

RESÚMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES

C (Conferencia)

1C. LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN LA PRÁCTICA MÉDICA.

Dra. Carolina Fortín, Instituto Nacional Cardio-Pulmonar, Tegucigalpa.

Consiste en la abstención y/o negación de un individuo a cumplir lo mandado por una norma concreta del ordenamiento jurídico por entender que su cumplimiento es incompatible con el respeto a un determinado valor moral percibido por la propia conciencia. Nos encontramos en el fondo con el problema de resolver la relación entre derecho y moral, de no resolverse adecuadamente esta relación arriba apuntada tendremos la injusticia frente a la agresión y conculcación de un derecho fundamental. La conciencia es un juicio práctico sobre la moralidad de una acción, etimológicamente del latín *cumscientia*, *cumscirere*, la conciencia es radicalmente dialógica. La objeción de conciencia se trata de un intento de desprecio a la legalidad o al intento de desobediencia arbitraria frente a la norma positiva, se apela a una autonomía monádica de la conciencia en el sentido de ser la conciencia exclusivamente ley para uno mismo, como si ésta, la conciencia no debiera seguir a la ley en la consecución del propio bien personal. No se funda ni en la pretendida autonomía del sujeto respecto a la norma ni al desprecio de la ley civil, sino a la fidelidad a la misma fundamentación de la ley civil como arriba hemos apuntado en el obligado servicio al bien moral.

2C. RIESGOS PROFESIONALES. Dr. Oscar Suazo M., Instituto Hondureño del Seguridad Social, Tegucigalpa.

Las condiciones de trabajo ejercen una influencia directa y considerable en la salud y el bienestar de los trabajadores. Riesgos Profesionales son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores a causa de las labores que ejecuta por cuenta ajena, también es toda lesión, enfermedad o agravación que sufran posteriormente los trabajadores como consecuencia inmediata e indudable de un accidente de trabajo o enfermedad profesional que haya sido víctima. Los trabajadores que sufren un riesgo profesional tienen derecho a: al pago de indemnización por accidente de trabajo y enfermedad profesional, asistencia médica quirúrgica, medicamentos y material de curación, gastos de traslado y hospitalización, otros gastos que incurra para la rehabilitación y a continuar laborando. El vínculo entre prevención y seguro de indemnización de accidentes puede habilitar mecanismos eficaces para reducir tanto los accidentes en el lugar de trabajo como las enfermedades profesionales y ofrecer un incentivo para que los empleadores incrementen las actividades de prevención en la empresa, dado que la prevención incide en la tasa de cotización abonada exclusivamente por el empleador.

3C. LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE. Dr. Gaspar Rodríguez, Pediatra Nefrólogo, Instituto Hondureño de Seguridad Social.

Ética es la ciencia que fundamenta el comportamiento moral del ser humano para adecuarlo al bien del universo, la sociedad y el individuo. Principios Éticos: Autonomía, Justicia, Benevolencia. Son autoobligados; se aceptan en conciencia y no impuestos por ninguna autoridad externa. Concepto de Salud. Es un estado bio-psico-social observable y medible por la ciencia médica, la exploración clínica y las ayudas diagnósticas, percepción de bienestar psicosomático y social, percepción de integridad, libertad de acción, Capacidad de comunicación. Naturaleza de la medicina. Es el arte y la ciencia que cuida la salud del ser humano. Es arte porque debe efectuar acciones para cumplir sus fines y es ciencia porque necesita un acumulo de conocimientos para ejercerla. Características del Médico: bondad, sabiduría, respeto. Regla de oro del comportamiento medico: trata a tu paciente como te gustaría que te trataran a ti. Diferencias de la relación médico paciente según circunstancias: 1. Según el ambiente donde se realice: emergencia, sala de hospitalización, consultorio, otros ambientes (domicilio, lugar de accidente, cárcel). 2. Según el grado de participación del paciente: paternalista, autónoma, responsable. 3. Según la edad del paciente. 4. Según actitud y estilos del paciente y el médico. Problemas actuales de la relación. Pérdida de fe en el médico, Deshumanización del personal de salud, menor privacidad en los servicios de salud, el aumento en los costos. Conflictos en la relación. El paciente quiere lograr del médico ganancias deshonestas, intereses familiares se vuelven contra los derechos del enfermo, intervienen terceros, surgen conflictos entre el médico y la sociedad. Rompimiento de la relación. Falta de colaboración del paciente y/o familia, incompatibilidad moral entre el médico y su paciente, imposibilidad física de atender paciente por falta de tiempo, falta de recursos económicos, interferencia con otros colegas, incapacidad científica y falta del paciente a sus deberes.

4C. CONSENTIMIENTO INFORMADO. Dra. Xenia Velásquez, Dermatóloga, Coordinadora del Comité de Ética del Colegio Médico de Honduras/ Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales / Presidente del Centro Nacional de Educación Médica Continua (CENEMEC). Colegio Médico de Honduras, Tegucigalpa, Honduras

Es la autorización que hace una persona con plenas facultades físicas y mentales para que los profesionales de la salud puedan realizar un tratamiento o procedimiento. Lo podemos definir como el compromiso conjunto que establece el espacio comunicativo destinado a informar en forma oral o escrita la naturaleza, propósitos, forma de aplicación de los instrumentos de recopilación de información o aplicación de pruebas experimentales, presentando los beneficios, los riesgos, alternativas y medios del proceso en el cual, quien reci-

be la información, irá a convertirse en participante, objeto de experimentación o contribuyente al análisis estadístico, constituyéndose el documento resultante en el testimonio escrito de quien va a ser investigado (o su tercero responsable, autorizado por ley) para lograr una autorización clara, competente, voluntaria y autónoma. El consentimiento informado es una herramienta proactiva del investigador, que le permite prevenir, controlar y cuidar la integridad del proceso, y de quien da el consentimiento, pero también de la suya propia y la de su grupo co-investigador. Más que un instrumento judicial, es la expresión de una actitud y voluntad que permite prácticamente expresar la manera como se va a conducir un proceso dimensionado en cada momento y las posibles consecuencias en pro o en contra de las partes. Más allá de ser un protocolo con una función de una simple constancia y formalidad, debe ser la manifestación de la actitud responsable, preventiva y bioética del investigador. Si así no fuera, se caería por su propio peso, siendo viva imagen de un simple cumplimiento o doble moral de los sujetos que intervienen en la investigación.

5C. MERCADEO Y ETICA MÉDICA. Dr. Carlos Maldonado, Oftalmólogo Pediatra, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

“Donde hay amor al arte hay amor al hombre”, es una frase atribuida a Hipócrates, quien probablemente se refería al noble y sagrado arte de la profesión que él mismo cultivaba; *La Medicina*. Porque la medicina es ciencia, sí, pero también es arte, en el sentido clásico de la palabra: *la recta razón de actuar*. En la actualidad los médicos por el aumento de profesionales generales, especialistas y sub especialistas, han tenido que hacer uso del mercadeo muchas veces realizando cosas que son faltas a la ética por lo cual debemos hacer uso de todo lo que ayude a aumentar nuestra cartera de pacientes es bueno sin caer en lo inhumano. Mercadeo es todo lo que se haga para promover una actividad, desde el momento que se concibe la idea, hasta el momento que los clientes comienzan a adquirir el producto o servicio en una base regular. El mercadeo pretende crear necesidades para que aumente el consumo de los servicios que se presta esto puramente tipo mercantilista. En los servicios de salud es inaceptable. En el sector salud se debe de hacer con sólido soporte científico y conocimiento pleno de que lo que se mercadea es útil para la salud, Crear falsas alarmas para que el paciente consuma más servicios es inaceptable y falto de ética. Los servicios de salud regidos por parámetro puramente económicos son inmorales, así como, publicidad muy ligada al mercadeo y que siempre busca beneficio económico. Por lo anterior podemos decir que La publicidad en el sector salud siempre. Debe ser ética, anunciar sin engaño, buscar la salud de la sociedad.

6C. SECRETO MÉDICO. Dr. Gaspar Rodríguez, Pediatra Nefrólogo, Instituto Hondureño de Seguridad Social.

Es la obligación ética que tiene el médico de no divulgar ni permitir que se conozca la información que en forma directa o indirecta obtenga durante el ejercicio profesional, sobre la salud y vida del paciente y su familia, aun después de su muerte. **Aspectos Ético-Legales:**

Declaración de los Derechos Humanos, Constitución de la República, Código Sanitario, Código Penal, Código de Ética del Colegio Médico de Honduras. **Tipos de Secreto:** natural, prometido, confiado. **Quiénes deben guardar el secreto?:** médicos, estudiantes de medicina, enfermería, trabajador social, personal administrativo, etc. **Problemas con el expediente clínico:** Más personas consignan datos como enfermeras, terapeutas, salud ocupacional, etc. **Quién puede tener acceso al expediente clínico?:** médico tratante, personal encargado de la atención del paciente, empresas de salud o fabricas con la autorización del paciente para datos específicos y los auditores de salud, etc. **El secreto profesional y la salud ocupacional:** la empresa no debe interferir ni imponer, la revisión del expediente clínico debe ser autorizado por el trabajador, solo se informa lo pertinente. **Cuando revelar el secreto médico?:** beneficio para el paciente (conducir y epilepsia, enfermedad familiar hereditaria, embarazo o drogas en adolescentes, certificado de nacimiento o defunción). Beneficio para la empresa. **Beneficio para la sociedad** (enfermedades contagiosas, enfermos peligrosos, víctimas de delito, mala praxis, testigo en juicio, heridos, guerrilleros, abortos). **Cuáles y porque se cometen las faltas?:** por interesarse en aspectos no médicos, comentarios con conyugues, amigos, lectura del expediente por médico tratante sin interés científico, sensacionalismo en revistas, periódicos o TV, publicaciones y reuniones científicas sin consentimiento, informando más de lo necesario en personajes públicos enfermos, cámaras y micrófonos en hospitales, quirófanos y cuidados intensivos, imágenes degradantes de tragedias. **Consecuencias de revelar el secreto profesional:** legales, daño físico, moral, económico, social, perdida de la intimidad del paciente y desconfianza en la relación médico-paciente.

8C. HEMOTERAPIA RACIONAL HACIENDO ÉNFASIS EN LA INDICACIONES CLÍNICAS DE LA SANGRE Y SUS COMPONENTES. Dr. Joao Baccara, Hematología y Hemoterapia. Ministerio de Salud. Brasil.

Creación de Comités de Transfusión / (MESA REDONDA). La hemoterapia en Brasil desde su creación demuestra la búsqueda de una organización y patrón característico de nuestro país. Sobresalen las primeras transfusiones de artesanía, realizadas por algunos cirujanos tratando de salvar vidas. La creación de los primeros servicios de transfusión en los años 40. El advenimiento de la Sociedad Brasileña de Hematología en el año 1950, la campaña la donación voluntaria de SBHH1980 y con la creación de bancos de sangre, hace que hoy en día vivamos de una hemoterapia acoplada a la hematología, incluyendo la enseñanza universitaria, los servicios de hematología, excelentes en la mayoría de los hospitales y la calidad de la sangre en los centros de hemoterapia. El hemoterapeuta va dejando un papel pasivo y se convierte en un especialista destacado en la comunidad médica, hospitalaria y universitaria, implementando la tecnología y el conocimiento para el beneficio de los pacientes. La nueva frontera que se presenta en la hemoterapia en el siglo XXI, se refiere a todo aquello que la medicina considera hoy como la ciencia de vanguardia, como la biología molecular, la ingeniería genética y la terapia celular.

9C. TALLER DE ESCRITURA Y PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS. María Elena Peñaranda, PhD; Instituto de Ciencias Sostenibles (SSI), San Francisco, California, EUA. Dra. Nelly Janeth Sandoval, Dra. Jackeline Alger, Consejo Editorial Revista Médica Hondureña, Tegucigalpa, Honduras.

El Instituto de Ciencias Sostenibles o SSI tiene como misión proveer soporte a la investigación en ciencias de la salud con el fin de promover el estudio de problemas locales y mejorar los sistemas de salud pública. El taller de escritura de artículos científicos planeado por un día como Curso de Pre-Congreso previo al LV Congreso Médico Nacional de Honduras, consistirá de una descripción general de todos los pasos necesarios a considerar cuando se escribe un artículo de alta calidad que tenga altas probabilidades de ser aceptado para publicación. La comunidad científica evalúa el progreso y el estado de los investigadores principalmente por el número y calidad de los manuscritos que el científico ha publicado en revistas evaluadas por sus colegas. Este taller de escritura de manuscritos está diseñado para proporcionar a los investigadores con la información y las herramientas necesarias para transformar datos existentes en material publicable de buena calidad y así, aumentar la probabilidad de que un manuscrito sea aceptado para publicación en una revista científica de renombre. Se discutirá el proceso de cómo empezar con un borrador y los pasos a seguir para escribir cada sección de un trabajo científico desde título, introducción, materiales y métodos, resultados, discusión y resumen, hasta como someter el artículo a publicación y respuesta a los editores. También con este taller se espera estimular a los participantes a escribir y publicar sus trabajos científicos, ya que los investigadores dependen de trabajos publicados para obtener financiamiento y poder continuar con su investigación. Además se considera que el trabajo de investigación no es completo hasta que se hayan publicado los datos y compartido con la comunidad científica para su consideración y discusión del significado de los datos en el contexto general del problema.

10C. ICTUS ISQUÉMICO. Dr. Nelson Chinchilla, Neurología y Epileptología. Unidad de Ictus, Hospital del Valle, San Pedro Sula; Dra. Carolina Haylock, Anestesiología, Reanimación y Dolor, Algología y Cuidados Intensivos. Unidad de Ictus, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

La isquemia cerebral es un proceso dinámico desencadenado al ocluirse una arteria intracraneal de forma aguda, habitualmente por un embolismo, desde el corazón o desde lesiones arterioescleróticas de arterias más proximales. La recanalización urgente de dichas arterias y reperusión precoz del tejido cerebral, las terapias neuroprotectoras que intervengan en la cascada isquémica y la prevención de la recurrencia son los objetivos terapéuticos en la fase aguda del ictus isquémico. El ictus isquémico se puede clasificar en base a diversos parámetros como lo son su localización y su etiología. Una clasificación sencilla y universalizada es la que según la extensión y localización del ictus isquémico los subdivide en: TACI (acrónimo anglosajón para referirse al ictus completo de circulación anterior), PACI (ictus parcial de circulación anterior), LACI (ictus lacunar) y POCI (ictus de circulación posterior). Según la etiología del ictus se van a subdividir en ictus aterotrombóticos, cardioembólicos, lacunares, de causa in-

habitual y de origen indeterminado. Semiologicamente, a la cabecera del enfermo podremos identificar síndromes corticales, síndromes lacunares y síndromes troncoencefálicos. El "código ictus" consiste en una fase prehospitalaria y una fase intra-hospitalaria. La fase prehospitalaria consiste en el contacto prehospitalario y el transporte rápido por un equipo de soporte vital avanzado al hospital más cercano capaz de administrar tratamiento con rt-PA. La fase intrahospitalaria consiste en una rápida evaluación, que incluía los signos vitales, la medida de glucemia, el electrocardiograma, la cuantificación del NIHSS y la tomografía computarizada craneal.

11C. NEURORADIOLOGÍA. INDICACIÓN DE ESTUDIOS DE IMAGEN EN DOLOR LUMBAR E IMAGEN EN ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL Dra. Jeannete Bú, Neuroradióloga, MATERDEI, Tegucigalpa.

Una de las consultas más comunes en la práctica médica es aquel paciente con dolor lumbar, motivo por el cual se hace necesario que el médico conozca los métodos actuales de imagen para identificar los factores causales. Las causas frecuentes de dolor lumbar como ser: Patología discal (hernias discales), radiculopatías, patología degenerativa (canal estrecho, osteofitos, etc), lesiones post traumáticas o tumorales, etc, obligan al conocimiento de las ventajas o desventajas, así como las indicaciones o contraindicaciones de los siguientes métodos de imagen: radiografía, tomografía computada multicorte, mielotomografía computada o imagen por resonancia magnética. Ciertas características clínicas son importantes para sugerir que estudio puede ser de ayuda para el diagnóstico. La tecnología médica bien utilizada y con el conocimiento adecuado le permite al médico optimizar estas herramientas de ayuda para llegar a la etiología del dolor lumbar y poder instaurar un tratamiento rápido y oportuno. El dolor lumbar es una de las causas más comunes de consulta, pero hoy en día la enfermedad vascular cerebral en nuestro país es una de las causas más frecuentes de morbi-mortalidad. Es importante definir si un evento clínico es isquémico o hemorrágico ya que las medidas de detección temprana son enfocadas a instaurar tratamiento rápido y evitar secuelas que con frecuencia dejan limitado al paciente. Actualmente los métodos de imagen nos permiten: la detección temprana, conocimiento de la extensión de la zona afectada, complicaciones, factores causales y tipo de tratamiento, para lo cual contamos con los siguientes métodos de imagen: 1) tomografía computada, con angiogramografía y perfusión. 2) imagen por resonancia magnética con angiogramografía, difusión, perfusión espectroscopía, etc. 3) ultrasonido doppler carotídeo y trans craneal, todas las anteriores están orientadas a identificar zona cerebral afectada o comprometida (daño anatómico), tejido cerebral rescatable (aspecto funcional) trayecto vascular afectado y finalmente tipo de tratamiento a utilizar. Finalmente se cuenta con la angiogramografía cerebral, que se utiliza mayormente para tratamiento endovascular.

12C. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN EN EL CÁNCER DE MAMA, TENDENCIAS ACTUALES. Dr. Leonardo Lara Pinto. Radiólogo, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

El cáncer de mama es la segunda causa de cáncer en la mujer hondureña y la tercera causa de muerte por cáncer con un porcentaje

que oscila entre 7.6 a 11.8 muertes de cada 100,000 habitantes o sea que son entre 600 a 700 muertes al año considerando la población estimada a la fecha. La mamografía sigue siendo hasta el momento el estudio de detección temprana más utilizado y confiable por lo que es importante para el médico conocer cuáles son las indicaciones actuales en relación a los protocolos más reconocidos, así como, también estudios adicionales de imágenes que se utilizan hoy en día.

13C. TIROIDES POR IMAGEN. Dr. Carlos Rivera, Radiólogo intervencionista, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

La hormona tiroidea regulan la manera de como las células utilizan la energía y que tan rápido trabaja el metabolismo; por lo que las enfermedades de la tiroides afectan el metabolismo corporal, el crecimiento, peso, temperatura y el nivel de energía. Además de regular la función cardíaca y del sistema digestivo. En general los problemas tiroideos se clasifican en tres categorías: hipotiroidismo, hipertiroidismo y nódulos tiroideos. En la plática se explica la utilidad diagnóstica del ultrasonido para la evaluación de la glándula y para la caracterización de los nódulos tiroideos. Se abordarán los criterios para realización de biopsia y se explicará en general la técnica de realización con guía ultrasonográfica.

14C. LA IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y PUBLICACIÓN. María Elena Peñaranda, PhD; Instituto de Ciencias Sostenibles (SSI), San Francisco, California, EUA.

El objetivo principal de la investigación científica no se cumple hasta que no llega a la publicación. Una investigación científica por buena que sea no termina hasta que no se haya publicado y se den a conocer los nuevos hallazgos a la comunidad científica para su crítica, reproducibilidad y consideración en el contexto del conocimiento existente. Los científicos en muchos países en desarrollo en donde la actividad científica ocupa un plano relegado, están a desventaja ya que en general no publican sus descubrimientos y datos. Muchos creen que ahí radica la base del subdesarrollo, no en que no tengamos ideas y no hagamos un buen trabajo de investigación, sino en el hecho de que no lo divulgamos y dejamos que nuestros esfuerzos caigan en el olvido o diseminación muy local. Con el fin de estimular la investigación científica y la publicación de sus resultados, el Instituto de Ciencias Sostenibles o SSI (por sus siglas en inglés) imparte talleres de entrenamiento incluyendo talleres de escritura de manuscritos que están diseñados para proporcionar a los investigadores con las habilidades y herramientas necesarias para transformar datos existentes en material publicable y así, aumentar la probabilidad de que un manuscrito sea aceptado para publicación en una revista científica de renombre. SSI es una organización sin fines de lucro dedicada a mejorar la salud pública por medio del desarrollo de la capacidad científica para investigación en áreas relevantes de salud. SSI promueve el liderazgo de generaciones nuevas, promueve proyectos científicos y la aplicación de métodos eficientes en la investigación para crear un ambiente óptimo y fomentar la creatividad científica, la motivación y el empoderamiento de grupos de investigación nacionales.

15C. TUMORES OFTALMOLÓGICOS EN PEDIATRÍA. Dr. Carlos Maldonado, Oftalmólogo Pediatra, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

Los tumores en pediatría es una patología muy frecuente para lo cual deberá de conocer las diferentes entidades que se presentan en su epidemiología de las manifestaciones clínicas su diagnóstico y tratamiento. Son varios los tumores orbitarios que se presentan en pediatría pero en esta presentación específicamente hablaremos de RABDOMIOSARCOMA procede de los restos embrionarios y no de los músculos extraoculares: NEUROBLASTOMA, HEMANGIOMAS, LINFANGIOMAS, HISTIOSITIS, DISPLASIA FIBROSA Y RETINOBLASTOMA. Los tumores pediátricos expuestos anteriormente epidemiológicamente son los más frecuentes que se presentan en población de escasos recursos o más postergados de la población. En cuanto a la sintomatología de dichas lesiones estos tumores tienen como peculiaridad la prótasis del globo ocular la cual debe manifestarse de manera diversa para cada caso y tiempo de evolución. Es importante mencionar que además puede presentar inyección ciliar, disminución de la agudeza visual, quemosis conjuntival y además presentan limitación de los movimientos extra oculares por afectación de dichos músculos hasta los grados externos de presentar oftalmoplejias del globo afectado. El diagnóstico de dichos tumores se realiza en base a una historia clínica y examen físico completo estudios radiográficos, tomografía axial computarizada. Ultrasonidos oculares y de anexos para determinar además de tamaños formas la presencia de vascularidad arterial y venoso. Biopsia para definir los tratamientos. Los tratamientos para dichas patologías se basan en cirugías para reseca dichas lesiones y en algunos casos donde se estime pertinente de acuerdo a los hallazgos de invasión o expansión de las lesiones se realizara tratamiento médico como quimioterapia, radioterapia dependiendo la naturaleza del tumor a tratar. Es importante para la población médica en general el conocimiento de dichas patologías para el pronto diagnóstico y tratamiento oportuno.

16C. SÍNDROME METABÓLICO EN PEDIATRÍA. Dr. Guillermo Arturo Villatoro, Endocrinólogo Pediatra, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

Se define como un grupo de factores de mayor riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular y Diabetes Mellitus tipo 2. El diagnóstico incluye tres o más de los siguientes criterios: glucosa en ayunas mayor o igual a 100 mg/dl, cintura mayor del percentil 90, triglicéridos mayor o igual de 110 mg/dl, colesterol HDL menor de 40 mg/dl y presión arterial mayor de percentil 90. La etiología es multifactorial. No existe prevalencia mundial por la diversidad de criterios. La circunferencia de la cintura se correlaciona con la adiposidad visceral y es un predictor independiente de resistencia a insulina, dislipidemia, hipertensión. La obesidad abdominal es factor "sine qua non" para el diagnóstico de síndrome metabólico. La sensibilidad a la insulina disminuye 30-40% con incremento de 35-40% sobre el peso ideal. Los niños RCIU con rápido incremento de peso en los primeros meses de vida tienen mayor resistencia a insulina, Diabetes Mellitus 2 (DM2), hipertensión arterial y aterosclerosis. La hiperinsulinemia es la manifestación precoz de diabetes mellitus tipo 2. La intoleran-

cia a glucosa se demuestra en 20-25% de los niños y adolescentes obesos. La hipertrigliceridemia es la manifestación más precoz de la dislipidemia. La Adiponectina es un péptido de producción en los adipocitos, está disminuida en los pacientes obesos. Incrementa la sensibilidad a la acción de la insulina. Promueve la oxidación de ácidos grasos y la actividad de la lipo-protein-lipasa. Asociación negativa con el engrosamiento de la íntima y la media a nivel de los vasos. Hígado Graso se presenta en 55-77% de los niños obesos. 24 % tienen esteatohepatitis no alcohólica. Patogenia: Resistencia a insulina y estrés oxidativo, 20% progresa a cirrosis, 30-40% fallecerán por enfermedad hepática. Tratamiento: Alimentación adecuada y estilo de vida saludable. Incremento de la actividad física. Soporte psicológico. Tratamiento farmacológico si es necesario. Tratar cada uno de sus componentes.

17C. PRIMICIAS DEL IMPACTO CON LA INTRODUCCIÓN DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA EN EL PAI HONDURAS. Dr. Oscar Gerardo Banegas, Pediatra, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas y Profesor del Post Grado de Pediatría Universidad Nacional Autónoma de Honduras Valle de Sula.

El "Enemigo Público Número Uno" se ha adjetivado para el *Streptococcus pneumoniae*, bacteria Gram positiva lanceolada y con disposición en cadenas, que es capaz de cohabitar con el ser humano desde antes de los seis meses de vida y ser responsable directo de muy buena parte de la morbimortalidad por enfermedades infecciosas invasivas, meningitis y neumonía. Muchas batallas se han librado en contra del neumococo y la guerra aún no termina, antibióticos tradicionales y nuevos, con mejoradas combinaciones y mecanismos de acción sinérgicos siguen encontrando resistencia suficiente entre los más de 40 serotipos. La vacunación por sí misma y en particular con la vacuna conjugada anti neumocócica 7 valente, ha logrado establecer un antes y un después en el control de éstas infecciones; las expectativas planteadas en la era pre vacunal tuvieron un excelente desenlace y aunque como era de esperarse desencadenó nuevos retos y planteó nuevos problemas; su relevante valor ha sido suficiente prueba para que los programas de vacunación nacionales la incorporen como estrategia inmediata. El objetivo de éste escrito es revisar el marco teórico que sustente las primicias y futuros resultados de la evaluación de impacto esperado con la incorporación de la vacuna conjugada anti neumocócica 13 valente al Programa Ampliado de Inmunizaciones en Honduras desde marzo del 2011.

18C. TERAPIA CON INSULINAS DESDE UNA PERSPECTIVA PRÁCTICA EN PEDIATRÍA. Dra. Lesby Espinoza, Endocrinóloga Pediátrica, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

La Diabetes Mellitus Tipo 1, es la endocrinopatía más frecuente en la infancia y adolescencia. Es necesario el tratamiento individualizado y adaptado al estilo de vida de cada paciente. Hasta ahora, las insulinas de las que se disponía eran la insulina cristalina y la de acción intermedia (NPH), lo que dificultaba el tratamiento óptimo de la enfermedad. La insulina cristalina, inicia su acción 30 minutos después de su aplicación, con pico a las dos horas y duración de seis horas. Por este motivo, se debe aplicar treinta minutos antes de las comidas

y es necesario tomar hidratos de carbono 2-3 horas después de su administración para evitar hipoglucemias. La NPH, su perfil de acción eficaz es inferior a 12 horas, presenta un pico pronunciado a las 6 horas que incrementa el riesgo de hipoglucemias tardías obligando a un horario muy estricto de comidas y presenta gran variabilidad de acción y absorción, no solo interindividual, sino intra individual, que dificulta mucho su manejo. Con los avances de la genética molecular se han ido incorporando distintos tipos de análogos cuya acción es más predecible que la de sus homólogos. Los análogos de acción rápida presentan un inicio rápido de acción, lo que permite su administración coincidente con las comidas, incluso inmediatamente después, en niños pequeños con ingestas caprichosas tanto desde el punto de vista de horario como de volumen ingerido en relación a lo programado. Su acción rápida disminuye el riesgo de hipoglucemias tardías. Los análogos de acción prolongada han sido ideados para reproducir el patrón fisiológico de la secreción basal continua de insulina en ausencia de picos de máximo efecto. Estas nuevas insulinas han permitido elaborar una nueva estrategia de tratamiento, con una secreción basal durante todo el día y una secreción prandial en respuesta a la ingesta (patrón BASAL-BOLUS).

19C. EMBOLIZACIÓN DE MIOMAS UTERINOS. Dr. Carlos Enrique Rivera Argeñal, Radiólogo Intervencionista, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Mioma uterino es el tumor sólido benigno más frecuente en la pelvis. Se origina de la capa de músculo liso y del tejido conectivo del útero; se presenta con mayor frecuencia en mujeres en edad reproductiva. Hasta un 80% de las pacientes son asintomáticas. Los síntomas que producen son: menorragia, distensión y dolor pélvico, síntomas por compresión vesical y rectal y posible causa de infertilidad, la cual es multifactorial. Existen varias modalidades terapéuticas por lo que es importante una adecuada evaluación ginecológica y realización de estudios de imagen; tomando en consideración el deseo de la paciente para conservar su útero y/o rechazo a una cirugía. La embolización de miomas uterinos inició en Francia en 1995. Años más tarde fue aprobado por la FDA y considerada por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia como una opción segura y efectiva para mujeres adecuadamente seleccionadas que desean conservar su útero. Es un procedimiento realizado bajo sedación intravenosa en una sala de hemodinamia, en donde, mediante un abordaje percutáneo unilateral de arteria femoral, se embolizan ambas arterias uterinas para lograr una devascularización y posterior involución de los miomas. Está indicada en pacientes sintomáticas idealmente con paridad completa, con útero menor de 24 cms. de longitud, sin interés o interés secundario a posterior fertilidad y con deseos de conservar el útero funcional. En casos de infertilidad, en donde la única causa posible es por miomatosis, la embolización de miomas uterinos está indicada solamente en casos de riesgo elevado por miomectomía. Está contraindicada la embolización de miomas uterinos durante el embarazo, presencia de masas anexiales, sospecha de sarcoma o carcinomas uterinos y en miomas pediculados de ubicación subserosa. Se presenta la preparación, técnica, cuidados postembolización, resultados, complicaciones, reportes de fertilidad posterior a embolización de miomas uterinos y casos clínicos de la experiencia en el país.

20C. SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO-FETAL: DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y MANEJO. Dr. Pablo Alberto Martínez Rodríguez, Medicina Materno Fetal Perinatología, Hospital Regional del Sur.

Síndrome de transfusión feto-fetal es una complicación exclusiva de los embarazos gemelares monocoriales biamnióticos. Las anastomosis vasculares de la superficie placentaria producen un flujo neto de sangre desde un gemelo (gemelo donador) hacia el otro gemelo (gemelo receptor); produciéndose como consecuencia hipovolemia, anemia e hipotensión en el donador; e hipervolemia, policitemia e hipertensión en el receptor. Para poder sospechar este diagnóstico, se tiene que comenzar con establecer la corionicidad del embarazo gemelar (ver número de placentas, número de bolsas amnióticas, sexos fetales). Una vez establecido esto, se partirá del hecho que el Síndrome de transfusión feto-fetal, es una complicación exclusiva de las gestaciones monocoriales-biamnióticas; por lo tanto habrá una sola placenta, 2 sacos amnióticos y gemelos del mismo sexo. Las características ultrasonográficas que nos permiten sospechar este diagnóstico son polihidramnios y una vejiga fetal distendida en el gemelo receptor y oligohidramnios severo e imposibilidad de identificar la vejiga en el gemelo donador. Si no se realiza un tratamiento adecuado y oportuno los resultados perinatales son invariablemente fatales en la gran mayoría de los casos como consecuencia de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y/o muerte fetal intraútero de ambos gemelos. Las 2 principales opciones de tratamiento son drenajes seriados de líquido amniótico por amniocentesis y la fotocoagulación laser de las anastomosis placentarias por fetoscopia. Los drenajes seriados de líquido amniótico ofrecen solo disminución de la sintomatología materna y no ofrecen una cura definitiva y la tendencia actual es hacia abandonar esta práctica. En cambio con la fotocoagulación laser de las anastomosis placentarias se trata de manera directa y definitiva la génesis del problema, lográndose la conversión a una placenta hemodinámicamente dicoriónica. Con este tipo de terapia se ofrece un pronóstico de supervivencia para ambos fetos cercano al 60% y de que al menos uno sobreviva del 83%.

21C. LO QUE TODO MÉDICO DEBE SABER SOBRE SÍNDROME DE OVARIOS POLIQUÍSTICOS. Dr. Elmer López Lutz, Médico Internista y Dermatólogo, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

El Síndrome de Ovarios Poliquísticos es una condición que debuta en la adolescencia y ocurre en el 5 a 8% de las mujeres en edad reproductiva. Es la causa más frecuente de producción excesiva de andrógenos (hiperandrogenismo), siendo la alteración hormonal más común causante de hirsutismo, acné, alopecia y seborrea en la mujer. De causa desconocida, donde intervienen factores hereditarios y no hereditarios, generalmente relacionado a un síndrome metabólico paterno de resistencia a la insulina. Su importancia clínica radica en que está relacionado al síndrome metabólico, a la diabetes con todas sus complicaciones cardiovasculares y metabólicas. Como también a problemas ginecológicos como ser irregularidades menstruales, infertilidad y cáncer de endometrio. Su diagnóstico se realiza con la presencia de por lo menos dos de los siguientes tres criterios (Criterios de Rotterdam): 1. Oligo o anovulación. 2. Signos clínicos o bioquímicos de hiperandrogenismo. 3. Ovarios poliquísticos por ultrasonido. Su tratamiento incluye cambios importantes del estilo de vida

como ser dieta reductiva y ejercicio físico vigoroso, así como tratamiento farmacológico con anticonceptivos orales, antiandrogénicos y metformina entre otros.

22C. CIRUGÍA RADICAL VERSUS CIRUGÍA CONSERVADORA EN EL CÁNCER DE MAMA. Dr. Manuel Maldonado, Cirugía Oncológica, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

Los objetivos en el tratamiento de Cáncer en General son obtener control local y prevenir el desarrollo de metástasis. Para el primero se utiliza cirugía y/o Radioterapia y para el segundo la aplicación de medicamentos de acción sistémica conocidos como quimioterapia. En Honduras Cáncer de Mama es la neoplasia maligna cuya incidencia se ha incrementado en la última década, llegando a convertirse en la primera causa de cáncer en el área urbana y mientras las estadísticas mundiales registran más del 60% de los casos arriba de los 60 años, en nuestro país más del 60% de los casos ocurre entre los 30 y 60 años de edad. A finales del siglo XIX se popularizó la Mastectomía Radical Clásica de Halsted. En 1968 la OMS elabora un ensayo que comienza en el Instituto de Tumores de Milán, comparando en pacientes en Estadio I, realizándose en un grupo Mastectomía Radical de Halsted y en el otro grupo, tratamiento conservador que consistió en cuadrantectomía más disección Radical de Axila, seguido de Radioterapia. En el 2002, en NEJM se publican los resultados en USA y en Europa mostrando resultados similares en ambas modalidades de tratamiento, dando inicio formalmente a la era moderna del tratamiento conservado en Cáncer de Mama y aunque algunos estudios favorecen a la Mastectomía en cuanto a menor índice de recidiva local también está suficientemente demostrado que esto es controlable y no afecta la supervivencia global. En conclusión, la cirugía conservadora debe ser oncológicamente correcta, procurando márgenes libre de enfermedad obteniendo resultados estéticamente aceptables o satisfactorios sin comprometer el control local y la supervivencia de la paciente, quien debe ser informada con amplitud sobre sus opciones y decidir libremente cual realizarse, tiene derecho, es su vida.

23C. DIAGNÓSTICO Y MANEJO ACTUAL DE LOS FETOS CON RESTRICCIÓN EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO. Dr. Pablo Alberto Martínez Rodríguez, Ginecobstetra Perinatólogo, Hospital Regional del Sur.

El crecimiento fetal es el resultado de un proceso complejo en que participan múltiples factores genéticos, endócrinos, epidemiológicos, ambientales. Este proceso puede ser alterado por múltiples factores y tener como consecuencia una disminución en crecimiento fetal. Actualmente es bien sabido que en aquellos fetos que no alcanzan su potencial de crecimiento existen consecuencia a corto, mediano y largo plazo. Prenatalmente la restricción en el crecimiento intrauterino puede anticipar preeclampsia, parto de pretérmino, desprendimiento de placenta, complicaciones intraparto y muerte fetal. En la vida neonatal se asocia a un incremento en la morbilidad y la mortalidad destacando la posibilidad de secuelas como parálisis cerebral, déficit de atención, sordera, convulsiones, coeficiente intelectual bajo. De manera tradicional se ha enfocado de manera indistinta como feto con crecimiento intrauterino restringido todo aquel cuyo peso estimado se encuentre por debajo de la percentil 10. Sin embargo con el

advenimiento de la Flujoimetría Doppler se ha visto que no todos los fetos cuyo peso se encuentra por debajo de percentil 10 están enfermos y esto podría representar solo una imposibilidad para expresar su potencial genético de crecimiento. En cambio cuando el deterioro hemodinámico es de una magnitud tal que produce una afección sistémica severa poniendo en riesgo la supervivencia fetal y que acarrea morbilidad a corto, mediano y largo plazo. Con el advenimiento de la Flujoimetría Doppler este proceso patológico se ha logrado entender; lográndose ahora caracterizar como el deterioro hemodinámico que va experimentando el feto enfermo sigue una secuencia lógica y este no se da al azar, permitiéndonos establecer un plan de vigilancia y llevar a cabo acciones encaminadas a buscar el momento más indicado para el nacimiento.

24C. UTILIDADES DE LA RADIOFRECUENCIA EN EL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO. Dra. Carolina Haylock Loor, Anestesiología, Reanimación y Dolor. Algología y Cuidados Intensivos. Unidad de Ictus, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

Radiofrecuencia, es un procedimiento ambulatorio mínimamente invasivo, por medio de una corriente, con alta frecuencia de estímulos que produce termo coagulación en el tejido. Puede ser continua o pulsada. La radiofrecuencia continua se realiza a temperaturas de 65-85°C por 60 a 90 segundos. Y la radiofrecuencia pulsada se considera no lesiva para el nervio porque expone el nervio a altas frecuencias de estímulos de 20 m/seg de duración con períodos de descansos que permiten el enfriamiento del tejido (sin pasar de 42°C). También se genera un campo eléctrico que tiene efecto biológico sobre el tejido involucrado, con pocas complicaciones. Aspectos biomoleculares en cultivos de tejido nervioso organotípicos, la radiofrecuencia pulsada mostró que modula transitoriamente la transmisión sináptica excitatoria, medida por registro neurofisiológicos. Las indicaciones para radiofrecuencia son dolor craneo-facial, dolor cervical crónico, cervicalgia posterior a "whiplash" o latigazo, dolor con origen en columna torácica, dolor de espalda baja, dolor con origen en disco intervertebral, dolor facetario: radiofrecuencia de las ramas mediales del ramus posterior, denervación facetaria, dolor en área sacra y pélvica, síndrome doloroso regional complejo, dolor visceral, dolor con origen en nervios periféricos, dolor intratable por cáncer, espasticidad, neuralgia del trigémino, cefalea en racimo tipo cluster, dolor por cáncer, síndromes dolorosos costopleurales, pancoast, plexopatía lumbosacra, dolor tipo neuropático, incidental, radiofrecuencia pulsada intraarticular, cefalea cervicogénica, cefalea del tercer nervio occipital, neuralgia occipital por artritis reumatoide, dolor lumbar radicular crónico, neuropatía troncal del diabético y otros. La radiofrecuencia es una muy buena alternativa en el manejo del dolor crónico

25C. CÓDIGO ICTUS; A UNA DÉCADA DE LA FORMACIÓN DE LA PRIMERA UNIDAD DE ICTUS DE HONDURAS. Dr. Nelson Chinchilla, Neurología y Epileptología Unidad de Ictus, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

La enfermedad vascular cerebral es la segunda causa de discapacidad mundial después del trauma y la enfermedad vascular cerebral junto a la cardiovascular, conforman la primera causa de muerte en el mundo. Basados en esto se fundó la primera Unidad de Ictus de

Honduras en el Hospital del Valle, San Pedro Sula, la cual se ha caracterizado por un manejo multidisciplinario del ictus, ya que cuenta dentro de sus instalaciones con la tecnología y el soporte necesario para diagnosticar y resolver todo tipo de complicaciones; también se ha puesto en marcha campañas poblacionales con un sistema integrado en la costa norte con el denominado Código Ictus el cual implica una serie de medidas secuenciales y tratamientos establecidos según protocolo para el beneficio de estos pacientes y el dato más importante: se anima a los pacientes o a sus familiares para que acudan a la Unidad de Ictus dentro de las primeras tres horas de ocurrido el evento en lo posible (máximo seis horas), es decir en ventana terapéutica. *Protocolo 2011: ABC* por el personal paramédico de rescate y médicos de emergencia. Valoración por el Neurólogo: clasificación del Ictus: isquémico, hemorrágico. Posteriormente se procede al tratamiento conveniente. Estadística de la Unidad de Ictus: más frecuente el ictus isquémico que el hemorrágico, siendo este último más catastrófico y de peor pronóstico. Se han realizado algunas trombólisis con rTPA; dilataciones químicas de vasoespasmos con Nimodipino por cateterismo intraarterial selectivo, con resolución del 90% de los casos. La mortalidad disminuyó en 18 a 46%. En conclusión la existencia de la Unidad de Ictus ha mejorado la supervivencia de estos pacientes, menor cantidad de pacientes discapacitados. Por lo tanto concluimos que es necesaria la creación de estas unidades tanto en sistemas de salud pública como privada.

26C. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON APARICIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL DE SAN PEDRO SULA. Dr. Oscar Díaz Pineda, Unidad de Cuidados Intensivos, Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula.

La neumonía adquirida en el hospital o nosocomial y la neumonía asociada a ventilación mecánica son causas importantes de morbimortalidad a pesar de la mejoría en terapia antimicrobiana, tratamientos de soporte y prevención. Las guías 2005 la asociación americana del tórax y la sociedad americana de enfermedades infecciosas (ATS/IDSA) por sus siglas en inglés; distingue 2 tipos de neumonía: la neumonía nosocomial que ocurre 48 horas o más después de la admisión y que no estaba incubándose al momento de admisión al hospital y la neumonía asociada a ventilación mecánica la que se desarrolla después de 48 a 72 horas de intubación endotraqueal. Ocupa el segundo lugar de las infecciones nosocomiales y la principal causa de muerte por infecciones adquiridas en el hospital, la incidencia oscila entre un 9 y 68% con una mortalidad que va del 33 al 71%. La microbiología de esta infección es principalmente bacteriana en 80 a 90% de los casos, los gérmenes gram negativos se asocian en 50 a 70% de los casos, las causas virales representan alrededor del 10% y las infecciones por hongos menos del 1%. Otro elemento importante en la microbiología es el momento de inicio dividiéndolas en neumonías de aparición temprana que son aquellas que se presentan antes de los primeros 5 días y que están asociadas a gérmenes menos resistente a tratamientos antimicrobianos por el contrario las de aparición tardía aparecen después de 5 días y están asociadas a bacterias multirresistentes. Los factores de riesgo para neumonías asociadas a ventilación mecánica pueden ser originados en el propio

paciente, ambiente y derivados de la atención médica. Entre estos últimos se encuentran aspiración de secreciones secundaria a la posición horizontal supina, uso de protectores gástricos, re intubación o intubación prolongada, uso de agentes paralíticos, cambios frecuentes del circuito ventilatorio, movilización del paciente para procedimientos diagnósticos entre otros. Adicionalmente son importantes los factores propios del paciente que incluyen la presencia de comorbilidades, inmunosupresión y edades extremas de la vida. Durante los últimos 5 años la tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional del Instituto de Seguridad Social ha oscilado entre 6 y 10 episodios de neumonía por 1000 días de ventilación mecánica, sin embargo durante el año 2010 dicha tasa se duplicó sin conocerse los factores de riesgo contribuyentes para la ocurrencia de tal problema.

27C. NUEVOS ANTICOAGULANTES EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR. Dr. Ismael Guzmán, Cardiólogo Internista, Hospital Roosevelt, Guatemala.

La fibrilación auricular es por mucho, la arritmia más frecuente en el mundo. Se estima que el 30% de los pacientes con enfermedad cardiovascular la padecen, si a esto le agregamos que puede aparecer en ausencia de enfermedad cardiovascular. La fibrilación auricular se acompaña de una serie de cambios en la fisiología cardiovascular que redundan en el apareamiento de síntomas acompañándola como la precipitación de síntomas de insuficiencia cardíaca por la caída en el gasto cardíaco que provoca tanto por la desaparición de la contracción auricular, así como por la taquicardia misma que provoca, sin embargo la más temida de las complicaciones de esta arritmia son los fenómenos cardioembólicos por el impacto en la calidad de vida que representa. La prevención de embolias cardíacas debido a fibrilación auricular se puede realizar con antiagregación plaquetaria, sin embargo, este abordaje no es el más apropiado para dicho fin, ya que está bien demostrado que comparado contra warfarina esta última tiene una protección significativamente mejor y fue el estándar en la prevención de los embolias cardíacas por mucho tiempo. Sin embargo el estudio de los nuevos anticoagulantes orales ha demostrado en los últimos 2 años que la utilización de estos medicamentos no requieren monitoreo de los tiempos de coagulación y teniendo tasas de sangrado similares o menores que la warfarina con el uso crónico de las mismas. Los nuevos anticoagulantes disponibles para la prevención de cardioembolias en fibrilación auricular nos abren una ventana de oportunidad brindando igual beneficio en ese rubro con la gran ventaja de evitar la variabilidad de dosis en un mismo paciente como sucede con warfarina y omitiendo la necesidad de realizar tiempos de coagulación para monitoreo del paciente.

28C. TRATAMIENTO DE *HELICOBACTER PILORY* EN AMÉRICA LATINA. Dr. Ricardo Leonel Domínguez, Médico Internista, Hospital Regional de Occidente.

Helicobacter pilory es una bacteria gram negativa que se encuentra la superficie luminal del epitelio gástrico. Aislada por primera vez en 1983 por Warren y Marshall. Induce inflamación crónica de la mucosa. La infección usualmente se adquiere los primeros años de vida y tiende persistir indefinidamente. La gran mayoría de los pacientes

infectados no tendrán complicaciones clínicas significativas. El IARC/WHO reconoció la infección de HP como causa primaria de adenocarcinoma gástrico, hay 3 casos por cada 10.000 personas infectadas, 1 millón de casos de cáncer gástrico nuevos por año. 3.25 billones de personas infectadas en todo el mundo, 36% y 47% de todos los cánceres gástricos en países desarrollados y en desarrollo respectivamente son atribuibles a *Helicobacter pilory*. Aunque las revisiones y enunciados de consenso publicados en los últimos diez años todavía recomiendan triple terapia, incluyen como advertencia que esta sólo debe ser utilizada si la prevalencia de la resistencia está por debajo de un nivel arbitrario. En la mayoría de los países en los cuales hay datos disponibles el porcentaje de cura real para la triple terapia está entre 50% y 79%. No logran la expectativa de un porcentaje de erradicación de 90% o mayor. En Honduras y América Latina el estudio más grande sobre erradicación de *Helicobacter pilory* fue publicado en The Lancet 2011 y se concluye que triple terapia continúa siendo el manejo de elección en estos países. El problema global de *Helicobacter pilory* debe tener un abordaje multidisciplinario. Con una política nacional de salud clara, basada en estudios locales piloto para establecer resistencia bacteriana. CagA y CYP2C19.

29C. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA 2 EN LA PROTECCIÓN. CARDIOVASCULAR. Dr. Ismael Guzmán, Cardiólogo Internista, Hospital Roosevelt, Guatemala.

Al final del siglo XX vimos nacer la clase terapéutica de "Antagonistas o Bloqueadores de Receptores de Angiotensina 2" cuyo nombre fue resumido a ARA2 o BRA2, en el inicio, demostraron su potencia antihipertensiva, sin embargo desde entonces al momento actual se ha acumulado abundante evidencia de los beneficios adicionales al control de la hipertensión que se obtienen con los ARA2. El primer indicio de la protección cardiovascular con los ARA2 fue el estudio LIFE que nos demostró que a iguales descensos de presión arterial se obtuvo una reducción estadísticamente significativa en la incidencia de evento vascular cerebral comparado contra atenolol. Estudios posteriores utilizando otros ARA2 demostraron este beneficio como sucedió en SCOPE, ACCESS, JIKEY Heart, etc., todos los estudios utilizando ARA2 como antihipertensivo demostraron una disminución en la incidencia de diabetes mellitus en promedio del 23% mostrando beneficio al compararlos con clases terapéuticas que incrementaban la incidencia de diabetes como contra drogas con efecto "metabólico neutro" en donde esto fue un punto de evaluación secundario en los estudios, dicho beneficio fue demostrado en un estudio diseñado específicamente para el efecto, el NAVIGATOR donde se demostró una reducción en la incidencia de diabetes mellitus en personas con intolerancia a los carbohidratos, muy importante ya que en la actualidad la Diabetes Mellitus es considerada un equivalente a Enfermedad Arterial Sistémica. Los ARA2 demostraron a través de estudios como RENAAL, IDNT, IRMA, MARVAL, DROP, ORIENT Y ROADMAP, la protección renal que proveen en el paciente con nefropatía diabética teniendo, algunos ARA2 están indicados para el tratamiento de nefropatía diabética. Estudios como VALIANT, CHARM, Val-HEFT, demostraron el beneficio de los mismos en el tratamiento del post infarto del miocardio y de la insuficiencia cardíaca crónica. Recientemente los estudios OLIVUS y MORE demostraron que los ARA2 redujeron la progresión de la aterosclerosis en humanos.

30C. DERMATOLOGÍA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. Dr. Rafael Valle Pinto, Dermatólogo, Hospital de Área, San Marcos de Ocotepeque.

La dermatología es la rama de las ciencias médicas que estudia el órgano más grande del cuerpo, la piel y sus componentes. Un individuo de peso y estatura promedio está cubierto de 1.8 m² de piel y un peso de 4kg. Las funciones de la piel son Protección, termorregulación, sensación, secreción y excreción. En la práctica médica diaria general las dermatosis ocupan un 15% a 20% de las consultas totales. La prescripción dermatológica se basa en el diagnóstico preciso, entender y explicar de modo amplio, detallado y adecuado la naturaleza de la enfermedad, así como el tratamiento, de una manera simple y fácil de comprender. Recordando el sabio aforismo LO PRIMERO ES NO DAÑAR. En dermatología encontramos muchos problemas de diagnóstico y tratamiento de las dermatosis siendo el abuso de los esteroides y la automedicación los más frecuentes. En nuestro país la consulta médica dermatológica en su mayoría es proporcionada por nuestros médicos generales debido a la poca cantidad de dermatólogos existentes en el país por lo cual consideramos la capacitación continua en el aspecto dermatológico de nuestros galenos. En esta conferencia trataremos de abordar algunas dermatosis frecuentes de nuestra zona del occidente.

31C. ANTIBIÓTICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. Dr. Nelson Mercadal, Médico Internista, Hospital San Francisco, Juticalpa, Olancho.

El uso de antimicrobianos en la consulta médica es tan frecuente que un alto porcentaje de las prescripciones involucran a algún antibiótico, por lo que es necesario revisar las bases microbiológicas de las enfermedades infecciosas bacterianas. Las bacterias más frecuentes causantes de enfermedades en humanos se clasifican al Gram, como Gram positivas y Gram negativas y estas a la vez como cocos y bacilos mismos que pueden ser aerobios y anaerobios. Además están las espiroquetas, las micobacterias y las bacterias intracelulares obligadas. Las bacterias Gram positivas aeróbicas más asociadas a morbilidad son los *Streptococcus*, *Staphylococcus* y entre los anaerobios los *Clostridium*. Entre los Gram negativos están las especies de la familia *Enterobacteriaceae* (*E. coli*, *Proteus*, *Shigella*, *Salmonella*, *Klebsiella*, *Citrobacter*, *Serratia*, *Enterobacter*) causantes de infecciones nosocomiales graves y algunas adquiridas en la comunidad sobre todo las infecciones urinarias e intestinales. Otros bacilos Gram negativos importantes son: *Pseudomonas* y *Acinetobacter*, responsables de alta mortalidad sobre todo en pacientes de cuidados críticos. El conocimiento de su clasificación al Gram nos permite conocer los antibióticos eficaces para su tratamiento. Los *Streptococcus* suelen ser sensibles a penicilina G, clindamicina y macrólidos, los *Staphylococcus* lo son a las penicilinas sintéticas tipo oxacilina, Vancomicina, clindamicina y linezolid. El metronidazol es por excelencia el antibiótico de elección para infecciones por anaerobios. Por otra parte los Gram negativos de la familia *Enterobacteriaceae* son en su mayoría sensibles a los aminoglucósidos, fluoroquinolonas, penicilinas de tercera generación y cefalosporinas de tercera y cuarta generación. *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter* son sensibles casi solo a carbapenémicos. Las espiroquetas siguen siendo sensibles en su mayoría a penicilina G y las bacterias intracelulares obligadas

(*Clamydias*, *Rickettsias*, *Mycoplasma*, *Ureaplasma*) a tetraciclinas, macrólidos y fluoroquinolonas.

32C. EPILEPSIA: DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. Dr. Jorge Alfredo León, Hospital General San Juan de Dios, Guatemala.

La Epilepsia, es definida por la liga internacional contra la epilepsia como una alteración duradera del cerebro que se caracteriza por la predisposición a presentar crisis epilépticas y por las condiciones neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales que esta genera. La OMS estima que en el mundo existe 50 millones de personas que padecen epilepsia, 5 millones de ellas viven en Latinoamérica, en los países subdesarrollados la prevalencia de epilepsia es mayor debido a la alta incidencia de condiciones que potencialmente generan un insulto al cerebro, como meningitis, encefalitis, neurocisticercosis, condiciones de atención del parto, etc. En la evaluación de un paciente con epilepsia es necesario considerar al menos dos cosas; la primera es el tipo o tipos de crisis epilépticas que el paciente tiene, en términos generales debe hacerse una división entre las crisis que tienen un origen focal en el cerebro y aquellas que son llamadas generalizadas, esto tiene implicaciones en el diagnósticos y tratamiento; la otra condición a considerar es: ¿que originó la epilepsia?; ya que finalmente las crisis epilépticas constituyen una manifestación o un síntoma de un trastorno subyacente, así podemos tener crisis sintomáticas que son generadas por un daño al cerebro, ejemplo son: epilepsias asociadas a un tumor, cicatriz, sangrado, cisticercosis por mencionar a algunas de ellas. Por otro lado existen epilepsias que no se asocian a alteraciones en los estudios de imagen, suceden por lo regular en personas sanas y tiene un pronóstico en general bueno, estas son llamadas epilepsias idiopáticas y se cree que son debidas a alteración en genes que codifican para la formación de receptores y canales de las neuronas, así que estas neuronas tiene características distintas en las propiedades de despolarización que condicionan la presencia de crisis epiléptica.

33C. MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. Dr. Tulio P. Murillo, Neurocirujano especialista en enfermedad cerebrovascular, Hospital Escuela e Instituto Hondureño de Seguridad Social.

La enfermedad cerebrovascular ha evolucionado tremendamente en los últimos años en materia de diagnóstico precoz y certero, así como en opciones terapéuticas farmacológicas como quirúrgica. Lo anterior debido al interés que se merece por ser a nivel mundial la tercera causas de incapacidad y muerte después del infarto del miocardio y cáncer. Los procedimientos quirúrgicos que actualmente se practican para resolver los problemas asociados a patología cerebrovascular se dividen en dos grandes grupos: la revascularización y la embolización; la primera orientada a mejorar la perfusión cerebral en pacientes con estenosis previo a llegar a la isquemia irreversible (infarto) y la segunda para corregir situaciones que condujeron a un hemorragia cerebral (aneurismas rotos y malformaciones vasculares como las más frecuentes). Ambas terapias pueden practicarse a través del cateterismo cerebral usando como acceso la entrada desde una arteria periférica para finalmente llegar al sitio del problema

guiando por fluroscopía los catéteres, guías, micro catéteres y micro guías para la colocación de material terapéutico o infusión directa de fármacos (como trombolíticos) para solventar la emergencia. El tratamiento endovascular es una disciplina moderna, de tecnología de punta a nivel mundial que no está disponible en cualquier centro hospitalario a nivel mundial. Afortunadamente en Honduras este tipo de intervenciones ya son parte de una práctica casi rutinaria en centros públicos, privados y seguridad social, con resultados equivalentes a los reportados por los centros de mayor afluencia a nivel mundial. Los procedimientos más comunes practicados son la embolización de aneurismas cerebrales, de malformaciones arterio-venosas y la revascularización por estenosis carotídea y vertebral. Previo al paso terapéutico, todo paciente es estudiado con cateterismo diagnóstico (con substracción) el cual supera en precisión y detalle de imagen a la angiogramografía y angioresonancia para determinar la integridad de las arterias cerebrales.

34C. AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL. Dr. Carlos Paz Hasslam, Radiólogo, DIAGNOS, San Pedro Sula.

Epidemiología del ictus, es la tercera causa más común de muerte en los EEUU (160,000 muertes por año). 731,000 casos nuevos o recurrentes. 4,6 millones de sobrevivientes. Más de un tercio con discapacidad permanente. Primera causa de morbilidad en EEUU. Se gastan 42 billones de dólares al año en su diagnóstico. Propósito de las imágenes en pacientes con sospecha de ictus: Determinar el tipo de ictus (demostrar si hay hemorragia) y excluir las condiciones que asemejan el ictus, predecir la evolución clínica, diferenciar el tejido infartado del tejido isquémico viable, detección y localización de la oclusión arterial. Terminología: Isquemia Cerebral Crónica, Trastorno Isquémico Transitorio, Infarto Isquémico. Hallazgos por tomografía: Disminución de la atenuación de la sustancia gris 46%, edema tisular 43%, aumento de la atenuación de la arteria trombosada 34%, signo de la cinta insular, hipodensidad del núcleo lenticular, pérdida de la diferenciación de la sustancia blanca de la gris y borramiento de los márgenes de los ganglios basales. Angiotac: Sensibilidad: 83 al 100% y Especificidad: 99 al 100%. Hallazgos por resonancia magnética. Sensibilidad 88 al 95%, especificidad 96 a 100%, Valor predictivo positivo del 98,5%. Angiorm: sensibilidad del 100% y Especificidad del 95%. En conclusión la mayor herramienta diagnóstica es la resonancia magnética, tomografía simple es la primera modalidad en utilizarse, realizar perfusión con angiotac si no hay disponibilidad de resonancia magnética y la angiografía convencional únicamente para trombolisis.

35C. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL MANEJO ACTUAL DE LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA Y EL PROSTATISMO. Dr. Edin Quijada, Urólogo, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas y Clínica Bendaña, San Pedro Sula.

La hipertrofia prostática benigna término que únicamente está relacionado con una condición histológica de la glándula y el prostatismo como manifestación clínica, mejor conocida en la actualidad como, trastornos del tracto urinario inferior. Caracterizado por alteraciones irritativas, obstructivas y postmicciones, dependiente de la edad ya que alrededor del 50% de los varones de 40 años desarrollan la hi-

perplasia, de estos el 30 al 50% desarrollan las manifestaciones clínicas. La vigencia actual de la historia clínica y el examen físico son vitales, junto al antígeno prostático y las características ultrasónicas de la vejiga y próstata, sirven al médico para definir la condición actual y prevenir complicaciones futuras. Las terapias médicas con que se cuentan actualmente desde los clásicos alfa bloqueantes, fitoterapia, inhibidores de la alfa 5 reductasa, antimuscarínicos, los inhibidores de fosfodiesterasa 5 o la combinación de estos. Aunque la medicación es efectiva para evitar la sintomatología clínica, la progresión de la patología continúa. En más del 30% no es efectiva la medicación o pasados seis meses de terapia inicia un descenso de su mejoría. La cirugía se vuelve la elección primaria en estos pacientes, abierta o endoscópica, dependiendo de los hallazgos, la resección endoscópica de la próstata ha demostrado su eficacia en el transcurso del tiempo, pero la hemorragia, infecciones, síndromes de absorción ha forzado a la búsqueda de terapias mínimamente invasivas como el desarrollo del láser holmium o láser verde con menor estadía hospitalaria, menor sangrado y síntomas irritativos postquirúrgicos. Y finalmente el TURIS, la vaporización por plasma que supera todos los anteriores en calidad de eliminación de tejido y lo mínima agresión al paciente.

36C. LA LABOR DE OPERACIÓN SONRISA EN HONDURAS. Dr. Oscar Sarmiento, Cirujano Plástico, Unidad de Operación Sonrisa, Tegucigalpa.

Operación Sonrisa Honduras, es una organización sin fines de lucro, que con el apoyo de sus patrocinadores, brinda gratuitamente tratamiento integral de reparación de fisuras labio-palatinas a pacientes, especialmente niños de familias de escasos recursos, con el equipo médico voluntario, multidisciplinario y altamente calificado, siguiendo los protocolos de Operation Smile Inc, para posibilitar a estos pacientes una vida digna y una inserción plena en la sociedad. **Honduras en Cifras.** Población del país: 7.3 millones; número estimado de niños que nacen anualmente con hendiduras labio-palatinas (1 de cada 500): 317; Población estimada viviendo con hendiduras: 14,653; Primera Misión Médica en Honduras: 1997; Fundación: 1998; Misiones Locales: 18; Misiones Apoyadas Internacionalmente: 15; Pacientes Operados: 2962; Inauguración de la Clínica Integral: Marzo 2006; Consultas realizadas en la Clínica: 16,176; voluntarios médicos y paramédicos: 39; Premios: Hoja de Liquidámbur de Oro, Grado de Gran Caballero; Programas Estudiantiles: Club de Jóvenes Escuela Americana, Club de Jóvenes Escuela Del Campo, Club de Jóvenes Macris School; Grupos de Apoyo: Sonrisas Amigas, Seguimos Sonriendo.

37C. PROTOCOLO DE MANEJO DE TUMORES ÓSEOS. Dr. Juan Carlos Navas, Ortopeda Pediatra y Ortopedia Oncológica, Clínica Ortopédica Especializada, Guatemala.

Los tumores óseos son procesos infrecuentes. La sintomatología y los datos de laboratorio son inespecíficos y es la edad el dato clínico de mayor relevancia. Se pueden manifestar radiológicamente de forma similar a otros procesos no tumorales que es preciso conocer. El abordaje de los tumores óseos se debe de realizar de una forma analítica en la cual cuatro componentes principales – clínico, radiográfico, microscópico y molecular – son considerados para realizar un diagnóstico acertado. Se ha observado que los tumores óseos

son entidades clinicopatológicas las cuales el comportamiento y el potencial biológico son afectados por otros factores clínicos tales como la edad del paciente, localización en un hueso en particular o en una parte del hueso, multicentricidad y asociación con otras condiciones subyacentes. Se explica el protocolo de manejo de tumores óseos para lograr una triada de factores importantes: a. no realizar un tratamiento excesivo de un tumor óseo benigno; b. no realizar un tratamiento insuficiente de un tumor óseo maligno y c. no realizar un abordaje y una toma de biopsia incorrecta, cuando la lesión sugiera la necesidad de tratamiento quirúrgico. Con frecuencia habrá que realizar otras pruebas para completar el estudio: isótopos radiactivos para valorar multiplicidad, tomografía axial computarizada en caso de lesiones situadas en huesos de morfología compleja como la escápula, la pelvis y el esternón, resonancia magnética para valorar convenientemente la extensión tumoral y planificar la cirugía y la biopsia

38C. CASOS CLÍNICOS INTERESANTES DE TUMORES ÓSEOS.

Dr. Juan Carlos Navas, Ortopeda Pediatra y Ortopedia Oncológica, Clínica Ortopédica Especializada; Zona 10, Guatemala.

El salvamento de extremidades se realiza para reseca el tumor y evitar la amputación, mientras se preserva la apariencia de los pacientes y en lo mayor posible el grado de función de la extremidad afectada. El procedimiento es realizado en tumores óseos y sarcomas óseos, pero también se realiza en sarcomas de tejidos blando que afectan extremidades. El salvamento como alternativa a la amputación es utilizada en tumores de crecimiento lento o que aún no han afectado estructuras vasculo-nerviosas, lo cual no permitiría realizar un tratamiento de salvamento. Hace más de 20 años atrás, el tratamiento estándar para pacientes con tumores óseos era la amputación, sin embargo, el salvamento de extremidades ha ido evolucionando de acuerdo a las técnicas diagnósticas y de tratamiento asociado a las mejoras que se han dado con relación a los diferentes tratamientos de quimioterapia neo adyuvante y adyuvante. El tratamiento es multidisciplinario, asociando cirugía, radioterapia y quimioterapia sistémica intensiva; el tratamiento se individualiza en función de factores pronóstico, como: la edad, la existencia de metástasis, la localización y los marcadores genéticos, entre otros. La supervivencia libre de enfermedad global oscila alrededor del 60%. Se presentan algunos casos de tumores óseos tratados con procedimientos de salvamento con auto injertos, así como también, con prótesis tumorales.

41C. USO DEL PARTOGRAMA. Dr. Marlon Ulises Estrada, Epidemiólogo, Centro de Salud con médico y odontólogo y Clínica Materno Infantil Santa María, Valle de Jamastrán, Aldea Santa María, El Paraíso.

El uso del Partograma durante el trabajo de parto puede prevenir el sufrimiento y la muerte. El objetivo del Partograma es evaluar el progreso del trabajo de parto basado en la dilatación cervical. Es una herramienta en que se registra el progreso del trabajo de parto, especialmente velocidad de la dilatación cervical, frecuencia cardíaca fetal, moldeamiento y descenso de la cabeza fetal, contracciones, características del líquido amniótico y signos vitales de la parturienta.

Después de probarlo en estudios metacéntricos en el sureste asiático involucrando a 35,484 mujeres con resultados positivos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda su uso en todas las maternidades, pero que pueden referir a las mujeres con complicaciones a servicios con mayor capacidad resolutive. El Partograma diferencia entre la fase latente del trabajo de parto (dilatación lenta de hasta 2 cm) y la fase activa, durante la cual el cérvix se dilata por lo menos 1 cm por hora. Así, el Partograma es capaz de diferenciar el progreso normal del anormal del trabajo de parto e identificar a aquellas mujeres que probablemente requieren intervención. De esta forma, los proveedores pueden incrementar el trabajo de parto con la administración de oxitocina o en casos extremos de trabajo de parto prolongado u obstruido, practicar una cesárea. En Santa María, a través de la estrategia de Promoción del parto saludable, en la CMI Santa María con atención de partos de bajo riesgo se monitorea el uso del partograma en la atención de los partos. El equipo de Mejora Continua de la Calidad en estos servicios revisó los partogramas de los partos ocurridos para verificar su correcto llenado y la toma de decisiones con base en ellos. Los resultados que se muestran en nuestro centro de salud es que no han ocurrido muertes maternas en los últimos 5 años.

42C. ¿CÓMO DIFERENCIAR ENTRE EL VÉRTIGO CENTRAL DEL VÉRTIGO PERIFÉRICO?. Dr. Lucas Arturo Zelaya Zaldaña, Otoneurologo, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

El vértigo es un síntoma sumamente frecuente en la población, con un abordaje poco comprendido para poder identificar su etiología, así como las causas precipitantes y tratamiento adecuado. El objetivo de la evaluación otoneurológica es poder diferenciar los vértigos centrales de los vértigos periféricos y a pesar de los años es una tarea confusa y frustrante para el clínico. La base del estudio es la identificación de los movimientos oculares que permiten explorar el reflejo óculo vestibular y sus alteraciones, los nistagmos con la presencia de síntomas característicos de las diferentes patologías causantes de este molesto síntoma. Los nistagmos vestibulares tienen cuatro características: dirección fija en un plano, presencia de fase rápida y fase lenta, se inhiben con la fijación visual, responden a la ley de Alexander. Las características que se presentan fuera de estas hacen que los nistagmos presentes sean de origen central, agregando las características de afección de pares craneales y problemas de las patologías neurológicas que tienen como común denominador la presencia de vértigo en el paciente. Al poder diferenciar los vértigos centrales de los periféricos se debe de saber que estudios se necesitan realizar para poder llegar a diagnósticos claros. En la mayoría de los casos la imagen por resonancia magnética cerebral es el estudio que permite identificar las patologías centrales. Se presenta en la charla diferentes videos de nistagmos así como los algoritmos clásicos para descartar problemas centrales de periféricos y poder conocer las patologías más frecuentes a tomar en consideración.

43C. LUMBAGO MECANO POSTURAL, MANEJO EN REHABILITACIÓN. Dr. Leonardo Sierra, Fisiatra y Rehabilitación, Unidad de Fisiatría y Rehabilitación Teletón, Tegucigalpa.

El lumbago mecánico postural o inespecífico es un problema de alta prevalencia en la población. Esta patología es benigna y su interés se centra en su elevada frecuencia, repercusión social, laboral y económica. Se realizó una revisión de la clínica, la clasificación de la enfermedad según su evolución y etiología, las señales de alerta en la lumbalgia, criterios para la derivación a cirugía. El diagnóstico e indicación de la radiología convencional, resonancia magnética, gammagrafía, electromiografía y otras pruebas. Se clasifican los tratamientos en 3 tipos: 1. Los tratamientos recomendados: información positiva y tranquilizadora a los pacientes, tratamiento de la lumbalgia aguda con analgésicos y AINES, tratamiento de la lumbalgia crónica con AINES, antidepresivos, Opiáceos, Cirugía, Ejercicio, tratamiento Psicológico (cognitivo conductual), programas multidisciplinarios de rehabilitación, parches de capsaisina, neuroestimulación percutánea. 2. Los tratamientos no recomendados porque no han sido suficientemente evaluados: Corset y cinturones lumbares, corrientes interferenciales, onda corta, termoterapia, electro estimulación medular, ozonoterapia, fármacos anti-factor de necrosis tumoral entre otros tratamientos. 3. Los tratamientos evaluados pero no pueden ser recomendados: acupuntura, masaje, gabapentina, infiltraciones con toxina botulínica. Se puso un énfasis en los manejos que en el campo de la rehabilitación se ha comprobado su eficacia, teniendo en cuenta el nuevo enfoque del tratamiento del lumbago basado en la agrupación de tratamiento según diagnóstico. La importancia de la educación de la población en general para disminuir la prevalencia de la lumbalgia. La aplicación de estas recomendaciones está orientada a mejorar la afectividad, seguridad y eficiencia de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la lumbalgia, especialmente en el nivel primario de atención, lo que permitirá un aprovechamiento de los recursos y un mejor pronóstico de los pacientes con un enfoque de prevención.

44C. ENVEJECER CON DIGNIDAD. NO HAY BOTOX PARA EL CEREBRO. Dra. Gía Zanoletti Tostmann, Psiquiatra, Hospital Honduras Medical Center, Tegucigalpa.

El epicentro de la salud mental está dado por el conocimiento, el vínculo social y espiritual y la actividad física que nos determinarán la calidad de vida que vamos a tener. El envejecer con dignidad es asumirse, prepararse para vivir con calidad, es una oportunidad de crecer y consolidar historias, proyectos, tareas personales, familiares y colectivas. Envejecer significa un proceso dinámico, continuo, irreversible, no es otra cosa más que las marcas que el paso de los años dejan sobre una persona. Supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en la persona. Como es un ente material, tenemos la ventaja que lo podemos cuidar, consentir y proteger para optimizar nuestras funciones físicas y las que van más allá de lo físico; es decir, aquellas que tienen que ver con el área psicológica y conductual (afectos, emociones y conductas) y el área cognitiva (con la que el cerebro enfrenta el día a día). La manera de prolongar estas funciones es generando lo que se conoce como Reserva Cognitiva que se logra con los circuitos positivos y estos a su vez dependen de las sinapsis negativas y positivas determinadas por las experiencias. La actividad mental idónea para un mejor cerebro es la lectura, si se comparte lo leído con otros (vínculo social), el sexo es otro gran aliado vincula todas las posibilidades perceptivas, dadas por la integración

de lo mental, físico y espiritual. En conclusión: sonría y sea amable con los demás. Le dará un beneficio que repercutirá en su propia salud cerebral, baile, cante, estimulará circuitos cerebrales, cambie de rutinas, alterne perfumes.

45C. INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA. Dr Nelson Mercadal, Medicina Interna, Hospital San Francisco, Juticalpa.

La cocaína es la droga ilícita más utilizada a nivel mundial y es después del alcohol la siguiente causa de visita a la emergencia por intoxicación aguda en Norteamérica. Tiene una excelente absorción a través de mucosas. Se desdobra en tres metabolitos: benzoilecgonina, metil Ester de ecgonina y norcocaína. Actúa bloqueando la recaptación pre sináptica de las bioaminas. Tiene potentes efectos alfa adrenérgicos lo que produce vasoconstricción, el aumento de la serotonina produce euforia, además aumenta las concentraciones de aminoácidos excitatorios como glutamato y aspartato y el bloqueo de los canales de sodio produce efectos anestésicos. En corazón produce intensa vasoconstricción conduciendo a angina pectoris o infarto agudo de miocardio, arritmias y aumento de la presión arterial. En SNC puede producir agitación, convulsiones y hemorragias cerebrales. También puede ocasionar rabdomiolisis, infarto renal y ulcera péptica entre otros. El diagnóstico diferencial incluye hipoglicemia, hipoxia, síndrome de abstinencia a alcohol y sedantes, tormenta tiroidea, hemorragia subaracnoidea, ictus y neuroinfección entre otras. Los exámenes de laboratorio incluyen glucosa, pruebas de función renal y hepáticas, hematología, general de orina, troponinas, CPK, electrocardiograma, radiografía posterior anterior de tórax y tomografía cerebral según los síntomas de presentación. El manejo incluye asegurar vía respiratoria, vías de acceso endovenoso, control de la hipertensión con fentolamina, bloqueadores de canales de calcio y nitroglicerina sobre todo si hay dolor torácico y aspirina. El diazepam es la piedra angular en el manejo de la intoxicación aguda, ya que controla las descargas adrenérgicas y serotoninérgicas que provocan agitación, convulsiones y dolor torácico. Nunca deben usarse betabloqueantes en la intoxicación aguda. El cateterismo y la trombolisis deben considerarse en el paciente individual.

46C. ATENDIENDO LAS NECESIDADES DE NUESTROS SERES QUERIDOS QUE VIVEN CON VIH-SIDA. Dr. Manuel Aguilar Cruz, Hospital Evangélico, Siguatepeque.

La pandemia de VIH-SIDA sigue creciendo, en diciembre 2010 ONUSIDA reportaba 34 millones de PVVS, todas con necesidades de atención de diferente índole, tratamiento antirretroviral y en muchos casos hospitalización, desbordando en algunos países los agobiados sistemas de salud y los pocos hospicios. Es necesario reforzar la educación a pacientes, familiares y comunidad para brindar cuidados básicos en el hogar que es lo mejor por él: apoyo de familiares y amigos, comodidad, reducción de la tensión y costos de atención, recobrándose de las enfermedades asociadas con mayor rapidez y con el TAR la mayoría pueden llevar una vida activa por años necesitando hospitalizarse solo en momentos críticos. Esta puede darse por un proveedor de cuidados de salud, voluntario o familiar entrenado, el cual es monitoreado por personal de salud profesional, que maneja el diagnóstico y actividades de tratamiento además educa, entrena y asiste a ese proveedor en la continuidad del cuidado para

satisfacer las necesidades del paciente, considerando la integridad del ser humano en los aspectos físico, psíquico, emocional, social y espiritual y tener el impacto necesario. De allí este manual, donde revisamos aspectos generales de transmisión del virus, bioseguridad básica y cuidados en esas áreas. En la física: higiene personal y del medio ambiente, nutrición, ejercicio y protección de infecciones. Psicoemocional: qué hacer al diagnosticarse la infección, cómo afrontar diferentes reacciones y algunas consecuencias directas del virus. Social: relaciones interpersonales, aspectos financieros, legales y otros. Espiritual: algunos de los pensamientos del paciente y cuáles las respuestas que Dios. Al final el TAR, aspectos para adherencia, señales de proximidad y muerte, los cuidados que debe tener el cuidador. Se acompaña de referencias bíblicas pertinentes.

47C. LA PROMOCIÓN DE SALUD A TRAVÉS DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN. Dr. Oscar Gerardo Banegas, Pediatra, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula

En el 2012 se cumple la primera década del programa televisivo Por la Salud de los Niños, que el Capítulo Valle de Sula de la Asociación Pediátrica Hondureña y C. B. C. Canal 6 transmiten semanalmente para "poner al Pediatra al alcance de los televidentes". Por la Salud de los Niños; nace y se desarrolla en el contexto real de que muy buena parte de la cultura moderna se transmite a través de los medios informativos y multimedia cada vez más avanzados, mejorando el acceso a la información y teniendo implicaciones no siempre positivas para la salud. La comunicación para la salud tiene como objetivola comunicación de la ciencia la que puede ser científica o pública. Abarca varias áreas que incluyen la educación, el periodismo sanitario, la comunicación interpersonal, la abogacía por la salud, la comunicación dentro de las organizaciones, la comunicación sobre riesgos, la comunicación social y el marketing o mercadeo social. En Honduras no existe regulación para éste tipo de comunicación en salud. Las cosas no terminan con lo planteado; pues también existen dichos espacios en manos de maquinarias mercadotécnicas patrocinando mensajes de promoción de salud con el único interés de comercializar sus productos y servicios. La efectiva promoción de la salud produce cambios en los determinantes de la salud. El reto está planteado y la tarea bien definida, los protagonistas somos todos: para los asociados al Capítulo Valle de Sula y para los directores de C. B. C., sólo queda la satisfacción de ser un reflejo fiel de buenas intenciones consecuentes con las mejores recomendaciones y los más altos intereses de hacer un uso correcto de los medios de comunicación social en la promoción de la salud.

48C. ACTUALIZACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX. Dr. Elmer Turcios, Ginecólogo-Oncólogo, Hospital San Felipe, Tegucigalpa.

El cáncer cérvico-uterino sigue siendo el segundo cáncer femenino más frecuente a nivel mundial. Es el único de los cánceres humanos que puede atribuirse actualmente a una infección; la infección producida por el virus del papiloma humano. En América Latina, 1 de cada 1000 mujeres de 35 a 55 años de edad padece cáncer cervical, y a nivel mundial un total de 8.7 millones de casos nuevos, 3.3 millones procedían de países desarrollados y 5.4 millones de las naciones

en vías de desarrollo. Los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de cáncer cérvico-uterino son vida sexualmente activa temprana y múltiples compañeros sexuales. En la actualidad se ha asociado cáncer cérvico-uterino a una infección de transmisión sexual frecuente el VPH, siendo el factor de riesgo mas importante la infección por el VPH, se ha demostrado el ADN del VPH está presente en 99.7% de los casos de cáncer cérvico-uterino. Se han caracterizado más de 100 tipos de VPH y aproximadamente 40 son capaces de afectar tracto urogenital. El VPH 16 y 18 son extraordinariamente carcinogénico y son responsables del 70% del cáncer cérvico-uterino. Métodos de detección: citología cervical, colposcopia, DNA-VPH test: PCR y biopsia. Vacunación profiláctica: Actualmente existen 2 vacunas para la prevención del cáncer cérvico-uterino, la tetravalente con los VPH tipos 6, 11, 16, 18 y la bivalente con los serotipos 16 y 18 se ha demostrado en diversos estudios su eficacia y seguridad actualmente indicada en un rango de edad de 9 - 45 años y actualmente ya se encuentra su aprobación en varones. La vacuna previene cáncer cervical. Cáncer vulvar y vaginal y para lesiones de bajo grado cervical, vulvar, y vaginal y las verrugas genitales además se espera que la vacuna tenga un gran impacto en cáncer ano genital.

49C. INFECCIONES POR BACTERIAS EN PIEL. Dr. Cándido Ulises Mejía, Dermatólogo, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula.

Las bacterias involucradas son especies de Estafilococos o Estreptococos y se denominan piodermitis. Hay dos tipos de impétigo: ampoloso y no ampoloso. El ectima es una infección más profunda que el impétigo producida también por estreptococos, estafilococos o la asociación de ambos. Se inicia como un impétigo pero se extiende a la dermis dando lugar a la formación de una costra gruesa seca. Se acompaña de linfadenitis regional. La foliculitis, furúnculos y antrax son un conjunto de infecciones que afectan al folículo piloso con formación de abscesos y casi siempre debidas a *Staphylococcus aureus*. Las infecciones de tejidos blandos son la erisipela y celulitis; la erisipela es una infección localizada en la dermis mientras que la celulitis es más profunda, con afectación del tejido celular subcutáneo. El germen causal más frecuente es el estreptococo beta hemolítico del grupo A. La linfangitis aguda se trata de una inflamación de los vasos linfáticos, que suele iniciarse en zonas acrales de extremidades y se extiende de manera proximal. La fascitis necrotizante se trata de una urgencia médica, con infección de evolución rápida que llega a la fascia muscular. Entre los síndromes por toxinas estafilocócicas y estreptocócicas tenemos: síndrome del shock toxico: Fiebre $\geq 38.9^{\circ}\text{C}$, Hipotensión, afectación funcional de al menos 3 órganos o sistemas, Exantema maculopapular escarlatíniforme pruriginoso, más intenso alrededor de la infección de origen. Edema generalizado, sin fóvea, más intenso en cara, manos y pies. Erisipeloides una infección causada por *Erysipelothrix rhusiopathiae* o insidiosa, el agente etiológico del "mal rojo del cerdo o eritrasma está producido por el *Corynebacterium minutissimum*. Queratólisis punctata (queratólisis plantar sulcatum), en su patogenia están implicados varios gérmenes, entre ellos el *Dermatophilus congolensis*, *Streptomyces*, el *Micrococcus sedentarius* y el *Corynebacterium*. En las infecciones cutáneas por pseudomonas tenemos la foliculitis por *P. aeruginosa* ectima gangrenoso se asocia a una bacteriemia por intertrigo.