes se puede utilizar Diclofenac en pacientes con función renal normal. El uso de bloqueadores alfa de forma diaria también reduce los cólicos recurrentes. Cuando la terapia medica falla, debe utilizarse el drenaje. Este debe llevarse a cabo ya sea por extracción de la piedra, inserción de un catéter ureteral o de una nefrostomía percutánea.

76C. DEMANDAS POR MALPRAXIS. EXPERIENCIA PERSONAL. Dr. Mario Renán Irías. Cirujía General; Abogado. Unidad de Asesoría Medica Legal Hospital Regional del Norte, Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras.

Las denuncias por malpraxis son una realidad en nuestro medio, el paciente de un simple observador ha pasado a exigir un derecho sobre una adecuada atención. La practica normal de la Medicina con lleva una serie de riesgos inherentes al mismo ejercicio, Riesgos denominados iatrogenia, en las cuales no hay responsabilidad medica (Art, 21 del Código Penal), contrario a los casos en los cuales si hay culpabilidad (Negligencia, impericia, imprudencia, e inobservancia de Reglamentos), acá si hay responsabilidad medica, y hablamos de Malpraxis. No existe ningún estudio sobre el tema en nuestro medio. Desde el 2004 hasta Diciembre del 2010 se han interpuesto ante el Ministerio Publico 101 Denuncias por Malpraxis, 79 (78.2%) de las cuales hemos conocido directamente, 47 en el IHSS y 32 en LE-GALMED, Institución Privada Legal, que defiende al personal de salud. Las áreas más denunciadas como sucede a nivel mundial son las áreas quirúrgicas (40.5%), Medicina Interna (32.9%) y Ginecología (16.4%) y fue donde ocurrieron más muertes. Se hace una Clasificación de los Delitos en que incurre el médico, así como se detallan las lesiones más frecuentes incluyendo las fatales. Se han implementado mecanismos para disminuir este tipo de incidentes y se ha vuelto a dar a la historia clínica la importancia que no debió perder ya que constituye el documento legal más importante y su secuestro es la primera diligencia prejudicial ordenado por el Fiscal, mejorar la relación médico-paciente y una herramienta básica el Consentimiento Informado, instrumento por el cual se pasa la responsabilidad al paciente.

77C. CUERPO EXTRAÑO EN LA VIA AEREA. Dr. Rigoberto Tabora López, Otorrinolaringología. Hospital D'Antony, La Ceiba, Honduras.

La aspiración de cuerpo extraño en la vía aérea es la causa más frecuente de muerte accidental en niños. Ocurre más frecuente en niños menores de tres años, como resultado de su tendencia a conocer el mundo por medio de la boca, la carencia de molares y reflejos laríngeos protectores inmaduros. Las semillas, cacahuates y frijoles son los más frecuentes cuerpos extraños encontrados, siendo la mayoría radio lucidos a radiografía simple de tórax. La mayoría de los cuerpos extraños se alojan en el bronquio derecho principal, debido a su diámetro más amplio y a su orientación más vertical. En niños menores es frecuente que se alojen en el bronquio izquierdo principal hasta 34% debido a que su diámetro puede ser igual al derecho. Es importante para el otorrinolaringólogo dominar y estar familiarizado con los hallazgos clínicos para poder establecer un diagnóstico diferencial rápido y evitar un desenlace devastador. En cuanto al diagnóstico, los paciente con aspiración de cuerpo extraño a menudo no tienen síntomas, manifestaciones físicas o hallazgos radiológicos. Debe sospecharse ante una historia de atoro, seguida de tos; lo que nos brinda una sensibilidad mayor de 90% y una especificidad entre 36-82%, para cuerpo extraño en la vía aérea. Los rayos X pueden mostrar atrapamiento de aire, atelectasias, infiltrados o consolidación, no obstante pueden tener una alta tasa de falsos negativos hasta de un 40%. La radiografía lateral es importante para diferenciar vía aérea y digestiva. La presencia de una batería se convierte en una verdadera emergencia por sus implicaciones locales y sistémicas. El diagnóstico rápido y preciso, permite el manejo inmediato por medio de una broncoscopia rígida o flexible, como único procedimiento hasta ahora

indicado para el retiro de un cuerpo extraño, y así evitar complicaciones mayores como atelectasias, neumonía neumotórax, tejido de granulación hemorragia y muerte.

78C. TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR: GUIA DE MANEJO. Dr. Ángel Velásquez, Neurocirujano. Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

El traumatismo raquimedular como la mayoría de los traumas es una enfermedad de gente joven, en la actualidad la incidencia de trauma raquimedular ha aumentado como consecuencia de aumento de los accidentes de tránsito, caídas, heridas por proyectil disparado por arma de fuego etc. Un estimado de 12000 a 14000 lesiones medulares se presentan en los Estados Unidos de América como resultado de unos 200,000 casos de traumatismo de la columna vertebral y teniendo una mortalidad anual de 10,000 como resultado de la lesión de la médula espinal. El nivel más frecuente es a nivel cervical en un 60%, toracolumbar en un 20% torácico en un 8%, lumbar 10% y sacro un 2%; los sitios con más incidencia que son cervical y toracolumbar coinciden con las áreas de mayor movilidad en la columna espinal; el 85% de estos pacientes son hombres con un rango de edad de 15 a 30 años. Debe tomarse en cuenta que lo más importante de una fractura o luxación de columna vertebral es el potencial daño a las estructuras nerviosas que van dentro del estuche óseo de la columna vertebral, por lo que debe tenerse sospecha de trauma raquimedular en todo paciente poli traumatizado hasta no demostrar lo contrario, una adecuada inmovilización debe proporcionársele al paciente hasta que se demuestre la presencia o ausencia de fractura o inestabilidad de la columna vertebral. El paciente debe manejarse además con normovolemia y mantenimiento de la presión arterial normal es decir se aplica una ABC de rutina para el poli traumatizado, en el examen físico debe iniciar con inspección y palpación de la columna, una separación mayor de la normal entre apófisis espinosas puede indicar un proceso que afecte la columna posterior y una grada puede indicar luxación.

80C. INFECCIONES MUSCULO ESQUELETICAS EN EL PACIENTE PEDIATRICO. Dr. José Ramón Rodríguez Madrid, Ortopeda y Traumatólogo. Hospital Leonardo Martínez Valenzuela; Instituto Hondureño de Seguridad Social; San Pedro Sula, Honduras.

Las infecciones del sistema músculo-esquelético representan un amplio espectro de condiciones que varían igualmente en sus manifestaciones clínicas, severidad y respuesta al tratamiento. Existen tres tipos discernibles de osteomielitis en los pacientes pediátricos y entre ellas están la osteomielitis aguda, osteomielitis subaguda y la osteomielitis crónica recurrente multifocal. Las osteomielitis se puede clasificar por su patogenia, localización anatómica, duración y huésped. La mejor clasificación es la que se basa en la edad y desarrollo del niño. La evaluación de estos niños debe ser precisa ya que debe diferenciarse de otras condiciones similares como ser infecciones extra óseas, trauma y neoplasias. Se debe identificar la sintomatología de manera precisa y solicitar los estudios correspondientes para obtener un diagnóstico oportuno. El tratamiento debe realizarse de acuerdo a protocolos bien definidos y mediante un equipo multidisciplinario que permita un manejo adecuado. La cobertura antibiótica inicial debe ser para el microorganismo más frecuente mientras se tiene el resultado de cultivo. El manejo ortopédico debe ir encaminado a realizar un aseo quirúrgico extenso para retirar de manera mecánica al microorganismo. La artritis séptica es una condición mucho más frecuente que la osteomielitis. Las bacterias causantes son similares que en la osteomielitis. Los diagnósticos diferenciales pueden ser una sinovitis transitoria, artritis reumatoide, enfermedad de Kawasaki, neoplasias, enfermedad de Perthes. El tratamiento debe ser una combinación oportuna iniciando con un esquema antibiótico adecuado y

un manejo ortopédico para descomprimir la articulación teniendo en cuenta el manejo a largo plazo de las complicaciones de dicha infección. La piomiositis es una infección del músculo esquelético que puede aparecer de manera espontánea o secundaria a trauma. La infección se da por vía hematogena hacia el músculo. El diagnóstico se realiza por medio clínico y radiológico. El manejo quirúrgico es la piedra angular del tratamiento a la par de los antibióticos endovenosos.

83C. ACTUALIZACION EN INMUNIZACIONES EN NIÑOS. Dr. Oscar Ponce, Pediatra. Instituto Hondureño de Seguridad Social; Hospital Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Honduras.

En los últimos años han ingresado al mercado mundial y local una serie de vacunas pediátricas completamente desconocidas para el conglomerado médico nacional debido a que el énfasis de la enseñanza en el pregrado de las facultades de medicina del país se ha orientado al esquema de vacunación pediátrica que la Secretaría de Salud desarrolla. En estos tiempos de globalización y de información mediática, es necesario que el médico conozca y maneje las diferentes vacunas que existen en el mundo y así orientar a los padres en la prevención de enfermedades que pueden llevar a la muerte a nuestros niños. Entre estas vacunas tenemos: Vacuna contra el virus sincitial respiratorio, vacuna contra el meningococo, vacuna contra el neumococo y *haemophilus influenza* no tipificable, vacuna contra la influenza A y B, vacuna contra la hepatitis A, vacuna contra la Varicela, vacuna contra el virus del papiloma humano, vacuna contra la fiebre amarilla, etc. Además en la población general y en cierto personal del área de la salud, existen conceptos erróneos acerca de las indicaciones y contraindicaciones de vacunas en su mayor parte relacionado con los efectos indeseables. Los médicos como líderes de la comunidad, estamos en la obligación de conocer esta información y educar a la población y al personal de salud acerca de cada una de las vacunas enunciadas y así salvaguardar el bienestar de nuestros niños. De esta manera se evitara que nuestros niños continúen falleciendo de enfermedades inmunoprevenibles como neumonía, encefalitis, bronquiolitis, entre otras.

86C. DOLOR PELVICO. MANEJO. Dr. Ricardo A. Rivas S., Ginecólogo y Obstetra. Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras.

A nivel mundial, y Honduras no es la excepción; una de las causas más frecuentes de consulta ambulatoria y de urgencia en ginecología es el dolor pélvico; debido a los múltiples órganos pélvicos aledaños, es importante diferenciar –según su tipo de aparición e irradiación– el origen del dolor para su tratamiento, ya sea médico o quirúrgico. El dolor pélvico agudo se presenta como dolor pélvico o abdominal bajo. Este dolor puede ser de origen genital, urinario, gastrointestinal o músculo esquelético. Cuando se nos presenta una mujer con dolor abdominopélvico, lo primero que se debe determinar es si sufre un abdomen quirúrgico. Las dos consideraciones siguientes son: a) si la paciente está embarazada o no. b) si la paciente requiere ingreso hospitalario o es susceptible de tratamiento ambulatorio. Mediante una historia detallada y uso selectivo de pruebas diagnósticas dirigiremos el diagnóstico diferencial. Distinguir entre el dolor agudo súbito y severo del crónico de meses o más de evolución es el punto de partida para la semiología del mismo y para establecer con prontitud la terapéutica. El diagnóstico no es fácil, por lo que se debe recurrir a la clínica, que incluye exámenes de laboratorio y gabinete. Así, el dolor pélvico en ginecología representa una entidad que requiere del trabajo multidisciplinario de ginecólogos y cirujanos y, quizás, del urólogo.

87C. MANEJO CLINICO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO. Dra. Gabriela Betancourt, Médico Endocrinóloga. Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

Alteraciones en la regulación de la glucosa materna ocurre alrededor del 3- 10 % de mujeres gestantes. La Diabetes Gestacional se define como cualquier grado de intolerancia a la diabetes que aparece por primera vez durante el embarazo y es la responsable del 90 % de todos los casos de diabetes mellitus en el embarazo. Sin embargo debido al aumento de la prevalencia de diabetes mellitus en edades reproductivas, se ha visto un incremento de gestantes con diabetes preexistentes. Actualmente se considera que la diabetes mellitus tipo 2 es la responsable del 8% de casos de diabetes en el embarazo y hasta un 1 % corresponde a la diabetes mellitus preexistente. La Asociación Americana de Diabetes recomienda investigar en la primera visita a control prenatal a todas las mujeres embarazadas para definir riesgos de diabetes. Las mujeres que tienen riesgo muy alto deberán ser estudiadas lo más pronto posible para poder identificar aquellas con DM2 oculta utilizando los criterios de diagnósticos actuales. Todas las mujeres deben ser estudiadas para descartar diabetes gestacional entre las 24 y 28 SG incluyendo las mujeres que dieron negativo en primer control al menos que tenga muy bajo riesgo de diabetes. Los cuatro pilares para su tratamiento de Diabetes Gestacional son lo siguiente: El plan de alimentación debe realizarse respetando las necesidades energéticas del embarazo, sin incluir dietas excesivamente restrictivas (< 1600 Kcal/día). La restricción calórica del 30% de la dieta diaria reduce el índice de macrostomia sin riesgos para el feto. Tratamiento farmacológico que consiste en los hipoglucemiantes orales que están contraindicados en los primeros meses del embarazo, ya que atraviesan la barrera placentaria y pueden incrementar el hiperinsulinismo fetal. Sin embargo en la literatura médica se han presentado varios estudios sobre la seguridad de uso de metformina en el tercer trimestre del embarazo. El tratamiento con insulina es el de elección para manejo de hiperglucemia en embarazo. El ejercicio cuyo beneficio metabólico está relacionado con la capacidad que tiene el ejercicio de reducir la resistencia insulínica. La Diabetes Gestacional es una entidad que genera morbimortalidad materna y perinatal y es de gran importancia la detección precoz y tratamiento oportuno para disminuir dicho riesgo. Cabe resaltar la importancia de la reclasificación posparto puesto que un porcentaje de mujeres tienen mayor probabilidad a desarrollar diabetes gestacional en el próximo embarazo y predisposición en el futuro de desarrollar diabetes mellitas tipo II, razón por la cual se insiste en el seguimiento de dichas pacientes.

89C. LA INFECCION POR VPH. UNA NUEVA ENFERMEDAD EMERGENTE. DIAGNOSTICO Y MANEJO. Dr. Miguel Ángel Crespín, Ginecólogo y Obstetra; Colposcopista. Liga Contra el Cáncer, San Pedro Sula, Honduras.

Hoy en día el cáncer cérvicouterino sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, aunque es la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención secundaria. Esta enfermedad es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados. No obstante, los programas de prevención en América Latina y el Caribe han tenido poco o ningún éxito. Gracias al Científico alemán Harald zur Hausen que desde 1976 propuso la hipótesis de que el Virus del Papiloma humano era el causante del Cáncer cervico uterino situación que se aceptó desde 1999 donde se encontró evidencia de este virus en el 100 % de todos los casos de Cáncer cervico-uterino; sus trabajos científicos llevaron al desarrollo de la vacuna contra este virus por lo que recibió el Premio Nobel de Medicina en 2008. Tal como lo señaló el Dr. Xavier Bosch en el Congreso Mundial de la FIGO al cáncer del cuello uterino se le debe considerar, más que una enfermedad oncológica una enfermedad infecciosa por su sólida relación entre los factores ambientales y el cáncer del cuello uterino; se sabe que su tasa de infección es altísima, al año del debut sexual 6 de cada 10 mujeres serán VPH (+) y 8 de cada 10 al completar los 2 años. La presencia del VPH es causa

necesaria para desarrollar cáncer pero se necesitan factores de riesgo para que se presente; inicio temprano de relaciones sexuales; múltiples compañeros sexuales; compañero sexual promiscuo; tabaquismo o el humo de la leña; el no usar preservativo; inmunosupresión; multiparidad y antecedentes previos de otras enfermedades de transmisión sexual. La transmisión es principalmente por relación sexual (vagina, boca y ano) ; hay alguna evidencia de transmisión por fómites (difícil de probar) y la transmisión vertical (parto) solo por VPH 6 y 11 puede causar papilomatosis laríngea. El VPH, es un pequeño DNA virus que causa verrugas y ciertos tipos de cáncer del tracto genital inferior, ano y boca; hay 100 tipos plenamente identificados y otros 30 "nuevos" detectados pero no plenamente identificados; su diferencia en la estructura genética es la que determina el sitio y el tipo de lesión; hay 30 tipos exclusivos solo para Tracto Genital Inferior. Se dividen en dos grandes grupos: los de Bajo Riesgo, siendo los más comunes el 6 y 11, los cuales nunca han sido encontrados en cáncer y los de Alto Riesgo: 16, 18, 31 y 45 que causan el 80% de cáncer cervical. Según la WHO/ ICO HPV en su edición de Sept/2010 en su Capítulo relacionado a Honduras, encontró que un aproximado de 1014 mujeres son diagnosticadas de Cáncer Cervico-Uterino y de estas 490 mueren por esta enfermedad. Un estudio local (N Tabora y Colaboradores, Journal of Lower Genital Tract 2011, 1: 48-53) concluyó que los VPH más frecuentes en Honduras son el 16 y 18. El VPH se puede manifestar de tres maneras: Latente (Detectable solo por técnicas de biología molecular) subclínica (detectable cito-histología, colposcopia o por Magnificación) y la Clínica (Visualización directa). Cuando no hay evidencia macroscópica de lesiones se pueden emplear métodos de magnificación a través de colposcopio si es para cérvix, vagina y vulva. La sintomatología más común en ausencia de lesión evidente es prurito, dispareunia y ardor post coito. El objetivo principal del tratamiento es la erradicación la cual se puede lograr al través de Destrucción (cauterización, criocirugía, etc.), Escisión (Leep) y Terapia Inmunológica.

91C. AVANCES EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LESIONES IRREVERSIBLES EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES. Vernon S. Hernández Villela, Ortopeda Traumatólogo; Especialista en Reconstrucción de las Deformidades en Extremidades Inferiores. Departamento de Cirugía, Servicio de Ortopedia Hospital Regional de Occidente, Santa Rosa de Copán.

La cirugía reconstructiva de miembros inferiores es una especialidad relativamente joven que inició en Baltimore, USA, en el año 2000, siendo su pionero el Dr. Dror Paley. Desde entonces ha tomado un importante auge en el tratamiento de las deformidades congénitas y adquiridas que padecen algunas personas, ya que utilizando técnicas mínimamente invasivas y con la ayuda de fijadores externos de corrección multiplanos, se logran realizar muchas cirugías en un mismo tiempo quirúrgico y terminar de corregir la deformidad en forma progresiva en el postoperatorio por la versatilidad del implante que permite hacer modificaciones durante el curso del tratamiento. De la misma forma, el tiempo de recuperación es más corto ya que no se compromete en forma extensa la vascularización ósea por la mínima manipulación que se hace al corregir una deformidad. Con estos procedimientos se ha logrado incorporar a los pacientes rápidamente a la sociedad y evitar la formación de lesiones permanentes muchas veces irreversibles que producen una discapacidad mayor al paciente. La cirugía reconstructiva nos proporciona una valiosa herramienta más para poder mejorar la calidad de vida y funcionalidad de los pacientes con deformidades incapacitantes en sus extremidades. Además nos ofrece una tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo, tolerable y de pronta recuperación e incorporación a la sociedad.

93C. GUIA DE MANEJO DEL DOLOR LUMBAR. Dr. Carlos Roberto Contreras, Neurocirujano. Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras.

El dolor lumbar es la quinta causa más común de atención médica. Muchos pacientes tienen episodios auto limitados y no buscan atención. Es una de las causas más frecuentes de pérdida de días laborales y pago de incapacidades. El término Dolor lumbar bajo es el más adecuado y envuelve un problema biopsicosocial cuyo punto final es el dolor con muchas causas probables. El dolor se clasifica en agudo < 4 semanas, subagudo 5-12 semanas y crónico > 12 semanas. El dolor crónico solo remite en un 5-10% de los casos. La categorización del dolor lumbar debe ser en tres grupos clínicos: El dolor lumbar y/o radicular mecánico, el dolor lumbar no mecánico y el dolor lumbar por enfermedades viscerales. El dolor mecánico en 80% de los casos no es específico de una patología, el 20% puede ser por hernias, estenosis, espondilosis, fracturas por osteoporosis. El dolor no mecánico puede deberse a tumores, infecciones, enfermedades inflamatorias. Las estructuras que son fuentes de dolor son los ligamentos, los músculos, la fascia, las facetas articulares, el hueso, el disco, la raíz nerviosa. Una de estas estructuras es la que desencadena el dolor nociceptivo agudo el cual generalmente resuelve en el 85% independiente de que medidas se usen. El restante que no mejora está en riesgo de dolor crónico en donde los factores psicosociales (educación, insatisfacción laboral, beneficio de incapacidad) contribuyen a la persistencia del dolor. Se recomienda que la atención inicial de un paciente con dolor lumbar sea a nivel primario siguiendo los protocolos de manejo en donde se utilizan fármacos, manipulación, modificación de la postura, terapia física, infiltraciones, acupuntura, ortosis etc. También se recomienda disminuir la cantidad de estudios especiales caros haciendo más énfasis en una buena historia clínica y examen físico, así como también entendiendo que las causas del dolor lumbar son en su mayoría inespecíficas y resolverán espontáneamente. A continuación se expone una guía de manejo que facilitará la toma de decisiones.

95C. CONSIDERACIONES GENERALES DEL TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO. Dra. Ena Isabel Miller Molina. Neurocirugía. Hospital Mario Catarino Rivas. San Pedro Sula, Honduras.

Se hace una revisión de los conceptos actuales del traumatismo craneoencefálico (TCE), cubriendo generalidades, clasificación de tipos según mecanismo, hallazgos de imagen y fisiopatología, y su relación con las manifestaciones clínicas, para así plantear conceptos y guías de manejo médico-quirúrgico y como todo esto afecta el pronóstico y la evolución del paciente. El TCE se puede clasificar de diferentes maneras, desde el punto de vista clínico y el grado de afectación del estado de alerta: se clasifica en Concusión, TCE Leve (Escala Coma Glasgow ECG: 13-15), TCE Moderado (ECG: 9-12), TCE Severo (ECG de 8 ó menos). Desde el punto de vista de imágenes podemos tener estudio de Tomografía (TAC) negativo e Imagen por Resonancia Magnética (IRM) negativas; TAC negativas e IRM positivas; TAC positivos e IRM positivos: dentro de los cuales podemos tener las Hematomas Epidurales, Contusiones Parenquimatosas, Hemorragia Subaracnoidea, Hematomas Subdurales, Daño axonal Difuso (DAD). Fisiopatológicamente durante la Concusión sucede una alteración eléctrica sin lesión estructural o lesión hemorrágica. En relación a las imágenes la TAC y la IRM son normales, pero se han encontrado cambios en la Imagen Tensor Difusión, especialmente en el cuerpo calloso. En la Contusión ocurren roturas de pequeños vasos con hemorragia de diferentes grados. En el DAD sucede una lesión de torsión produciendo una rotura de axones y de pequeños vasos. La TAC ha permitido también clasificar el grado de severidad del edema cerebral y tomar acciones de manejo médico. El tiempo de evolución del trauma guarda relación con cambios en la fisiopatología y la aparición de lesiones secundarias; lo que influye en el tratamiento. Las primeras 48 horas son cruciales y en ese tiempo se deben dirigir los esfuerzos para reducir las complicaciones graves como la expansión hemorrágica, hipertensión endocraneana, la hiperglucemia y otros como la neumonía aspirativa.

96C. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES TRAUMATICAS DEL CODO EN EL ADULTO. Dr. William Eddy Castro Majano, Ortopeda Traumatólogo. Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras.

La frecuente ocurrencia de este tipo de lesión en la comunidad, y la importancia del manejo inmediato por el médico que lo recibe es vital para el pronóstico funcional de ese miembro, por lo tanto que hacer y qué no hacer por parte del médico es de vital importancia. Por eso es necesario establecer los criterios de tratamiento médico y quirúrgico en los diferentes niveles de atención, principalmente enfocados en el nivel 1 de atención, así como los criterios de referencia y contra referencia, lo cual permita tener los elementos necesarios para realizar un diagnóstico adecuado y un manejo oportuno y preciso a este tipo de traumatismo y con el propósito de disminuir las complicaciones y secuelas que estas lesiones ocasionan a los pacientes adultos. Esta conferencia tendrá una rápida revisión anatómica, los tipos más frecuentes de luxación (clasificación), aspectos clínicos y radiológicos y el manejo de urgencia no quirúrgico.

97C. QUEMADURAS QUIMICAS EN OFTALMOLOGIA. Dr. Marco A. Fajardo, Oftalmólogo. San Pedro Sula, Honduras

Alrededor de dos terceras partes de las quemaduras accidentales tienen lugar en el trabajo y el resto en el hogar. Las quemaduras por álcali son dos veces más frecuente que las quemaduras por ácido. Los álcalis más frecuentemente implicados son el amoníaco, hidróxido de sodio y cal. Los ácidos más comúnmente implicados son sulfúrico, sulfuroso, hidrofúrico, acético crómico e hidrocórico. La gravedad de una lesión química está relacionada con las propiedades del producto, el área de superficie ocular afectada, la duración de la exposición. El daño ocular en las lesiones graves se produce en el orden siguiente: necrosis de células epiteliales conjuntivales y corneales con disrupción y oclusión de la vascularización límbica. Úlcera corneal estéril y perforación corneal. Las lesiones químicas se clasifican en grados para permitir el tratamiento posterior adecuado e indicar el pronóstico. Esto mediante la observación de la transparencia corneal y la gravedad de la isquemia límbica. Grado I: córnea transparente sin isquemia límbica. Grado II: córnea turbia pero se ven detalles del iris e isquemia límbica inferior a un tercio. Grado III: pérdida total del epitelio corneal, estroma turbio que oscurece detalles del iris e isquemia límbica de un tercio a la mitad. Grado IV: córnea opaca e isquemia límbica superior a la mitad. Las quemaduras químicas es el único tipo de lesión que precisa un tratamiento inmediato sin obtener primero la historia clínica y realizar una exploración cuidadosa. Indicaciones: 1. Lavar el ojo con dos litros de solución salina normal, para minimizar la duración del contacto con el producto químico con el ojo y normalizar el pH. 2. Eversión de los párpados de forma que pueda ser eliminado cualquier material retenido en el fondo del saco conjuntival. 3. Esteroides tópicos para inhibir las colagenasas y disminuir la inflamación.

98C. CONSIDERACIONES EN LA VALORACION Y MANEJO DEL PACIENTE CON TRAUMA CRANEOENCEFALICO Y TRAUMA DE COLUMNA VERTEBRAL PREVIO A SALA DE OPERACIONES. Dr. José Humberto Camacho Laínez, Médico Anestesiólogo. Practica privada, San Pedro Sula, Honduras.

El objetivo final del manejo de pacientes de trauma craneoencefálico grave es reducir la tasa de mortalidad y mejorar el estado funcional de los que sobreviven. Para lograr éste fin, debemos prevenir y disminuir los insultos secundarios al cerebro ya lesionado en el manejo agresivo a tres niveles: traslado pre hospitalario, sala de urgencias y quirófano o UCI. El primer paso importante es en el lugar del accidente, evaluando y actuando con el ABC básico: vía aérea, respiración y circulación por éste orden, sin olvidar siempre la inmovilización cervical hasta descartar lesión medular o de co-

lumna mediante diagnóstico por imágenes. Si aseguramos el ABC, se hace la exploración neurológica rápido: nivel de conciencia, pupilas y movilidad. La única urgencia neurológica a tratar inmediata es la presencia de signos de herniación cerebral. El ABC se debe reevaluar de forma permanente. Lograr la vía aérea y asegurarla con intubación endotraqueal u otro dispositivo si ésta es difícil es muy importante desde el momento en que el paciente es trasladado pues la hiperventilación con oxígeno puede disminuir la presión intracraneal. El personal paramédico debe estar entrenado para no provocar más daños posibles a nivel cervical. La canalización con suero fisiológico y con catéter de adecuado calibre es importante. Evitar en lo posible dar sedantes y otros fármacos que hagan variar la evaluación neurológica o hemodinámica – ventilatoria al llegar a sala de urgencias, excepto si se deba dar reanimación farmacológica por personal acreditado en esto. Existen muchos detalles que en éste resumen no se pueden exponer, pero si todas encaminan a lograr que éstos pacientes tengan un mejor pronóstico antes, durante y después de egresar de sala de operaciones y llegar a UCI. Lo mismo sucede con el cuidado en el trauma de columna vertebral con lesión medular probable, pues desde el sitio del trauma debe inmovilizarse por completo desde cabeza, cervicales y el resto de la columna hasta obtener el diagnóstico por imágenes como tomografía computada o resonancia magnética. Debemos tener sumo cuidado con el manejo de líquidos, pues la hipotensión causada por simpatectomía en la lesión medular puede confundirnos y sobre hidratar innecesariamente al paciente y causar edema pulmonar. Igualmente debemos vigilar por distres respiratorio, cianosis, bradicardia e hipotermia y tratarlas inmediatamente según protocolos autorizados con fármacos, medios físicos y ventilación asistida.

99C. REHABILITACION PULMONAR. Dra. Sol María Caballero, Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

La Rehabilitación Pulmonar es una intervención terapéutica integral del manejo clínico de pacientes tanto con afecciones respiratorias específicas así como aquellos con comorbilidades que dificulten una función pulmonar adecuada. Engloba a un conjunto de técnicas físicas encaminadas a eliminar secreciones de la vía respiratoria y mejorar la ventilación pulmonar; con lo que se logra disminuir la resistencia de la vía aérea, reducir el trabajo respiratorio, mejorar el intercambio gaseoso, aumentar la tolerancia al ejercicio, como la funcionalidad del individuo en casa y en la comunidad y así mejorar la calidad de vida. La Fisioterapia respiratoria es una parte importante de la rehabilitación pulmonar. Se compone de un conjunto de técnicas físicas, mecánicas y educativas que, junto al tratamiento médico, pretenden mejorar la función respiratoria del individuo, el bienestar físico y la calidad de vida. Las técnicas de fisioterapia respiratoria pueden llevarse a cabo dos veces al día, preferentemente antes del la ingesta alimenticia. Entre las técnicas aplicadas podemos mencionar las vibraciones pulmonares, las percusiones. Las técnicas de drenaje postural (dependiendo del lóbulo pulmonar afectado), la tos asistida con compresiones torácicas, técnicas de espiración con labios fruncidos, ejercicios de inspiración profunda, entre otros. Los programas de rehabilitación pulmonar se pueden aplicar en el paciente hospitalizado y en el paciente ambulatorio. El objetivo de la rehabilitación pulmonar es ayudar a los pacientes a recuperar la mayor capacidad funcional posible y ayudarles a vivir con mayor calidad de vida. El equipo interdisciplinario que debe de participar en estos programas lo conforman el medico rehabilitador el neumólogo, el psicólogo, nutricionista, trabajador social El objetivo de la fisioterapia respiratoria es conseguir una mejoría de los síntomas y alcanzar la máxima capacidad física, mental, social y laboral de cada paciente. Numerosos estudios comprueban el beneficio de los programas de rehabilitación pulmonar. Estos beneficios incluyen: Beneficios globales: a) Mejoría significativa de la capacidad de ejercicio, b) Reducción la intensidad de la percepción de la disnea, c) Mejoría de la calidad de vida, d) Reducción del número de hospitalizaciones y de la estancia hospitalaria,

e) Reducción de la ansiedad y la depresión asociada con la enfermedad respiratoria, f) Mejoría de la supervivencia, g) Disminución significativa de los costos relacionados con la salud. Beneficios específicos: a) Motivación y una mejor comprensión acerca de la enfermedad y su manejo mediante un programa educativo. b) Mejoría de la capacidad funcional mediante entrenamiento de fuerza y resistencia de los miembros superiores. c) Mejoría de la depresión y la ansiedad en pacientes seleccionados mediante un proceso multidisciplinario de tratamiento integral que incluya intervenciones psicológicas. Como todo programa estructurado tiene indicaciones específicas así como contraindicaciones establecidas.

100C. VALORACION CLINICA DE LA EPISTAXIS. Dra. Xiomara Hernández, especialista en Otorrinolaringología. Instituto Hondureño de Seguridad Social; Hospital CEMESA; San Pedro Sula, Honduras.

La epistaxis es todo fenómeno hemorrágico procedente de la nariz. Es más frecuente entre los 15 y 25 años y luego de 45 a 65 años. Es un problema tan frecuente que todo médico debe de estar preparado para actuar en un gran número de casos. Según su localización se clasifican en anteriores, posteriores y superiores. El 90% de los episodios de epistaxis anterior son tratados fácilmente mediante presión firme y continua a ambos lados de la nariz, inmediatamente por encima de los cartilagos alares. La nariz recibe irrigación arterial muy extensa que proviene de la arteria carótida interna con sus ramas "arteria etmoidal posterior y anterior", y de la arteria carótida externa con sus ramas "arteria esfenopalatina, arteria palatina superior y ramas de la arteria facial". La epistaxis puede producirse por A) causas locales como traumatismos internos y externos, inflamaciones, cuerpos extraños, vasodilatación, posquirúrgicas, enfermedades específicas; B) Causas Generales como enfermedades febriles, vasculopatías, hipertensión arterial, leucemias, púrpuras, trastornos de la coagulación. El diagnóstico se realiza mediante la anamnesis, examen físico, rinoscopia anterior, examen de la faringe, rinoscopia posterior, rinofibrolaringoscopia, estudios de laboratorio y estudios radiológicos. Se debe realizar diagnóstico diferencial con hemorragia digestiva, hemorragia pulmonar y várices esofágicas sangrantes. El tratamiento puede variar dependiendo de la etiología y la localización del sangrado. Consiste en compresión bidigital, taponamiento anterior y/o posterior. Cauterizaciones química o eléctrica, fotocoagulación láser, inyecciones submucosas, intramucosas o subpericondrales, hemostáticos locales, y el tratamiento regional con embolizaciones selectivas, balones insuflables y ligaduras arteriales.

101C. USO DE ANESTESICOS LOCALES EN LA SALA DE URGENCIAS. Dr. Carlos Espinoza, Especialista en Anestesiología. Hospital Regional del Norte, Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula.

El uso de anestesia local en las salas de emergencia se ha convertido en una terapia muy frecuente, desde agregar anestésico local a un antibiótico para una aplicación muscular hasta usar grandes dosis del mismo para hacer reducciones ortopédicas, cierre de heridas, procedimientos mayores, etc. Preguntas frecuentes: ¿Lo resuelvo aquí o en Sala de Operaciones? ¿Puedo aplicar 30 cc? ¿Por qué el paciente está somnoliento y/o convulsionando? ¿Lidocaína al 1%, 2%, 4%, 5%...cuál aplique? Se describió que el primer anestésico local es la cocaína derivado de *Erythroxylum coca*, usada por los nativos de Sur América desde 1860. El primer uso clínico de la cocaína fue en cirugía de glaucoma por vía tópica en 1884, luego fue sintetizada la procaína y luego la lidocaína en 1943, mepivacaína 1956 y bupivacaína 1963. Los investigadores descubrieron que los anestésicos locales bloquean la función sensoria y motora impidiendo la permeabilidad de la membrana celular al sodio; esta acción previene el flujo rápido de sodio durante la fase de despolarización del potencial de acción y retransmisión del mismo: Además pueden ejercer efecto sobre otros iones como el potasio y calcio. Primero deben cruzar la doble capa fosfolípida celular en estado no

ionizado y luego debe aceptar un protón dentro de la célula para ir hacia el canal de sodio y bloquearlo; este efecto es indeseable en muchas otras células (cerebro, corazón). Estas reacciones se diferencian de la siguiente manera: Toxicidad por inyección intravascular (convulsiones, arritmias cardíacas); Sobredosis relativa (irritabilidad hasta convulsiones); Reacciones a los vasoconstrictores (taquicardia, hipertensión, cefalea, aprensión; Reacción vaso-vagal (bradicardia, hipotensión); Anafilaxia (hipotensión, broncoespasmo, urticaria, edema). El manejo según nivel sanguíneo de toxicidad: Primero vigilancia estrecha (Concentraciones 6 µg/mL); Oxígeno (Concentraciones 6 a 10 µg/mL); Benzodiacepinas (BZD) mas oxígeno (Mioclonías y/o convulsiones, colapso cardiovascular, niveles de 10 µg/mL); BZD mas intubación traqueal y lípidos I.V.? (Falla cardiovascular, manejo agresivo niveles de 10 a 15 µg/mL.); Intubación y ventilación mecánica mas BZD mas lípidos I.V.? (Etapa transicional grave 15 µg/mL); BZD e intubación traqueal y lípidos I.V.? (Niveles de 20 µg/mL); RCP mas anti arrítmicos mas lípidos I.V (Niveles de 30 o más µg/mL.).

102C. INFECCIONES BACTERIANAS EN PIEL Y SU MANEJO. Dra. Nelly Janeth Sandoval, Dermatopatóloga. Departamento de Patología, Hospital Escuela; Departamento de Docencia de Medicina Interna, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

Las infecciones bacterianas de la piel son una de las dermatosis más frecuentes. Sus manifestaciones clínicas son variables y hasta pueden simular otras enfermedades cutáneas retrasando el diagnóstico, tratamiento y la prevención adecuada. Dentro de estas se incluye: 1) Infecciones piógenas primarias (impétigo ampolloso y no ampollosos, ectima, foliculitis, forunculosis, carbunco, abscesos, erisipela, celulitis), 2) infecciones piógenas secundarias y 3) manifestaciones cutáneas de enfermedades bacterianas sistémicas. Para que estas enfermedades se presenten hay factores predisponentes intrínsecos y no intrínsecos del huésped, que se deben de tener en cuenta al momento del diagnóstico y manejo, y que incluyen los siguientes: ambiente cálido y húmedo, pobreza, falta de higiene, hacinamiento, mal estado nutricional, hidromasajes, obesidad, tratamiento con glucocorticoides u otros inmunosupresores, función neutrófila alterada, enfermedades inmunosupresoras, diabetes mellitus, otras dermatosis, traumas, picaduras de insectos, etc. Los agentes etiológicos como el *Streptococcus piogenes* y *Stafilococcus aureus* siguen siendo los microorganismos causales más importantes, pero no son los únicos. El manejo va a depender del tipo de infección, vía de entrada, la extensión de las lesiones, si se acompaña o no de manifestaciones sistémicas, factores predisponentes y el agente etiológico. Para establecer el manejo adecuado es indispensable todas estas consideraciones, tratando de realizar la investigación bacteriológica y antibiograma para evitar abuso de antibióticos y resistencia bacteriana, así como incluir como parte integral del manejo el control de los factores predisponentes ya que de lo contrario estas enfermedades se vuelven crónico recidivantes.

103C. ACNE. MANEJO CLINICO. Dra. Sandra Flores Aguilera, Dermatóloga. Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

El acné es una enfermedad multifactorial que afecta la unidad pilosebácea. La estructura y la función de esta última se alteran, lo que clínicamente se caracteriza por el desarrollo de comedones, pápulas, pústulas, nódulos, quistes, abscesos y flemones, lesiones que a veces pueden tener secuelas cicatrizales. Se localiza en áreas de la piel en las que abundan los folículos pilosebáceos y con sensibilidad particular a los andrógenos. Es una afección muy compleja en la que están involucrados diversos factores como alteraciones en la queratinización así como en la secreción y composición del sebo, la colonización de la luz folicular por la microflora hasta la instalación clínica del cuadro. El acné se clasifica en: Acné comedogénico, Acné pápulo-pustuloso, Acné nódulo-quístico. También existen las formas

especiales como el Acné conglobata, Acné fulminans, y las variantes. Se estima que el 85% de los individuos se verán afectados por acné en algún periodo de su vida, principalmente entre los 12 y 24 años de edad. Se calcula que un tercio de esos pacientes requieren tratamiento y aunque no se trata de una enfermedad que amenace sus vidas, las secuelas físicas y psicológicas pueden dejar marcas duraderas que provocarán trastornos emocionales y reducirán la autoestima. El tratamiento se divide en tópico y sistémico. Dentro del tratamiento tópico están: Retinoides tópicos como la tretinoína, Isotretinoína, Tazaroteno, Adapaleno. Antimicrobianos como el peróxido de benzoilo solo o combinación. Antibióticos tópicos como Eritromicina, Clindamicina, Doxiciclina, Eritromicina y otros. Dentro del tratamiento sistémico están antibióticos orales como Tetraciclina, Minociclina, Linciciclina, Trimetropin sulfa, Isotretinoína oral (casos severos y resistentes). Hormonas, como los anticonceptivos orales y los bloqueadores de receptor androgénico. Hay una gran variedad de tratamientos que pueden mejorar el aspecto de las cicatrices, ya sean hipertróficas o atróficas.

104C. DESASTRES, DISCAPACIDAD Y REHABILITACION. Dr. Leonardo Ramses Reyes. Medicina Física y Rehabilitación. Fundación TELETON. Instituto Hondureño de Seguridad Social. Tegucigalpa, Honduras.

La discapacidad se define como "la restricción, limitación o ausencia de la capacidad de las personas de realizar una actividad que, de acuerdo con la forma definida en el ámbito físico o socio-cultural, es considerada necesaria o parte de su desempeño", a nivel mundial según la OMS se estima que es un 10 % de las personas sufren de una discapacidad, pero los datos disponibles en Honduras muestran un 2,6%(208,000). En países con una infraestructura pobre y escasos recursos de salud, los efectos de los desastres provocados por el hombre o la naturaleza sobre las personas con discapacidad son devastadores. En los países con estructuras de rehabilitación inadecuadas, un súbito aumento en el número de personas con discapacidades recién adquiridas, provoca una presión increíble sobre sectores sociales y de salud. En el artículo 11 de la convención de las personas con discapacidad, establece el derecho de las personas con discapacidad para garantizar su seguridad y protección. Esto conlleva a iniciar una mirada en tres etapas en la gestión de desastres: a. Etapa de prevención, b. Etapa de Acción -Reacción c. Etapa de reconstrucción inclusiva. En la etapa de prevención encontramos 6 pasos a seguir 1.Establecer las amenazas 2. Identificar necesidades 3. Eliminación de barreras 4. Kit de emergencia 5. Asignar roles 6. Redes de apoyo. En la etapa de Acción-Reacción dependerá del sitio en que se encuentre la persona con discapacidad. En la etapa de reconstrucción inclusiva la que se define como: "aquella labor de edificar un construir con espacios, edificios, tecnologías, procedimientos, prácticas, protocolos e iniciativas de acceso y uso universal, que potencien la funcionalidad de las personas con discapacidad sustentada en el respeto las leyes y tratados internacionales vigentes". Esta fase inicia a partir del cuarto mes e incluye programas de Rehabilitación con Base Comunitaria y servicios de Rehabilitación de Base Institucional.

108C. EVENTO CEREBRO VASCULAR: GUÍA PARA EL TRATAMIENTO INMEDIATO DEL ICTUS. Dr. Jorge Eduardo Ortega, Neurocirujano. Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

El ictus es la tercera causa de muerte en la población mayor de 50 años por lo que seguir una guía de conducta terapéutica es de mucha importancia para todo el personal médico y paramédico. El ictus se define como un evento patológico cerebral agudo de origen vascular que se traduce en una alteración del estado neurológico previo. Puede ser de origen isquémico el cual representa un 70% de todos los eventos, o hemorrágico en el 30% restante de pacientes. La presentación isquémica o hemorrágica puede tener una manifestación clínica muy similar por lo que se hace necesario establecer el tipo de evento a través de métodos diagnósticos de neuro

imagen a la brevedad para iniciar el esquema terapéutico a seguir. Los estudios diagnósticos más utilizados son la tomografía axial computarizada y el estudio por resonancia magnética. El tratamiento del ictus isquémico en un principio es básicamente médico con antiagregantes plaquetarios y dependiendo de su patología de base pueden utilizarse heparinas o fibrinolíticos. Un pequeño grupo de pacientes puede beneficiarse de la terapia endovascular o la craniectomía descompresiva. El ictus hemorrágico se divide en porcentajes muy similares entre el hematoma cerebral espontáneo y la hemorragia subaracnoidea. El tratamiento del ictus hemorrágico requiere de la consideración del tratamiento médico y quirúrgico dependiendo de su patología de base. En cuanto se haya logrado la estabilización del paciente y a la brevedad posible el paciente debe ser trasladado a una Unidad de Ictus que cuente con el equipo médico y tecnológico necesario. Se presenta la guía de manejo inmediato que facilita la toma de decisiones médicas en el paciente que ha presentado un ictus.

109C. MANEJO ARTROSCOPICO DE LA PATOLOGIA DE TOBILLO: NUESTRA EXPERIENCIA. Gustavo Nahúm Hernández Vivas, Walter Carraccioli. Ortopedia y Traumatología. Instituto Hondureño de Seguridad Social. San Pedro Sula, Honduras.

Tradicionalmente el manejo de la patología de tobillo ha sido un abordaje difícil en la práctica ortopédica debido a que la articulación del tobillo es una articulación de carga y estrecho espacio articular y de difícil acceso a través de la cirugía tradicional abierta. Dando como resultado muchas lesiones crónicas de evolución tórpida, que acarrearán discapacidad funcional importante. Debido a la falta de identificación y manejo de lesiones intrarticulares. Con el advenimiento de la cirugía artroscópica se ha abierto una oportunidad de manejo de lesiones cartilagosas, microfracturas del cartilago, manejo de secuelas de esguinces de tobillos, osteocondritis, artrosis postraumática y patología de inestabilidad en la articulación del tobillo. En nuestro estudio exponemos nuestra experiencia personal en el manejo quirúrgico de 10 pacientes con diversas patologías de tobillo, provenientes de la consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad Social, así como también de la práctica clínica privada, donde se les identificó sus lesiones por medio de exploración clínica y análisis radiológicos, así como tiempo de evolución, antecedentes traumáticos. Posteriormente manejados con exploración quirúrgica artroscópica, y en otros casos incluyendo una reconstrucción ligamentosa abierta, evaluando su evolución en base

a apreciación clínica y sintomatológica, así como el reintegro a su actividad laboral normal. Consideramos la técnica quirúrgica artroscópica como una excelente alternativa para el manejo de la patología del tobillo, por su recuperación clínica favorable y pronta integración en el área laboral, así como la identificación de lesiones intrarticulares concomitantes que condicionarían la evolución del paciente. Recomendamos la protocolización del manejo de lesiones de tobillo incluyendo técnicas quirúrgicas artroscópicas en su manejo, así como la continuidad de estudios de las mismas.

110C. VIGENCIA DEL PSICOANÁLISIS EN EL SIGLO XXI. Dra. Holly Palacios, Médica Psiquiatra. Hospital Mario Mendoza, Tegucigalpa, Honduras.

¿Continúa el psicoanálisis vigente? Es frecuente escuchar la opinión de que la obra de Sigmund Freud se encuentra obsoleta. Se acusa al psicoanálisis de carecer de base científica y de recurrir a un tratamiento excesivamente largo. Sin embargo, el psicoanálisis ha sido capaz de renovarse no sólo en sus criterios clínicos referentes a la terapia, la formación de analistas e incluso la transmisión, sino también, de insertarse sólidamente en el tejido social e imbricarse en la cultura. En este último sentido, el cine, la pintura, la música, o la literatura, dan testimonio de los alcances profundos de su legado. La crisis del psicoanálisis más bien está relacionada con su posicionamiento frente a otras ofertas terapéuticas actuales donde se privilegian las soluciones rápidas y efectistas. En el caso de los psicofármacos se delega en la pastilla algo mágico y ya no hay necesidad de un cuestionamiento personal. Los libros de autoayuda, que utilizan los conceptos psicoanalíticos más o menos deformados, son bien vendidos porque ofrecen soluciones puntuales con la promesa de efectividad. Las religiones prometen felicidad a cambio de sometimiento. El psicoanálisis no promueve la relación con otro que brinde garantías, promueve la des-idealización y la recuperación del paciente, de su capacidad de decidir, propone la reflexión y elaboración en vez del facilismo e inmediatez. El psicoanálisis siempre va a encontrarse con resistencias porque éstas surgen del temor al dolor psíquico que conduce a no querer saber nada de sí mismo. Sin embargo, la demanda del paciente que sufre por afecciones psíquicas es cada día más alta por lo que es fundamental tomar conciencia de que el discurso psicoanalítico es convocante y el psicoanalista que trabaje en un hospital público o en su clínica privada conserva sus pacientes a lo largo del tiempo y son solicitados.