

RESÚMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES

8C. MANEJO ESENCIAL DEL DOLOR. Dra. Claudia Álvarez, Dra. Alejandra Hernández, Dra. María Elena, Dra. Mariana Zaida Zúñiga, Dra. Xenia castillo, Anestesiólogos, Instituto Hondureño de Seguridad Social.

El dolor nos afecta a todos nosotros, jóvenes, viejos, ricos o pobres y tiene muchas causas: cáncer, injuria, infección, cirugía y las personas experimentan el dolor de manera diferente. El dolor casi siempre es un problema oculto y pobremente tratado. Nosotros no siempre tenemos la capacidad de reconocer que una persona está con dolor. También hay muchos obstáculos en el tratamiento del dolor, como por ejemplo las actitudes de las personas, la falta de personal de salud y la falta de medicamentos y muy frecuentemente el dolor a menudo puede aliviarse con tratamientos muy simples. Razón por la cual se creó el programa del manejo esencial del dolor es mejorar el manejo del dolor a nivel mundial mediante el trabajo de los trabajadores de salud a nivel local: 1. Mejorando el conocimiento del dolor 2. Brindando un esquema sencillo para el manejo del dolor y 3. Afrontando las barreras en el manejo del dolor **¿POR QUE EPM?** El dolor es un problema global. Tiene muchas causas y casi siempre es un problema oculto. El taller fue creado por las 3 siguientes razones: el dolor a menudo es tratado pobremente, mejorar el conocimiento y las actitudes nos puede guiar a un mejor manejo del dolor, tratamientos simples y baratos pueden hacer una gran diferencia. Los objetivos del taller son: 1. Mejorar el entendimiento del dolor, 2. Enseñar un esquema sencillo para el manejo del dolor, 3. Reducir los Obstáculos en el manejo de dolor. El programa EPM está diseñado para cualquier trabajador de la salud que entre en contacto con pacientes que tengan dolor. Está dirigido a los trabajadores de la salud y complementa otras iniciativas de alto nivel para mejorar el manejo del dolor, por ejemplo mejorar el abastecimiento de morfina y otros analgésicos. Entre los participantes se pueden incluir doctores, enfermeras, trabajadores de clínicas, farmacéuticos y otros trabajadores de salud. Para algunos, la información del taller de EPM será nueva. Para otros, el taller proveerá un esquema y una revisión para enseñar a otros. El taller es adecuado para médicos y enfermeras en formación.

14C. TALLER DE VÍA AÉREA. Dra. Geraldina Gross, Dra. Sidonia Suazo, Dr. José Rolando Díaz, Dra. Tania Romero, Anestesiólogos, Instituto Hondureño de Seguridad Social.

La enfermedad coronaria es la primera causa de mortalidad en países industrializados y hasta un 50% de las muertes que originan son súbitas. Tanto la morbi-mortalidad que provoca la enfermedad coronaria como la originada por otras situaciones de emergencia, pueden disminuir si se realizan una serie de acciones, todas ellas importantes y que configuran la denominada "Cadena de la Supervivencia". Es el objetivo principal de la Sociedad Hondureña de Anestesiología Capítulo San Pedro Sula, el difundir estos conocimientos y la enseñanza de estas destrezas a toda la población en general. Las destrezas necesarias para poder realizar una primera atención de la parada cardíaca o emergencia, hasta el momento de la llega-

da de los equipos especializados o traslado a un nivel hospitalario. Haciendo hincapié en: 1) la aplicación del algoritmo universal de reanimación cardiopulmonar modificado en el 2010, 2) la activación temprana de la Cadena de Supervivencia, 3) la importancia de la desfibrilación temprana y 4) el inicio rápido y adecuado de las técnicas de Soporte Vital Avanzado. El conocimiento de las técnicas de Soporte Vital Básico (SVB) genera un beneficio indiscutible al mejorar el pronóstico de supervivencia en cualquier caso de paro cardiorrespiratorio, siempre y cuando las medidas de SVB se inicien dentro de los primeros 4 minutos del paro cardiorrespiratorio y se ponga en marcha el sistema integral de emergencia incluido dentro de la "Cadena de Supervivencia". La desfibrilación temprana es la "llave para la supervivencia" para el 80% de las paradas cardíacas extra hospitalarias, que están originadas por fibrilación ventricular, ya que por cada minuto de retraso en realizar la desfibrilación las posibilidades de sobrevivir disminuyen en un 10%. Para que la desfibrilación temprana sea posible es necesario que el conocimiento sobre la utilización de la desfibrilación semiautomática esté ampliamente difundido. Las Sociedades Científicas Nacionales e Internacionales recomiendan que la población en general, el personal de los cuerpos de primera intervención (Policía, Bomberos, Transporte Sanitario...) y los profesionales del sistema sanitario, deben estar conscientes de la magnitud del problema de las muertes inesperadas, de la importancia de la prevención y del tratamiento inicial del Paro Cardíaco. El curso está constituido por un módulo teórico y otro práctico, ambos presenciales. El fin didáctico del módulo teórico es proporcionar un soporte de conocimientos suficiente que permita un aprovechamiento óptimo del taller práctico. La enseñanza incluye una metodología expositiva, demostrativa y participativa.

22C. DIAGNÓSTICO, PREDICCIÓN Y TRATAMIENTO DEL PARTO PRETÉRMINO: UN ABORDAJE PRÁCTICO E INTEGRAL. Dr. Pablo A. Martínez Rodríguez, Medicina Materno Fetal/Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional del Sur.

El neonato pre término representa la primera causa de mortalidad perinatal y la primera causa de ingreso a la terapia intensiva neonatal. Representa aproximadamente el 12% de todos los nacimientos. No se conoce la causa del fenómeno desencadenante del parto pre término espontáneo, por consiguiente, las medidas terapéuticas no han dado los resultados esperados, por lo que su frecuencia no ha disminuido. Parece ser que solamente las medidas preventivas, la identificación de algunos factores de riesgo, y algunas mediciones de laboratorio y gabinete (predictores) permitirán iniciar tratamientos o tomar medidas en edades tempranas del embarazo y, probablemente, disminuir las complicaciones, las secuelas y la mortalidad. Pretendemos con el desarrollo-exposición de dicho tema tener un acceso fácil y actualizado y con evidencias científicas del abordaje del parto pre término, haciendo énfasis en la importancia del diagnóstico temprano y oportuno, así como el inicio de medidas preventivas. También se abordará los pro y contras de los diferentes fármacos tocolítics para así poder disminuir las complicaciones inmediatas y las secuelas a largo plazo.

23C. ENFOQUE ACTUAL DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO: ACTUALIZACIÓN. Dr. Pablo A. Martínez Rodríguez, Medicina Materno Fetal/Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional del Sur, Choluteca.

La preeclampsia es un síndrome multisistémico y de etiología desconocida que forma parte de un espectro de condiciones conocidas como trastornos hipertensivos del embarazo, los cuales constituyen la primera causa de muerte en la mayoría de los países latinoamericanos. Globalmente, la preeclampsia complica alrededor del 10% de todos los embarazos en los países en desarrollo, y una cifra ligeramente menor en los países desarrollados. Cuando no se diagnostica precozmente o no se maneja en forma apropiada, puede evolucionar en su presentación clínica hacia las formas más severas y a complicaciones graves como el síndrome de HELLP y la eclampsia, lo que aumenta la morbilidad materna y perinatal. Con el desarrollo-exposición de tan importante tópico se pretende que sirva como una herramienta de apoyo en la toma de decisiones ante la embarazada en riesgo o con diagnóstico de preeclampsia-eclampsia, por parte de los médicos que tienen la responsabilidad del cuidado y la atención de las mujeres embarazadas. Los temas que se incluirán son la detección de riesgo, la prevención primaria, el diagnóstico y el manejo tanto farmacológico como no farmacológico.

24C. HISTEROSALPINOGRAFÍA VIRTUAL: MODALIDAD EMERGENTE EN LA MEDICINA REPRODUCTIVA. Dr. Kennet Ricardo Palao Varela, Radiología e Imágenes Diagnósticas, Diagnos, San Pedro Sula.

RESUMEN: En el 2010 Argentina, Estados Unidos y México abrieron una brecha a nuevos métodos mucho más específicos en la medicina reproductiva para identificar causas de infertilidad y otros desórdenes ginecológicos. La histerosalpinografía virtual por tomografía (HSVT) es una modalidad emergente, cuyos elementos ya establecidos de la histerosalpinografía convencional y el uso de tecnología multidetectora por tomografía han generado una evaluación más específica y comprensiva del aparato reproductor femenino; así como, la anatomía pélvica. A diferencia de otros métodos actuales, el uso de imágenes multiplanares, tridimensionales y endoscópicas por medio de la tomografía multidetectora nos permite una mayor visualización de las trompas de Falopio, cavidad endometrial, paredes uterinas y otros órganos pélvicos. Diferente de la histerosalpinografía convencional, la HSVT es casi indolora, debido a que no se realiza pinzamiento cervical y se evita la posibilidad de infecciones o hemorragias en dicha zona. Su uso y detección ha sido bien documentada para la detección a nivel del cuello de: irregularidades parietales, pliegues engrosados, pólipos, divertículos, estrecheces y sinequias; a nivel de la cavidad: pólipos, miomas submucosos, sinequias, malformaciones, adenomiosis, cicatriz de cesárea; y, a nivel de trompas de Falopio: hidrosalpinx unilateral y bilateral, obstrucción tubárica. El uso de métodos, como el ultrasonido y resonancia magnética, siguen siendo modalidades preferidas para lesiones focales y porque no conllevan el uso de radiación ionizante; sin embargo, hoy en día, el desarrollo de tecnologías en

tomógrafos de baja radiación han permitido un mayor uso de esta, teniendo una radiación promedio de 0.9 más o menos 0.7 mSV.

25C. LA MAGNITUD REAL DE LAS LESIONES EN QUEMADURAS POR ELECTRICIDAD. MANEJO Y SECUELAS. Dr. Guillermo Peña Cabús. Cirujano Plástico, Centro de Cirugía Plástica, San Pedro Sula.

Las lesiones por electricidad en sobrevivientes, suele variar en magnitud de moderadas a secuelas catastróficas. Inevitablemente a la situación de severidad de presentación, también se incluye el manejo médico y de cuidados. Es por eso que su manejo protocolizado se debe basar en los fundamentos biomoleculares involucrados. Las lesiones por electricidad son el resultado de la falta de instrucción del público y en ocasiones la no menos importante falta de responsabilidad institucional. Ambos son los factores que generan la enorme fuente de lesiones. Usualmente se trata de un paciente masculino joven, en muchos casos el responsable del sustento familiar y peor, sin sustituto, trabajando sin protección ni el conocimiento elemental de riesgos durante su trabajo. Los casos que solicitan atención al Hospital Mario Rivas así como en hospitales privados, tienen condiciones de ocurrencia muy particulares que serán presentadas. Su manejo médico resulta ser de complejidad mayor, basado en la anticipación de eventos patológicos conocidos y sobre todo el de establecer una vigilancia continua requerida para las diferentes etapas de evolución. Invariablemente sin embargo, el pronóstico funcional final en muchos de los casos suele ser muy reservado y en muchas ocasiones catastrófico. Se planteará algunas estrategias de prevención para reducir la enorme carga que representa su atención médica eficiente.

26C. CAMBIO ACTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA. EL SIGNIFICATIVO BENEFICIO DEL USO DE LA TOXINA BOTULÍNICA. Dr. Guillermo Peña Cabús. Cirujano Plástico, Centro de Cirugía Plástica, San Pedro Sula.

La migraña para quien la sufre, es una situación discapacitante, muy real, con una frecuente ocurrencia de variable intensidad, habitualmente la migraña es sufrida mayormente por el sexo femenino pero curiosamente de mayor intensidad encontrada en pacientes masculinos. Regularmente su tratamiento se ha enfocado en múltiples alternativas de tratamiento sistémico, con respuestas inconsistentes en toda la literatura mundial. No fue hasta la intervención de un Cirujano Plástico de Cleveland Ohio, que se conoció la relación del dolor de una migraña con los nervios sensitivos supra orbitario y supra troclear, de la rama oftálmica del nervio trigémino, anatomía muy conocida para los cirujanos que operan esa región muy particular. Adicionalmente se considera el beneficio estético obtenido en el tercio superior del rostro como una mejor apariencia relajada que se obtiene con la aplicación de la toxina botulínica anatómicamente aplicada, esto ha resultado con una notable aceptación al tratamiento. Se presentará la anatomía quirúrgica relevante, el control de riesgos de procedimiento y la valoración objetiva de resultados obtenidos con las precauciones necesarias en cuanto a la selección de la toxina botulínica más eficaz y los inconvenientes

que se puedan presentar con su empleo, así como otras aplicaciones terapéuticas.

28C. MANEJO ACTUAL DE LESIONES POR MORDEDURA DE SERPIENTES EN LA COSTA NORTE DE HONDURAS. Dr. Marco Antonio Molina Soto, Médico Internista, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula.

La lesión ocasionada por mordeduras de serpiente continúa siendo una verdadera emergencia como de su manejo continuado, para las instituciones de salud de Honduras. La discapacidad resultante puede ser mayor y está en relación directa al tiempo de recibir atención especializada. La agricultura como representación elemental, es decir en la siembra, cuidados y la recolección continúan siendo las situaciones de riesgo por los hábitos acostumbrados en nuestro medio rural. Habitualmente recibimos en el Hospital Dr. Mario Rivas, pacientes procedentes de los hospitales regionales para el manejo protocolizado de las mordeduras de serpientes, algo que no se maneja a ese nivel, aunque en realidad sí se podría hacer con buena instrucción y mejor oportunidad de disponibilidad de lo necesario. Los resultados satisfactorios de tratamiento obtenidos en el Hospital Dr. Mario Rivas, con la experiencia objetivamente obtenida, serán presentados en detalle, así como la propuesta de mejoría en cuanto a la manera de la referencia apropiada para beneficio de los pacientes que lo necesitan.

30C. EXENTERACIÓN PÉLVICA POR CÁNCER. Dr. José Naún Lemus Fuentes, Cirujano Oncólogo, Instituto Hondureño de Seguro Social y Liga Contra el Cáncer, San Pedro Sula.

La exenteración pélvica es la extirpación de los órganos genitales (vagina, útero, trompas de Falopio y ovarios), además de la vejiga, recto y ganglios pélvicos; este procedimiento fue introducido en 1948 por el Dr. A. Brunschwing, y ha experimentado múltiples modificaciones a la técnica original a través del tiempo, la más importante de ellas fue creada por el Dr. M. Bricker, en 1951, con la introducción del conducto ileal. Este procedimiento quirúrgico representa la última oportunidad para la curación de un grupo seleccionado de pacientes con cáncer cervicouterino y de recto etc., en los que ha fracasado la terapia convencional. Desde sus comienzos, ha sido muy criticada por su elevada morbimortalidad y el inevitable impacto fisiológico y psicológico que provoca en los pacientes la pérdida del control esfinteriano. Objetivo: evaluar las ventajas de las modificaciones en la técnica de la exenteración pélvica clásica en pacientes con cáncer cervicouterino recurrente a radioterapia, en quienes se realizó exenteración pélvica modificada, en el Instituto Hondureño del Seguro Social y el Centro Oncológico Liga Contra el Cáncer de San Pedro Sula en un periodo de tres años; la reconstrucción urinaria en (100%) fue tipo Bricker (asa ileal), El tiempo quirúrgico promedio de 3.30 hrs \pm 0. 20 min; hemorragia transoperatoria de 950 mL \pm 100. mL; necesidad de transfusión sanguínea durante el evento quirúrgico de 570 mL \pm 55 mL. La estancia intrahospitalaria promedio de 8 días \pm 2 días; la estancia en la unidad de cuidados intensivos fue 2 días \pm 1 días. Las complicaciones tempranas se reportaron (antes de los 30 días), y las tardías (después de los 30

días). La mortalidad fue del 0%. La incorporación de numerosas modificaciones técnicas a la técnica original, el sofisticado estudio preoperatorio por imágenes, el avance del manejo postoperatorio intensivo y la incorporación de nuevos esquemas de terapia neoadyuvante, ha permitido definir mejor en los últimos años las indicaciones de la EPT, lograr una drástica reducción de los índices de mortalidad operatoria y obtener cifras razonables de supervivencia a largo plazo en un grupo seleccionado de pacientes, considerados incurables en la evaluación inicial.

32C. MANIFESTACIONES CUTÁNEAS EN PACIENTE OBESO. Dra. Johana Guicel Bermudez Lacayo, Internista y Dermatóloga, Instituto Seguro Social, Tegucigalpa, Dr. Suamy Bermudez Lacayo Internista, Ceiba.

La Obesidad una epidemia que afecta a millones por todo el mundo. El costo de tratar enfermedades relacionadas a la obesidad contribuye 2-7% de presupuesto nacionales totales de la atención sanitaria y pueden causar enfermedades como hipertensión arterial, enfermedades cardíaca, Dislipidemia, hiperinsulinemia, diabetes mellitus, afecta la función de la barrera de la piel. Se describirán las lesiones mas comunes en el paciente obeso. la piel es seca. El acné ocurre cuando se infectan los canales sebáceos, es exacerbado sin obstrucción por desordenes obesidad-asociados. La Obesidad impide o reduce flujo linfático. Esto lleva a la colección de líquido linfático abundante en proteínas en el tejido subcutáneo. Esto se llama lymphedema. La Obesidad cambia la circulación de sangre de la piel que lleva a microangiopatía Acantosis nigricans es un problema de piel más común de la obesidad, aparecen como correcciones oscuras aterciopeladas, simétricas. La acantosis nigricans se asocian a la resistencia a insulina. Los fibromas laxos son pápulas o incrementos marrones suaves se ven comunmente en el cuello y en los axilas, en asociación con nigricans del acantosis. Las estrías son placas largas encontradas en áreas con la tensión más grande y común en los pechos, las nalgas, el abdomen, y los muslos, aparecen marcas rojas que giran a violeta y a placas deprimidas blancas. Algunas enfermedades de la piel son agravadas por la obesidad como lymphedema, psoriasis, escasez venosa crónica, celulitis, infecciones, hongos, hiperqueratosis plantar, supurativa del hidradenitis, gota tofácea, intertrigo. La promoción de estilos de vida saludable es vital para contribuir a reducir la gamma de enfermedades crónicas no trasmisibles entre ellas la obesidad.

33C. EXPERIENCIA EN EL TRABAJO DE CAMPO DEL PROYECTO "GENÓMICA DEL ASMA EN COMUNIDADES ÉTNICAS DE HONDURAS". Dr. Edwin Francisco Herrera Paz MD, Máster en Genética Humana. Universidad Católica de Honduras, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Dr. Álvaro Mayorga MD, Alergólogo Pediatra. Centro de Neumología y Alergia, San Pedro Sula, Dra. Delmy Aracely Mejía MD. Clínica de la Familia. San Pedro Sula, Dra. Rina Girard de Kaminski, Parasitóloga, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Lic. Rosella María Martínez. Universidad Católica de Honduras, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Br. Allan Saenz. Estudiante de medicina. UNAH-VS, San Pedro Sula, Br. Gloria Varela. Estudiante de medicina. UNAH-VS, San

Pedro Sula, Br. Gerardo Ayestas. Estudiante de medicina. UNAL- VS, San Pedro Sula, Br. Hector Augusto Canizales. Estudiante de medicina. Universidad Católica de Honduras, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Br. Héctor Ramos, Estudiante de medicina. Universidad Católica de Honduras, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula.

En 2011 nuestro protocolo de investigación se ensambló a CAAPA (*Consortium on As:Uta umom .d frican-urncestrr.' Populations in the fl mc ricas*), que recolecta y analiza datos sobre el asma en poblaciones afro descendientes de distintos países de las Américas y África, El trabajo de campo consiste en la recolección de muestras de sangre de pacientes y controles sanos para la determinación de niveles de IgE, perfiles de expresión génica, secuenciación de genoma completo, y estudios de asociación genómica. A cada persona se le realiza un cuestionario exhaustivo con preguntas relevantes. Determinación de signos vitales y espirometría. Descripción de la Experiencia. Desde el inicio de recolección a la fecha actual se han muestreado más de 700 personas en las comunidades garífunas de los departamentos de Atlántida y Cortés. Además, muestrearnos la población de filiación Lenca que habita la comunidad de Belén Gualcho, en el occidente de Honduras. Para la recolección de los datos nuestro equipo se dividió en varias estaciones de trabajo, a manera de banda de producción. Con el objeto de ayudar a las comunidades, acoplamos al trabajo de investigación la atención médica general. Lecciones aprendidas. Una valiosa lección que ha dejado el desarrollo de nuestro proyecto es el descubrimiento de la sinergia que se puede lograr entre los grupos de investigación y la comunidad. Los resultados positivos de nuestras incursiones nos permiten recomendar a los equipos de investigación de campo la inclusión de la consulta médica general y especializada. Por otro lado, el mismo proceso de investigación resulta revelador de las necesidades médicas y la presencia de entidades nosológicas prevenibles. Para el caso, en la comunidad de Belén Gualcho descubrimos una alta prevalencia de EPOC. El motivo es la utilización de fogones dentro de las casas, aun a sabiendas de parte del paciente del daño que esta práctica produce.

34C. INDICACIONES DE CÁPSULA ENDOSCÓPICA. Dra. Susana Pineda, Internista, Gastroenteróloga, Departamento de Gastroenterología Hospital Escuela, Tegucigalpa.

La cápsula endoscópica es una tecnología no invasiva diseñada para diagnóstico de Patología en intestino delgado. Presenta limitada evaluación de esófago, estómago y Ciego, las imágenes tienen una excelente resolución y tienen una magnificación de 1:8. Esta magnificación permite una mejor evaluación de las vellosidades. Se han desarrollado para estudio de esófago, intestino delgado y cólon. Indicaciones sangrado de origen oscuro define como sangrado digestivo sin causa aparente luego de realizar Endoscopia alta y baja. Primero la cápsula tiene mayor capacidad de encontrar causa de sangrado en los sangrados de origen oscuro evidente. La tasa de éxito es mayor cuando el estudio se realiza cuando ocurre el sangrado. Se ha visto que el riesgo de resangrado es menor en aquellos pacientes con cápsula endoscópica positiva. La tasa de diagnóstico es del 63% vrs 23% de la enteroscopia por doble balón.

Enfermedad de Crohn la cápsula nos permite establecer el diagnóstico, evaluar el grado de actividad y extensión de la enfermedad y mejoría de la mucosa posterior al inicio del tratamiento. La cápsula endoscópica es más sensible para determinar recurrencia luego de cirugía que la colonoscopia. El riesgo de retención de la cápsula por estenosis es del 5 -13% por lo que debe de considerarse el uso de la cápsula patency para evitar esta complicación.

Enfermedad celiaca no sólo es utilizada para diagnóstico sino también para seguimiento. Sensibilidad es del 85 - 88% y con una especificidad del 90 - 100% en comparación con Endoscopia convencional en pacientes que no desean o no se puede realizar estudio endoscópico. También se ha visto su utilidad en pacientes con recurrencia de la enfermedad. Síndrome poliposico es utilizada para seguimiento y escrutinio de pólipos en intestino delgado en pacientes con póliposis adenomatosa familiar, síndrome de Peutz Jeghers. Imágenes anormales de intestino delgado. Es la primera modalidad de examen en aquellos pacientes que presentan alteración en intestino delgado

- Contraindicaciones
- 1) Paciente con estenosis u obstrucción ya conocida
 - 2) Dispositivos cardiacos implantados
 - 3) Disfagia
 - 4) Embarazo
 - 5) Resonancia

36C. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE MANEJO DE DESECHOS SÓLIDOS, QUE TIENEN LOS TRABAJADORES DE ÁREAS ESPECÍFICAS DEL HOSPITAL GABRIELA ALVARADO DANLÍ EL PARAÍSO, HONDURAS, 2010. Dr. Marlon Ulises Estrada Sánchez, Salubrista y Epidemiólogo, CESAMO Los Ángeles Municipio de Trojes Departamento, El Paraíso.

Se realizó un estudio sobre el conocimiento y prácticas que, sobre el manejo de los desechos sólidos, tienen los trabajadores de áreas específicas del Hospital Gabriela Alvarado Danli El Paraíso, Honduras, 2010. Diseño Metodológico Área de estudio Todos los empleados del Hospital Gabriela Alvarado que laboran en áreas donde se producen desechos sólidos hospitalarios El tipo de estudio es transversal de tipo descriptivo, El Universo estuvo conformado por el personal de aseo y limpieza, personal de enfermería y médicos de áreas quirúrgicas, salas de maternidad y operaciones, así como de los servicios de laboratorio, rayos x, anatomía patológica, que pertenecen al centro y representan un total de 500 trabajadores Muestra: Fueron 45 trabajadores del hospital seleccionados, por el criterio de trabajar en las áreas de riesgo arriba mencionadas. El grado de conocimiento que tienen los trabajadores sobre el cumplimiento de las normas de manejo de los desechos sólidos hospitalarios en las etapas de segregación, almacenamiento primario, transporte interno, almacenamiento final, tratamiento y recolección externa son inadecuados. Estos resultados indican los riesgos en la población de trabajadores que producen y manipulan desechos sólidos, las salas que tienen el acondicionamiento necesario: son cirugía, labor y parto quirófano, rayos x, la segregación, almacenamiento intermedio, transporte interno son inadecuado, en relación al almacenamiento final todas las salas cuentan con un área específica de almacenamiento.

37C. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. Dr. Engels Alexis Sandoval, Epidemiólogo, Césamo Dolores Copán.

Es la atención permanente brindada en el primer punto de contacto, orientada a la persona, para satisfacer sus necesidades de salud. Llevando los cuidados de salud tan cerca como posible, al lugar donde la población vive y trabaja. Refiere solamente aquellos casos poco comunes, para mantener la capacidad resolutoria y coordina con otros niveles de atención. Consiste en la prestación de servicios de salud integrados de calidad para la población 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. 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. 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. Su proximidad a la comunidad le confiere condiciones idóneas para interactuar con la población, lo que acentúa su capacidad para identificar las necesidades en salud de los individuos, familias y espacios poblacionales, así como para organizar de forma efectiva la respuesta de los servicios de salud. Existen antecedentes en América Latina sobre el proceso de construcción de los equipos de atención primaria de salud. 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.

38C. LA OZONOTERAPIA COMO UNA OPCIÓN TERAPÉUTICA DE SALUD PARA HONDURAS Y LATINOAMÉRICA. Dr. Lisandro Valle Pérez. Neurocirujano, Hospital Militar, Dra. Karla Guerra, Dr. Andrés Ordóñez, Hospital Militar

La ozonoterapia como método terapéutico ha provocado controversia en el mundo médico. Son varios los factores que influyen en dicha polémica como el empirismo, falta de estudios bien diseñados, apoyo financiero para los mismos y falta de unificación de criterios. El amplio espectro de sus indicaciones incursiona en las múltiples especialidades de Medicina. Los estudios serios de corte académico con alta calidad científica confirmarán que esta forma de terapia médica es una opción terapéutica eficiente y segura para el paciente. Objetivo: 1. Revisar aspectos históricos de la ozonoterapia y los obstáculos a vencer para ser completamente aceptada en la medicina occidental. 2. Realizar meta análisis de la ozonoterapia y sus usos terapéuticos como una respuesta viable a problemas de salud crónicos. Se describe el rol de las especies reactivas de oxígeno en salud y en enfermedad, los mecanismos

de acción propuestos del ozono y su rol como regulador del estrés oxidativo. 2. Se recolecta evidencia suficiente para asegurar que el uso de ozonoterapia en el control de dolor en enfermedades como osteoartritis, neuropatías y hernia lumbar del núcleo pulposo, además en procesos de cicatrización y como agente antibacterial son efectivos y confiables Recomendaciones: 1. Se debe capacitar personal pertinente acerca de indicaciones terapéuticas, sus vías de administración apropiadas, sus posibilidades de error técnico-terapéutico y su relativa carencia de toxicidad y efectos indeseables. 2. Se debe promover el uso de ozonoterapia a nivel estatal, sobre todo por su bajo costo comparado con el alto costo de los medicamentos convencionales. 3. Se debe promover a través de las sociedades nacionales e internacionales un acercamiento para estimular estudios científicos: bioquímicos, farmacológicos y clínicos que validen su aplicación y desvirtúen las críticas habituales a los estudios ya publicados.

40C. UTILIDAD DE PRUEBAS NO-INVASIVAS EN CARDIOLOGÍA. Dr. Max Aguilar, Internista Cardiólogo, Hemodinamista Hospital del Valle, San Pedro Sula.

Con el desarrollo de la tecnología en cardiología, cada vez son más frecuentes en Honduras los procedimientos invasivos como Cateterismos Cardiacos, Angioplastias Coronarias, Estudios Electrofisiológicos, Colocación de Marcapasos Uni y Bi Camerales, Corrección de Cardiopatías Congénitas e Implante de Desfibriladores. Obviamente la decisión de la Realización o No de determinado procedimiento, se basara sobre todo en el resultado de las Pruebas Iniciales No Invasivas, el objetivo de esta presentación es hacer una revisión de las indicaciones, utilidad e información que nos brindan estas pruebas para así poder tomar las decisiones que más favorezcan a los pacientes: **Prueba de Esfuerzo:** Es la prueba más usada a nivel mundial para diagnosticar Isquemia Cardíaca. Se usa también para evaluar la Clase Funcional y para determinar la normalidad de las respuestas presoras y cronotrópicas **Ecocardiograma Transtorácico:** Es el método más accesible para determinar la anatomía cardíaca, determinar la función sistólica del ventrículo izquierdo, evaluar la función de las válvulas cardíacas y del pericardio. Con maniobras provocadoras de Isquemia, como se ejercicio y el uso de Dobutamina intravenosa, podemos determinar la presencia de tejido miocardio isquémico en riesgo o de tejido hibernante. **Ecocardiograma Transesofágico:** Tiene la misma utilidad del Ecocardiograma Transtorácico, pero la ventaja de que al eliminar la resistencia es dada por el grosor de la pared torácica. **Holter de Frecuencia Cardíaca de 24 hrs:** Su principal utilidad es para determinar el comportamiento de la Frecuencia Cardíaca y la aparición de arritmias o bloqueos cardíacos. Dependiendo de ciertas características de los eventos encontrados se decidirá iniciar terapia farmacológica para control de arritmias o la realización de Estudios Electrofisiológicos, así como la decisión de Implante de Marcapasos o Desfibriladores. **Holter de Frecuencia Cardíaca:** Su principal utilidad es al permitirnos hacer diagnóstico de Hipertensión Arterial y de su severidad, orientando de esta manera su mejor manejo, y posteriormente la respuesta a este.

41C. SÍNDROME CARDIORENAL. Dr. Evandro Ramon Valladares Castellanos, Internista Nefrólogo, unidad de HEMODIALISIS, Instituto Hondureño de Seguro Social, Tegucigalpa.

El síndrome cardiorenal es una entidad compleja y no bien definida, cuyos mecanismos no están completamente aclarados. Es poco conocida pero de gran prevalencia e importancia. Desde hace mucho tiempo, se ha sabido de la interrelación entre el corazón y el riñón, de tal forma que cada uno de los órganos disfuncionantes puede iniciar y perpetuar el fallo en el otro órgano, por medio de una serie de mecanismos hemodinámicos, neurohumorales e inmunológicos. El objetivo de esta exposición, es explicar estos mecanismos y las causas de insuficiencia cardíaca, que me ocasionan insuficiencia renal, y las causas de insuficiencia renal, que me ocasionan insuficiencia cardíaca. La manera más fácil de entenderlos, es a través de la clasificación establecida en la actual década. Habiéndose clasificado en cinco tipos se explicarán solamente cuatro tipos, No es el objetivo de esta charla, explicar el tipo cinco. Cuyas causas primarias no son ni cardíacas ni renales. La anemia también juega un papel importante. Está presente tanto en la insuficiencia renal como cardíaca y no está claro si es un marcador de enfermedad progresiva o un mediador del síndrome cardiorenal. Se harán comentarios al respecto de la relación de la anemia con insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal. Un mejor conocimiento de los mecanismos implicados en este síndrome es de gran utilidad para el manejo clínico de los pacientes. Por lo que se hará hincapié en dejar claro la función de los diferentes sistemas implicados en su fisiopatología, para así establecer correctas pautas de tratamiento.

42C. GUÍA CLÍNICA PARA MANEJO DEL PIE DIABÉTICO. NORMAS DE ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA. Dr. José Dalio Gómez Jereda, Residente del Postgrado de Cirugía General, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

El pie diabético causa hasta el 70% de todas las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores, sin cuantificar su impacto económico y psicológico. La enorme demanda por atención médico-quirúrgica oportuna de éstos pacientes en el Hospital Escuela exige formular una Guía Clínica. El abordaje del pie diabético es multidisciplinario. Debe identificarse la fisiopatología subyacente para definir las disciplinas médico-quirúrgicas a involucrar. El pie diabético neuropático requiere tratamiento ortopédico. La isquemia puede detectarse con la ausencia de pulsos distales, ultrasonido Doppler arterial, medición del índice tobillo/brazo y arteriografía para localización topográfica de lesiones oclerativas revascularizables. La amputación se indica cuando está en peligro la vida del paciente o en afectación severa de la extremidad que impide su recuperación funcional. La morbi-mortalidad perioperatoria se reduce controlando previamente los parámetros hemodinámicos y bioquímicos. La prevención del pie diabético y sus consecuencias es elemental. El abordaje es multidisciplinario involucrando profesionales en función de la fisiopatología subyacente. La búsqueda de pulsos es fundamental para detectar isquemia y realizar revascularización. El paciente debe ser estabilizado en la medida de lo

posible previo a anestesia general bajo riesgo-beneficio y consentimiento informado.

43C. CRISIS CONVULSIVAS FEBRIL. Dr. Mario Roberto Velásquez Orellana, Pediatra Neurólogo. Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula.

Las crisis convulsivas febriles se presentan en niños en un rango de edad de 3 meses a 5 años, como edad promedio, asociado a fiebre, sin infección en el sistema nervioso central u otra causa definible; existen tres subgrupos: 1-susceptibilidad individual(es la forma más común relacionada al gen del cromosoma 8) 2-insulto cerebral no reconocido (con substrato anatómico predisponente) 3-epilepsia enmascarada (donde la fiebre es un catalizador de una epilepsia subyacente). Incidencia : es el problema neurológico pediátrico más común en las salas de urgencia (2 a 5 %). Etiología: es la combinación de la triada edad, fiebre, predisposición genética. Fisiopatología: estudios experimentales, sugiere que aun el cerebro inmaduro es más susceptible a convulsionar ante fiebre, por deficiencia inhibitoria de la sustancia nigra. Manifestación clínica: tónico clónico 85%, tónico 15%, atónica 2 a 5%. Diagnóstico: es clínico y de exclusión, siempre debe descartarse una enfermedad subyacente. Diagnóstico diferencial: 1 escalofrío intenso, delirium febril, síncope por fiebre. Recurrencia: del 30 a 50% - cuando se asocia a paciente menores de un año con retraso al desarrollo Psicomotor e historia familiar de convulsiones. Complicaciones: 1- esclerosis mesial temporal (epilepsia del lóbulo temporal) Manejo: dependerá, si es convulsión febril simple (en su historial dos crisis convulsivas ,generalizadas, menores de 15 minutos de duración, buen desarrollo psicomotor) se educa sobre el uso del termómetro y antipirético, generalmente acetaminofén o ibuprofeno .si por otro lado es convulsión febril compleja(tres o más crisis en su historial, que son focalizadas, que duran más de 15 minutos y menores de un año)se agrega fármacos anticonvulsivos (ácido valproico, fenobarbital, clonazepam).

44C. MANEJO DEL PACIENTE TRAQUEOTOMIZADO. Dr. Roberto Obdulio Tinoco, Otorrinolaringólogo, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

La traqueotomía es la abertura temporal de la tráquea para habilitar la vía aérea en caso de insuficiencia respiratoria aguda. Su manejo requiere de personal capacitado con conocimiento del equipo y material a utilizar en el procedimiento. Las primeras traqueotomías fueron realizadas 2000 años A.C en la India. En 1921, Chevalier Jackson, hace la descripción de la técnica actual. Protocolo: Historia clínica, exámenes de laboratorio, traslado del paciente al quirófano y notificar a los especialistas de guardia (otorrinolaringólogo y anestesiólogo). Manejo postraqueotomía doble fijación de la cánula al cuello, aspirar secreciones cada 15 a 30 minutos con sondas atraumáticas, el balón de la cánula debe desinflarse cada 30 a 45 minutos para evitar necrosis de la mucosa traqueal. Descripción de la experiencia: En el Hospital Escuela de Tegucigalpa, durante 20 años, las causas de traqueotomía fueron: Papilomatosis, trauma laríngeo, cráneo facial y craneoencefálico, cuerpos extraños en bronquios, paresia de cuerdas vocales post tiroidectomía. heridas de

cuello por arma punzante y de fuego, laringomalasia, bocio gigante, epiglotitis, quistes gigantes de glotis, hemangioma de hipofaringe y base de lengua, agenesia de laringe, bronconeumonías, neoplasias de laringe, amígdalas, hipofaringe, sub glotis, base de lengua y angiofibroma juvenil. De los 172 casos operados, cinco pacientes fallecieron, tres adultos por hemorragia severa, por recolocación de cánula a las 12 horas post operatorio, dos niños por obstrucción de cánula y por invasión severa de papilomas en bronquios. Lecciones aprendidas: En niños con papiloma están contraindicadas las traqueotomías, la cánula de la traqueotomía no puede ser cambiada antes de 24 horas posteriores a la cirugía para evitar falsas vías en la reintubación, pacientes con tétano necesitan doble fijación de la cánula y sedación del paciente, la endocánula deberá revisarse y limpiarse periódicamente.

45C. OFTALMOLOGÍA EN LA PRÁCTICA MÉDICA. Dr. Carlos René Maldonado, Oftalmólogo, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

La oftalmología en la práctica del médico debe ser de importancia para la atención de los pacientes que día a día llegan a nuestros consultorios es nuestra obligación conocer que el órgano de la visión inicia su formación en la vida intrauterina entre la segunda y tercera semana de vida embrionaria y cualquier problema en la formación de los ojos se manifiesta con alteración en la anatomía del mismo y en su sistema visual. Recordar que del ectodermo superficial se forma el cristalino, epitelio de la cornea, conjuntiva, y la glándula lagrimal con su sistema de drenaje.- del neuroectodermo se formara el humor vítreo en epitelio de la retina, iris y cuerpo ciliar, músculos del esfínter y dilatador de la pupila y además el nervio óptico.- y al final del mesodermo se formara la esclerótica, tejido conjuntivo de la cornea, cuerpo ciliar, iris y coroides y sistema hialoideo. Por lo cual la no migración de las células conllevara a problemas de formación. Cada una de las patologías al inicio de la vida extrauterina tendrá que ver con un periodo de la formación embrionaria pero para cada paciente debemos recordar su anatomía y formación del mismo. La conexión directa desde el nervio óptico hasta la corteza cerebral los anexos y la localización de cada una de las estructuras que conforman el globo ocular. Cada entidad patológica tendrá una manifestación que afecta una o varias estructuras pudiendo determinar el daño y secuela si es posible. Muchas de las enfermedades sistémicas tendrán a su vez manifestaciones oculares que debemos conocer para poder buscar signos oftalmológicos que nos ayuden al diagnóstico definitivo.

46C. FIBROSIS QUÍSTICA EN PEDIATRÍA: UNA ENFERMEDAD SUBDIAGNOSTICADA. Dr. Omar Mejía Reyes, Pediatra Neumólogo, Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa.

La fibrosis Quística se describió por primera vez en 1938. Su historia natural ha evolucionado desde un proceso letal, hasta ser considerada una enfermedad crónica con esperanza de un tratamiento definitivo. En Honduras no hay casos reportados en la literatura nacional, probablemente porque el diagnóstico se confunde con otras enfermedades pulmonares crónicas. Por otra parte, el médico puede erróneamente considerar esta enfermedad exclusiva de la raza

caucásica, como se describió originalmente. Es una enfermedad hereditaria, multisistémica, autosómica recesiva originada por una mutación en un gene del brazo largo del cromosoma 7; esta disfunción provoca alteración del transporte iónico de las células epiteliales de distintos órganos y tejidos. Los criterios diagnósticos son: 1) Elevación de los niveles de cloro en sudor, siendo el método de iontoforesis cuantitativa con pilocarpina el más concluyente; resultados mayores a 60 mmol/L confirman el diagnóstico 2) Enfermedad sinopulmonar crónica caracterizada por: a) infección o colonización principalmente con *Pseudomonas aeruginosa* o *Burkholderia cepacia* b) tos crónica productiva c) sibilancias persistentes d) anomalías radiográficas persistentes tales como bronquiectasias, atelectasias, infiltrados, sobredistensión d) sinusitis crónica y pólipos nasales e) acropaquias 3) Insuficiencia exócrina pancreática y otras anomalías gastrointestinales y/o nutricionales 4) Historia familiar positiva. Para el diagnóstico es necesario una prueba de sudor positiva más uno de los otros criterios. El tratamiento es complejo, por lo que deberá realizarse en forma individualizada, integral y multidisciplinaria; con el objetivo de minimizar la destrucción progresiva del tejido pulmonar. Entre las medidas básicas están: 1) Inhaloterapia con solución salina isotónica o hipertónica 2) broncodilatadores 3) dornasa alfa recombinante humana 4) antibióticos nebulizados (tobramicina) 5) fisioterapia 6) ejercicio 7) tratamiento antimicrobiano 8) administración de oxígeno 9) tratamiento digestivo con enzimas pancreáticas así como suplementación nutricional y vitamínica.

47C. VACUNA CONTRA MENINGOCOCO. Dr. Oscar Armando Ponce, Pediatra, Hospital Nacional Doctor Mario Catarino Rivas y Hospital Regional del Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula.

Vacuna contra Meningococo. Oscar armando Ponce, Hospital Mario Rivas y Regional del Instituto Hondureño del Seguro Social, San Pedro Sula, Honduras. La enfermedad meningocócica es una infección devastadora que puede producir morbilidad y mortalidad significativas; Siendo el humano el único reservorio de este diplococo aeróbico Gram negativo *Neisseria Meningitidis*. De los 13 serogrupos meningocócica cinco (A, B,C,Y, y W-135) son los responsables de casi todas las enfermedades endémicas y epidémicas en el mundo. En los últimos años esta bacteria es responsable de la mayoría de casos de Meningitis Bacteriana en niños igualando a las fatalidades en adultos con una morbilidad mayor en menores de 2 años. Su cuadro clínico es variable desde una Enfermedad Meningocócica Invasiva (EMI) de curso rápido y dramático y letal hasta meningitis, artritis, Neumonía o Miocarditis; con mortalidad de 8 a 20 % y secuelas en un 20% como amputación, deformidades por retracciones, trastornos neurológicos y pérdida de la audición. Desde los años 60 se han venido utilizando vacunas con polisacáridos para los serogrupos A y C con la limitante en cuanto a la duración de su inmunogenicidad e hiporrespuesta a dosis ulteriores por falta de inducción de memoria inmunológica aplicable únicamente en adultos de riesgo. Actualmente se han desarrollado vacunas conjugadas con proteína antigénica las cuales proveen beneficios como memoria a largo plazo ,refuerzo de la inmunidad ,reducción de portación bacteriana e inmunidad comunitaria y lo que es más importante que se aplican 2 dosis en el grupo de 9 a 23 meses y en el grupo etario

de 2-5 años una sola dosis con un refuerzo 3-5 años después; confiriendo inmunidad para serogrupos A, C,Y, y W-135 no incluye serogrupo B ya que este tiene un polisacárido capsular similar a un polímero presente en la adhesina del tejido nervioso humano. Existen otras vacunas en diferentes fases de investigación tratando de incorporar el componente serogrupo B sustrayendo del DNA una fracción del mismo. Estas vacunas tetravalentes conjugadas fueron aprobadas por la FDA en el año 2011 e introducidas en nuestro país el pasado año. Es nuestro deber como profesionales de la salud hacer del conocimiento de los padres que esta vacuna existe y está disponible en nuestro medio recordándoles que es más barato vacunar que enfermar.

50C. MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS. Dra. Xenia Jacqueline Velásquez M, Dermatóloga, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

La piel puede aportar datos clínicos muy valiosos para el diagnóstico de muchas de las enfermedades internas, los signos y síntomas cutáneos pueden presentarse durante la evolución o como complicaciones de estas enfermedades, es de gran valor que los dermatólogos y todos los médicos estén familiarizados con estos hallazgos pues la observación de estos signos clínicos permitirían el diagnóstico y tratamiento precoz del proceso base, e incluso en algunos casos, su prevención, impidiendo el desarrollo de la expresión sistémica del proceso. Existen muchas enfermedades que se expresan en el tegumento: trastornos nutricionales, infecciosas, genodermatosis, colagenopatías, metabólicas, hematológicas, digestivas etc. En ocasiones, no es la propia enfermedad la que afecta a la piel, sino procesos reactivos, que se expresan uniformemente en la piel, con independencia de la enfermedad sistémica que los origina. En otros casos la presencia de una determinada dermatosis aconseja descartar la existencia del cuadro sistémico al que estadísticamente se asocia. Un dato de mucha ayuda es la fácil accesibilidad de la piel para toma de muestra (biopsias, cultivos, etc.) que facilita su estudio a profundidad. La dermatología es muy amplia en el campo de la medicina interna y esto sobrelleva a varios errores que pueden llegar a cometerse si se desconoce como interpretar las lesiones cutáneas.

51C. INDICACIONES DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL, COMO CUÁNDO Y POR QUÉ, Dr. Carlos Paz Haslam, Radiólogo, DIAGNOS, San Pedro Sula.

La Resonancia magnética fue descrita por primera vez por Felix Bloch y Edward Purcell en 1946, en 1971 Raymond Damadian mostro que los tiempos de relajación magnética de los tejidos y tumores eran diferentes iniciando el interés en la investigación médica. En 1975 Richard Ernst propuso las imágenes de resonancia magnética utilizando codificaciones en fase y frecuencia mediante la transformada de Fourier, la cual forma la base de las técnicas actuales de resonancia magnética. Los principios físicos de la Resonancia magnética están basados en la absorción y emisión de energía en forma de radiofrecuencia así que no existe radiación ionizante, se utilizan magnetos cuya potencia varía entre 0,3 a 7 Teslas para crear un

campo magnético alrededor del paciente. Los tiempos de relajación tisular (T1 y T2) y de la densidad de protones son los principales determinantes de la intensidad de la señal de los tejidos. Lista de indicaciones de la Resonancia magnética: para la exclusión, investigación posterior y monitoreo de: tumores cerebrales y de las meninges, tumores de la base de cráneo y orbita, neurinoma del acústico, tumores hipofisarios, procesos inflamatorios del cerebro y de las meninges, encefalitis, encefalopatía, sospecha de leucodistrofia, patología de oídos, nariz y garganta, enfermedades desmielinizantes, malformaciones congénitas, complicaciones del trauma, epilepsia, ictus, tamizaje de aneurismas, hemorragia subaracnoidea, control post-operatorios. Las ventajas sobre otras técnicas: la no utilización de radiación, mucho mayor rango de contraste del tejido cerebral, mostrando la anatomía con mayor detalle, es mas sensible y especifica que la TC, las reacciones alérgicas por el uso del gadolinio como medio de contraste son mucho menos frecuentes que el yodo utilizado en la TC. Palabras claves: Resonancia magnética, gadolinio, tomografía computarizada.

52C. USO DE TUTOR EXTERNO TIPO ILIZAROV PARA LA CORRECCIÓN DE DEFORMIDADES OSTEOARTICULARES. Dr. José B. Avilés Irías, Ortopeda y Traumatólogo, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Centro Hondureño de Deformidades Oseas, Tegucigalpa.

La utilización de tutores externos Ilizarov comenzó 1940 en la antigua Unión Soviética y su uso en el continente americano inicio en la década de 1980. En nuestro país se comenzó a implementar de manera rutinaria en el 2007, produciendo avances muy rápidos en el tratamiento de deformidades Oseas, alargamiento y reconstrucción de huesos largos. Los aspectos fundamentales del método Ilizarov son sus características y la respuesta biológica de la osteogénesis por distracción mediante un fijador circular son muy satisfactorias. Sus indicaciones más frecuentes en niños y adolescentes son alargamientos de las extremidades y la corrección de las deformidades angulares. El cuidado post operatorio debe de hacerse de forma muy cuidadosa tanto por parte del paciente como del médico; el cirujano ortopeda debe de conocer los principios básicos del fijador y de la realineación mecánica así como las posibles complicaciones.

53C. USO DE CIRUGÍA MULTIPLE EN TRATAMIENTO DE PACIENTES ESPÁSTICOS. Dr. José B. Avilés Irías, Ortopeda y Traumatólogo, Servicio de ortopedia infantil Instituto Hondureño de Seguro Social y Centro Hondureño de Deformidades Oseas, Tegucigalpa.

Las Disfunciones Motoras como parálisis cerebral espástica, provoca deformaciones de las extremidades, que son una consecuencia nefasta de la espasticidad sobre el crecimiento muscular y osteoarticular. Estas deformaciones pueden comprometer las posibilidades funcionales, en especial la marcha, sobre todo cuanto mayor es la espasticidad. El tratamiento quirúrgico forma parte de los métodos terapéuticos, al igual que la rehabilitación, las prótesis o la toxina botulínica. Hace 15 años, el tratamiento clásico consistía en operar una vez al año y de un modo segmentario las extremidades lo que

daba lugar a la realización de intervenciones repetidas, con el consiguiente coste económico y familiar (Síndrome del Cumpleaños). En la actualidad se llevan a cabo una cirugía multinivel en la que se corrigen en la misma intervención todas las deformaciones musculotendinosas y osteoarticulares. Esta modificación de la estrategia terapéutica ha sido posible gracias a una mejor comprensión de los trastornos fisiopatológicos y a un mejor análisis de ellos y la implementación de técnicas quirúrgicas fáciles de realizar con abordajes mínimos pronta rehabilitación que nos permiten incrementar el potencial de marcha, la calidad de vida del paciente y de la familia.

54C. INSULINIZACIÓN TEMPRANA. Dra. Onix Arita Melzer, Internista y Endocrinóloga, Clínica Bendaña, San Pedro Sula.

Se dar a conocer la actualización de las guías de manejo de la diabetes basadas en el consenso de la asociación americana de diabetes (ada) y la sociedad europea para el estudio de la diabetes (easd) recientemente publicadas así como los algoritmos de manejo de la asociación americana de clínicos endocrinólogos y alad, la diabetes mellitus tipo 2 es considerada una pandemia mundial. Actualmente existen aproximadamente 366 millones de diabéticos en el mundo y para el año 2030 se considera que esta cifra habrá ascendido a 552 millones, lo que significa un incremento del 51%, siendo los más afectados los continentes en vías de desarrollo incluyendo el continente americano. Lo anterior es realmente preocupante ya que la diabetes es una enfermedad crónica degenerativa que produce múltiples complicaciones agudas y crónicas siendo: a) la primera causa de ceguera en el adulto, b) primera causa de amputaciones no traumáticas, c) primera causa de enfermedad renal terminal (dialisis), d) principal causa de enfermedad cardiovascular incluyendo infarto agudo de miocardio y accidente vascular cerebral. Y recordando que en el mundo actualmente la primera causa de muerte es la cardiovascular, superando al cáncer y enfermedades infectocontagiosas. El actual consenso centra su acción en el paciente la individualización de acuerdo a su condición socioeconómica, al estadio de su enfermedad adaptado a los factores raciales y socioculturales. El primer objetivo de tratamiento es lograr y mantener niveles que signifiquen un buen control metabólico de la diabetes es: glucosa en ayuno entre 80-100 mg/dl, glucosa post comida a 2 horas entre 140 hasta un máximo de 180 mg/dl, y hb glucosilada a1c =o< de 7%. Cambio en el estilo de vida para lograr un peso saludable y un buen control metabólico junto con metformina desde el inicio son el estándar de oro en el inicio de la terapia del paciente diabético. A partir de este momento cada 3 meses debe de evaluarse la respuesta al tratamiento para hacer los cambios oportunos, empezar mezcla de antidiabéticos orales, o combinación con insulina en sus diferentes esquemas con el objetivo de mantener las metas propuestas para un buen control metabólico. Evitar la inercia clínica haciendo los cambios oportunos cada tres meses para lograr este objetivo. Es de hacer notar que el monitoreo ambulatorio de glucosa por los pacientes juega un papel muy importante en la aplicación de estas guías y las decisiones que en cuanto a ajuste y cambio del tratamiento el clínico decidirá en cada evaluación. La insulinización temprana es una tendencia actual en el manejo de estos pacientes tomando en cuenta la preservación de la célula beta, la memoria metabólica y la

protección endotelial, siendo actualmente el sistema basal – bolos el que mas beneficios a demostrado con menos hipoglucemia y un adecuado y fisiológico control metabólico. Durante esta conferencia se detallara sobre los algoritmos de manejo e insulinización, donde en la actualidad el paciente toma un papel protagónico en el manejo de su disfunción metabólica educado y supervisado por un medico o equipo multidisciplinario entrenados e interesados en el manejo adecuado

57C. RETINOPATÍA DEL PREMATURO. Dr. Carlos René Maldonado, Oftalmólogo, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

La retinopatía del prematuro es una enfermedad que inicia como una vaso proliferación anormal en la retina del infante prematuro cuyo progreso conlleva a una proliferación fibrogial con una gran posibilidad de de tracción de vítreo, retina y posterior desprendimiento de la retina y ceguera secundaria Se considera que 40.000 prematuros nacen en USA anualmente de los cuales 2100 casos desarrollaran ROP y de los cuales 550 prematuros serán ciegos por esta patología En los recién nacidos se consideran que a menor peso al nacer la posibilidad de desarrollar la enfermedad es mayor al igual que la edad de gestación entre más pequeño de edad mayor riesgo desarrollar la enfermedad así se determina que niños menores de 1500 grs. y menores de 32 semanas son más vulnerables. Dentro de otros factores, la exposición a altas concentraciones de oxígeno al momento del nacimiento puede ser desencadenante de la enfermedad, agregado a esto tenemos que mencionar enfermedades como síndrome de distress respiratorio incluyendo membrana hialina, enfisema intersticial, displasia broncopulmonar, sépsis neonatal, hemorragias intracraneal y múltiples partos e ictericia son tomados también como factores de riesgos. La clasificación de la retinopatía de la prematuras se describe por el estado, localización y extensión de la misma, la enfermedad plus como referencia a la tortuosidad de arterias y venas congestionadas en el polo posterior. El examen debe de realizarse entre las 4 y 6 semana de vida extrauterina para así iniciar tratamiento oportuno, en los pacientes que se sospecha la presencia de ROP se realiza bajo sedación con el fin de poder obtener una mejor evaluación, el tratamiento consiste en laser, crioterapia, y en los casos severos vitrectomía o retinopexia las complicaciones o secuelas de esta patología se puede presentar ambliopía, miopía, estrabismo, macroftalmia, catarata, glaucoma, y ptosis bulbi.

62C. DETECCIÓN DE HIPOACUSIA EN LA INFANCIA. Dr. Lucas Arturo Zelaya Zaldaña, Audiología, Foniatría, Otoneurología, Torre Médica Tepeyac, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

La hipoacusia en la infancia es un reto para la práctica médica actual por las repercusiones que conlleva en los niños el retraso en su identificación y manejo, especialmente motivado porque el desarrollo del lenguaje oral se puede realizar hasta los seis años de edad. El no tener una política en base a normatizaciones no permite estandarizar estudios ni grupos de riesgo a ser estudiados en las diferentes edades de la infancia con toda la gama de posibilidades de patologías que tienen el potencial de cursar con hipoacusia. La

prevalencia de hipoacusia en la infancia es de 1.5 por 1000 con un promedio de 0.8 a 2 por 1000, en los matrimonios con consanguinidad se presenta 12/1000, niños atendidos en unidades de cuidados intensivos neonatales 15/1000. El poder establecer factores de riesgo perinatales, después de los 28 días de nacido y saber que la edad promedio de detección de hipoacusia son los tres años de edad ofrecen el establecer políticas que permitan beneficiar a estos niños de estudios adecuados y de la rehabilitación adecuada para tratar integralmente a los afectados. Las emisiones otoacústicas y los potenciales evocados auditivos del tallo cerebral deben de ser parte de los estudios que realice toda institución que trate niños.

64C. ACTUALIDADES EN EL MANEJO DEL TINNITUS. Dr. Lucas Arturo Zelaya Zaldaña, Audiología, Foniatría, Otoneurología, Torre Médica Tepeyac, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

El Tinnitus es una patología con una incidencia de afectación del 17% de la población su tratamiento ha sido frustrante por la baja tasa de efectividad de los medicamentos y el desconocimiento de la fisiología y fisiopatología. Descripción: el no poder explicar el porqué el tinnitus no se beneficia de un tratamiento farmacológico basado en evidencia ha sido una causa de frustración en el manejo. La aseveración "como no podemos hacer nada por su tinnitus usted tiene que aprender a vivir con él" es errónea y contraproducente. El manejo adecuado del abordaje del tinnitus tiene que considerar los aspectos audiológicos, neurológicos y psicológicos para poder tener el mayor éxito. El modelo neutro fisiológico descrito por Pawel Jastreboff ha sido demostrado a través de modelos animales y estudios de imágenes funcionales. El tratamiento del tinnitus mediante la Terapia de Reentrenamiento de Tinnitus (TRT) ofrece una efectividad del 80% de éxito en el tratamiento de los pacientes después de uno a dos años. Este tratamiento es la base principal del manejo a nivel mundial y los estudios confirman su eficacia.

65C. NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN NIÑOS.

Dr. Omar Mejía Reyes, Pediatra Neumólogo, Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa

Las neumonías constituyen la principal causa de morbi-mortalidad en los países en vías de desarrollo. Los virus son los responsables del 80% a 85% de las neumonías en la infancia. Los gérmenes más frecuentes según el grupo de edad son: 1) Recién nacidos: Gram negativos y Streptococcus del grupo B. 2) De 1 a 3 meses: Chlamydia trachomatis 3) En lactantes: Virus, Streptococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae. 4) Preescolares y mayores de cinco años: Streptococcus pneumoniae y Mycoplasma pneumoniae. Las manifestaciones clínicas en los lactantes son inespecíficas (fiebre, tos, taquipnea, retracciones torácicas y apneas). Los datos clínicos de consolidación son más fácilmente detectables en niños mayores. En la radiografía de tórax un patrón intersticial sugiere una etiología viral o por gérmenes atípicos; en cambio un patrón lobar, presencia de derrame o cavitaciones orientan a un cuadro bacteriano. El manejo consiste en la administración de oxígeno; líquidos endovenosos cuando el caso lo amerite; manejo de la fiebre y broncodilatadores en pacientes con broncoespasmo. La mayoría no necesitan antibióticos sin embargo, en presencia de neumonía grave o sospecha de neumonía bacteriana (leucocitosis con neutrofilia, reactantes de fase aguda elevados opacidades homogéneas o heterogéneas) deberán iniciarse antibióticos. Los antibióticos se eligen dependiendo de las siguientes características: 1) Recién nacidos: Ampicilina más amikacina. 2) Tres semanas a tres meses, no tóxico con patrón radiológico intersticial: macrólidos. 3) Uno a tres meses, tóxico y sospecha de neumonía bacteriana: ceftriaxona 4) Cuatro meses o más: penicilina cristalina. 5) mayores de 4 meses, no tóxico con patrón radiológico intersticial: macrólidos 6) Niños con neumonía grave: Ceftriaxona mas oxacilina, si no mejora en 48 a 72 horas cambiar a imipenem o meropenem.