

RESÚMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES (C)

1C. EL MÉDICO FAMILIAR EN LOS SISTEMAS DE SALUD. Ricardo Esteban Castellón Inestroza. Doctor en Medicina y Cirugía. Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina Comunitaria, Universidad de Oklahoma; Tulsa, Oklahoma, Estados Unidos de América.

En la actualidad muchos sistemas de salud luchan por mejorar su calidad de atención en salud y han centrado su atención en proveedores primarios de salud, particularmente en médicos familiares. Sistemas de salud con énfasis en cuidados primarios tienen mejores resultados a más bajo costo. Esto es atribuible a cuidados preventivos, atención coordinada para pacientes crónicos y continuidad de atención. El médico familiar es el mejor capacitado para proporcionar estos servicios, ya que son el sello distintivo de su práctica. La medicina familiar se define como especialidad de medicina encargada de proveer atención en salud a individuos y familias, integrando ciencias biomédicas, del comportamiento, y sociales. La atención debe ser comprensiva y en continuidad, centradas en el cuidado integral, colaborativo y coordinado. El énfasis es en la relación médico-paciente en el contexto de la familia, la comunidad y el sistema de salud, sin discriminar por edad, género, órgano, sistema, o condición médica. Difiere de la medicina general en cuanto médicos familiares reciben entrenamiento de posgrado por 3 años. El alcance de práctica de médicos familiares incluye: atención a domicilio, en clínicas, hospitales y asilos; en comunidades rurales y urbanas; en prácticas individuales, y en grupos de especialidad o multiespecialidad; en sistemas públicos, privados y no gubernamentales; en países de bajos, medianos y altos ingresos. El rango de práctica incluye cuidados primarios y secundarios comprensivos; tratamiento de enfermedades infecciosas y crónicas; cuidados agudos, de emergencia, y a largo plazo; y como coordinadores, educadores, promotores y líderes. Los médicos familiares también reciben entrenamiento en procedimientos de oficina y hospital, incluyendo cirugía menor, endoscopia digestiva, y procedimientos ginecológicos y obstétricos incluyendo partos instrumentales y por cesárea. Esta versatilidad es la razón por la cual los médicos familiares son la clave para un sistema de salud con servicios de atención primaria en salud efectivo.

2C. AMERICANOS EN MOVIMIENTO-INTERVENCIONES SALUDABLES (AIM-HI). Montserrat Abadie Solé. Doctor

en Medicina y Cirugía, Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina Comunitaria, Universidad de Oklahoma; Tulsa, Oklahoma, Estados Unidos de América.

La iniciativa AIM-HI fue concebida por la Academia Americana de Médicos Familiares para ayudar a los médicos a hacer frente a los graves problemas de sedentarismo y obesidad, y ayudar a mejorar los servicios de prevención. En Honduras tenemos problemas similares y esta iniciativa podría ayudarnos a lograr cambios significativos en nuestras comunidades. Este programa está hecho con el fin de ayudar a la comunidad, pero una de las características únicas que tiene es que toma al médico no solo como el conducto de información pero lo integra como parte esencial del cambio en su comunidad. El enfoque es en cambiar el estilo de vida de la comunidad comenzando por sus promotores de salud. Las estrategias fundamentales utilizadas incluyen crear conciencia entre los médicos y su personal del consultorio en cuanto a su estado físico individual, modificar el consultorio para que sea propicio para la integración de conceptos AIM-HI en las rutinas cotidianas y el uso de la filosofía y herramientas de AIM-HI para ayudar a los pacientes a mejorar su condición física. Las herramientas para tener una conversación exitosa con el paciente, especialmente en los casos de sobrepeso y obesidad incluyen reconocer las fases del cambio y usarlas para iniciar y dar seguimiento a los pacientes. Las recaídas deben ser vistas como parte normal del crecimiento y su enfoque en lo positivo, aprender de los errores y seguir adelante. Las recetas de ejercicio e inventarios de actividad y alimentación, ayudan a documentar el progreso del paciente y al refuerzo positivo muy necesario para lograr sostener los cambios. El fundamento de una buena salud incluye la actividad física, alimentación saludable, el bienestar emocional y la una cantidad apropiada de sueño de calidad.

3C. ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL. Rubén Hernán Hernández Mondragón. Doctor en Medicina Familiar. Profesor clínico Escuela de Medicina Universidad de Indiana; Indianápolis. Estados Unidos de América.

La presentación es una discusión sobre los ajustes actuales para el diagnóstico y manejo de la Hipertensión Arterial en adultos de acuerdo con las nuevas recomendaciones del

panel de Miembros de JNC8. La mayor diferencia entre el reporte JNC7 y las recomendaciones actuales del panel es en cuanto a metas de control más conservadoras en poblaciones de edad mayor adulta comparadas con los jóvenes. Para ser más específico, el JNC7 recomienda controles de presiones sistólicas abajo de 140mmHg y en caso de pacientes diabéticos o con enfermedades renales a niveles más bajos de 130mmHg sin importar la edad. Las nuevas recomendaciones sugieren aumentar el nivel a valores menores de 150mmHg para personas mayores de los 60 años, y eliminando los controles más intensos en personas con diabetes o enfermedad renal. Existe evidencia moderada que apoya el inicio de medicina anti-hipertensiva como Inhibidores de Enzima convertidora Angiotensina, Bloqueadores de receptores de Angiotensina, bloqueadores de canales de calcio o diuréticos tiazidas en la población hipertensa de no origen negro, incluyendo aquellos con diabetes. La población de origen negro incluyendo diabéticos, el uso de un bloqueador de canal de calcio o diurético es recomendado como terapia inicial. Existe evidencia moderada que apoya el inicio o adherencia de terapia anti-hipertensiva con Inhibidores de Enzima convertidora de Angiotensina o bloqueadores de receptores de Angiotensina para personas con Insuficiencia Renal Crónica para mejorar la respuesta renal. El mayor objetivo del tratamiento de hipertensión es el obtener y mantener la meta deseada de presión arterial, de no obtenerse en un mes de tratamiento con la terapia inicial, se debe incrementar la dosis de la medicina inicial o agregar un segundo agente y continuar evaluando la presión arterial ajustando los medicamentos hasta que se ha logrado obtener el control deseado.

4C. SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO. Ricardo Esteban Castellón Inestroza. Doctor en Medicina y Cirugía, Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina Comunitaria, Universidad de Oklahoma; Tulsa, Oklahoma, Estados Unidos de América.

El sistema de salud de Honduras está situado número 131 de 190 en la lista de sistemas de salud de la OMS publicada en el 2013, penúltimo lugar en América adelante de Haití. A pesar de mejorías en diferentes marcadores de salud, todavía hay mucho camino que recorrer para acercarse a los sistemas líderes en salud. Algunas características en común de estos sistemas, como Francia, Italia y el Reino Unido, son: Cobertura universal de servicios de salud financiada con fondos públicos; Cuidados primarios como base del sistema de salud; Médicos generales o de familia, como

proveedores de cuidados primarios y punto de entrada al sistema de salud; Incentivos para colaboración entre profesionales de salud y prácticas en grupos multidisciplinarios e interespecializados; Incentivos para control de costos y alto desempeño en marcadores de salud; Uso de registros y paneles de pacientes para el manejo de enfermedades crónicas; Implementación de la historia clínica electrónica. Estas iniciativas han resultado en mejoría en la calidad de atención, evidente en el manejo de enfermedades crónicas, cuidados preventivos, promoción en salud y reducción de mortalidad temprana. También han mejorado el acceso a especialistas. El mayor reto que estos países encuentran es el control de los gastos en salud, sin limitar acceso o sacrificar calidad. Frecuentemente, el balance se inclina hacia limitar o restringir los servicios prestados. En algunos de estos sistemas se ha generado una marcada separación y falta de colaboración entre proveedores de salud. La adopción del historial clínico electrónico está lejos de ser universal. Ningún sistema de salud es perfecto y características individuales de estos países, hacen difícil la adopción de un sistema exitoso en otros países. Iniciativas pueden ser adaptadas incrementalmente, aprovechando de las experiencias publicadas por estos países líderes.

5C. VISITAS DE GRUPO PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. Montserrat Abadie Solé. Doctor en Medicina y Cirugía, Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina Comunitaria, Universidad de Oklahoma; Tulsa, Oklahoma, Estados Unidos de América.

Las enfermedades crónicas son uno de los problemas de salud pública más grandes de nuestra era, son causa significativa de morbilidad y mortalidad tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. Nuestro país presenta muchas barreras para proveer atención de calidad a estos pacientes. El Proyecto de Medicina Familiar del Futuro propone un modelo de atención poco convencional que he demostrado éxito en EE.UU. En general, las visitas en grupo pueden ser útiles para cualquier grupo de práctica, independientemente de especialidad médica o quirúrgica, y son particularmente importantes en el ámbito de la atención primaria. El conocimiento integral de nuestros pacientes y sus conductas de riesgo, es necesario para proveer atenciones de calidad, pero las demandas en el tiempo de los médicos afectan la calidad de atención o disminuyen el volumen de pacientes atendidos. Las visitas de grupo permiten a los médicos ofrecer la oportunidad de educar e instruir a los pacientes en el

autocontrol de su enfermedad y al mismo tiempo aumentan su productividad. Este tipo de visitas también ofrecen a los pacientes la oportunidad de interactuar, aprender y apoyarse en otros con enfermedades similares. Visitas de grupos exitosas necesitan equilibrio entre las necesidades de los pacientes, recursos disponibles, fortalezas del sistema y personal disponible en cada clínica. Idealmente, este modelo maximiza la utilización del médico al proveer los servicios por un equipo multidisciplinario que incluye entre otros, a enfermeras, farmacéuticos clínicos, nutricionistas y educadores. Tres medidas pueden mejorar con este sistema: el acceso a las visitas de atención médica, la educación de pacientes sobre su estado de salud o enfermedad y mejoría en las habilidades de autocontrol, generando cambios en el estilo de vida y comportamiento. Con una planificación adecuada las visitas en grupo pueden ampliar sus opciones para la atención de pacientes con enfermedades crónicas.

6C. CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES EN ESTADO TERMINAL. Rubén Hernán Hernández Mondragón. Doctor en Medicina Familiar, Profesor clínico Escuela de Medicina Universidad de Indiana; Indianápolis. Estados Unidos de Norte América.

Los cuidados Paliativos en pacientes terminales involucran tomar en cuenta las necesidades psicológicas, físicas, sociales y prácticas de los pacientes y las personas que les cuidan. Logrando evaluar los síntomas y proporcionando apoyo a los pacientes, el médico puede prevenir o aliviar el sufrimiento al final de la vida. La presentación muestra las recomendaciones de como el médico familiar comunica las malas noticias bajo el modelo “centrado al paciente” priorizando la información en la cita, preparación, evaluación del paciente, determinación de las preferencias del paciente, presentación de la información, proveer apoyo emocional, discusión de opciones futuras, apoyo adicional y preferencias individuales. Dentro de esta última es importante tomar en cuenta la diversidad de culturas y el médico considere como el paciente desea manejar la información, toma de decisiones, participación de miembros de la familia entre otros. Un dato importante de señalar serán los diferentes papeles que el médico adopta de acuerdo al estadio de la enfermedad desde cómo dar malas noticias, pronóstico, y coordinación de cuidado. Como médicos además debemos tener discreción en frases que deben ser evitadas en uso durante conversaciones con pacientes en estado terminal ya que la interpretación puede ser percibida diferente por el paciente. Se discutirá las recomendaciones actuales del

Colegio Americano de Médicos (ACP, American College of Physicians) en cómo mejorar el cuidado paliativo en pacientes terminales enfocándose en el manejo del dolor, la dificultad respiratoria, depresión y el planear los cuidados de avance. Otros temas de importancia son la nutrición, terapias alternativas y cuidados espirituales.

7C. EL HOGAR MÉDICO CENTRADO EN EL PACIENTE.

Dr. Ricardo Esteban Castellón Inestroza. Doctor en Medicina y Cirugía, Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina Comunitaria, Universidad de Oklahoma; Tulsa, Oklahoma, Estados Unidos de América.

El modelo de El Hogar Médico Centrado en el Paciente se enfoca en proveer atenciones primarias comprensivas y coordinadas para niños, adolescentes y adultos bajo un mismo techo, en el contexto de la familia y comunidad. Es un sistema de práctica médica que facilita la colaboración entre pacientes, sus médicos, los equipos proveedores de salud y las familias. Los pacientes desean comunicación oportuna con cortesía y claridad, y relaciones personales con médicos que los conocen, que crean confianza en las recomendaciones e incentivan a participar activamente en sus cuidados de salud. El modelo se centra en cuatro áreas: 1) Cuidados de calidad. Incluye: iniciativas de mejoría de calidad, atenciones en base a estratificación de riesgos, protección del paciente y coordinación de cuidados; 2) Cuidados centrados en el paciente. Incluye: satisfacción en los servicios, mejor acceso, toma de decisiones compartidas e incentivos para autocontrol de salud; 3) Tecnología informática en salud. Incluye: adopción de la historia clínica electrónica y herramientas de soporte para decisiones clínicas basadas en evidencia; 4) Organización de la práctica médica. Incluye: receptividad al cambio, soporte financiero y de personal. La implementación de este modelo en los EE.UU. ha demostrado reducciones en las visitas anuales a especialistas, visitas a las emergencias y hospitalizaciones; mejor utilización de exámenes de laboratorio y otras pruebas diagnósticas; y disminución en los gastos en salud. Sin embargo, los esfuerzos se han centrado principalmente en cambios en la infraestructura y financiamiento, con menos atención al impacto a los pacientes a un nivel personal. El modelo todavía no ha demostrado mejoría en las medidas de calidad de atención, resultados en salud y satisfacción de los pacientes. Los ahorros en los sistemas de salud no se han traducido a las prácticas individuales y por lo tanto la adopción de este modelo ha sido lenta y desigual.

8C. RECOMENDACIONES PARA LA SERVICIOS CLÍNICOS PREVENTIVOS POR LA ACADEMIA AMERICANA DE MÉDICOS FAMILIARES.

Montserrat Abadie Solé. Doctor en Medicina y Cirugía, Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina Comunitaria, Universidad de Oklahoma; Tulsa, Oklahoma, Estados Unidos de América.

Las recomendaciones de servicios clínicos preventivos deben ser basadas en evidencia y no en opiniones personales, ya que potencialmente podemos dañar al paciente sometiéndolo a procedimientos y exámenes innecesarios. La Academia Americana de Médicos Familiares periódicamente publica su análisis de estas recomendaciones usando como punto de partida el análisis riguroso presentado por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF) (<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>). Estas recomendaciones, reflejan la mejor comprensión de la ciencia de la medicina en el momento de publicación, y deben ser utilizadas con el claro entendimiento de que la investigación continua puede dar lugar a nuevos conocimientos y recomendaciones. Las medidas preventivas han sido clasificadas así: A) Servicio recomendado. Alta certeza de beneficio substancial; B) Servicio recomendado. Alta certeza de beneficio moderado o certeza moderada de beneficio moderado a substancial; C) Servicio de rutina no recomendado. Ciertas situaciones apoyan proveer este servicio a algunos pacientes. Por lo menos certeza moderada de beneficio pequeño; D) Servicio no recomendado. Certeza moderada o alta de falta de beneficio o los daños son más altos que los beneficios; I) No hay evidencia suficiente para valorar el balance de beneficios contra daños del servicio. En total son más de 50 recomendaciones A y B incluyendo inmunizaciones, exámenes para la detección temprana del cáncer colorectal y de cáncer del cuello uterino, y el uso de aspirina para la prevención de enfermedades cardiovasculares. Importantes recomendaciones D, las cuales se recomienda en contra, incluyen la medida del antígeno prostático específico en pacientes asintomáticos, estudios genéticos en pacientes sin historial familiar de cáncer de pecho, y suplementos de vitamina D y calcio para la prevención de fracturas en mujeres postmenopáusicas no institucionalizadas. Estas recomendaciones se ofrecen como ayuda para tomar decisiones clínicas, pero no pueden sustituir el juicio médico.

10C. EL PENSUM DEL POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR.

Rubén Hernán Hernández Mondragón. Doctor en

Medicina Familiar, Profesor Clínico Escuela de Medicina Universidad de Indiana; Indianápolis, Estados Unidos de Norte América.

El Programa de Medicina Familiar en Estados Unidos surge a inicios de 1960's ante la necesidad de la población de obtener mejor atención de salud, la cual estaba afectada debido al poco personal médico, la inaccesibilidad en áreas rurales, el costo de la medicina, la despersonalización de la atención médica y la fragmentación de cuidados de salud. En ese tiempo La Comisión Nacional de Servicios de Salud Comunitaria, establecida por la Asociación Americana de Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud reportaron "Cada Individuo deberá tener un médico personal quien es el punto central de integración y continuidad para todos los servicios médicos de ese paciente. Ese medico enfatizará la práctica de medicina preventiva. El estará al tanto de la mayoría y variedad de factores sociales, emocionales y ambientales que influyen en la salud de su paciente y la familia. Sus preocupaciones serán al paciente como un todo, y su relación con el paciente será de continuidad". Es así que en 1969, la especialidad de Medicina Familiar es aprobada, en 1970 Academia de Certificación de Medicina Familiar inicia su primera certificación y en 1971 se establece la Academia Americana de Medicina Familiar. "Médicos Familiares tienen aptitudes únicas, destrezas, y conocimiento que los califican para proveer atención medica continua y comprensiva, mantenimiento de salud y servicios de prevención a cada individuo de la familia sin reparar en el género, edad o tipo de problema, ya sea biológico, emocional o social. Estos especialista, debido a sus antecedentes e interacciones con la familia, están mejor calificados para servir como representante de cada paciente en todas las materias relacionadas con salud, incluyendo el uso apropiado de consultores, servicios de salud y fuentes comunitarias". En la presentación mostraremos como en 3 años de residencia el médico logra obtener estas cualidades y destrezas.

11C. MANEJO ACTUAL DE LAS ULCERAS VENOSAS.

Nelson Omar Bobadilla Flores. Angiólogo, Cirujano Vascular y Endovascular. Servicio de Cirugía, Hospital Regional Atlántida; La Ceiba, Honduras.

El tratamiento no quirúrgico de ha sido el tratamiento principal de la insuficiencia venosa crónica, y la ulceración venosa durante décadas. Levantar las extremidades inferiores de forma que los pies queden por encima de los muslos cuando se está sentado y por encima del corazón se está en decúbi-

to supino se ha aceptado universalmente como tratamiento eficaz de la ulceración venosa. Sin embargo, la mayoría de los pacientes solo pueden hacerlo como una solución a corto plazo para una úlcera refractaria o que está creciendo. Los objetivos del tratamiento de la ulceración venosa son la curación de las úlceras existentes y prevenir la recurrencia. El tratamiento no quirúrgico es muy eficaz para controlar los síntomas de la ulceración venosa y con ellos fomentar la prevención de la recurrencia. Sin embargo la ulceración puede tardar mucho y en algunos casos ser dolorosa y ante la falla de manejo no quirúrgico se debe de realizar tratamientos invasivos que conlleven a la resolución de esta complicación de la insuficiencia venosa. En conclusión este platica trata del manejo no quirúrgico y quirúrgico en la ulceración venosa, incluyendo las diferentes opciones de manejo medico e invasivo para dar solución a esta patología vascular.

17C. EMERGENCIAS OFTALMOLÓGICAS NO TRAUMÁTICAS. Karla Campbell. Oftalmología. Hospital Oftalmológico Campbell; La Ceiba, Honduras.

En el ejercicio medico nos encontramos con signos oftalmológicos que son de fácil detección por parte del médico, que su apreciación precoz podría ser de alta significancia para la calidad visual del paciente e incluso en algunas ocasiones para la sobre vida. El repaso de la vía anatómica del reflejo foto motor y consensual de la pupila nos ayuda a entender cómo y porque las enfermedades locales propiamente oftalmológicas y las sistémicas nos pueden producir signos que nos ayudaran a referir de inmediato al oftalmólogo y algunas veces al área de neurología y neurocirugía. Entre las enfermedades locales más importantes con afección pupilar hay que sospechar neuritis óptica, uveítis, glaucoma, entre otras. Esta sospecha debe ser referida prontamente al oftalmólogo ya que el pronóstico depende del estadio de la enfermedad y en algunas ocasiones como en glaucoma avanzada puede alertarnos para iniciar tratamiento precoz en el otro ojo. En enfermedades con asociación sistémica y en algunas ocasiones graves como: un aneurisma en la circulación cerebral (polígono de Willis) con riesgo inminente de muerte para el paciente, puede debutar como parálisis del III Par con afección pupilar. Entre otras enfermedades de asociación sistémica como tumores hipofisarios presentan también alteraciones pupilares. En general aunque existan variantes de la pupila como pupila de Argyll Robertson, pupila tónica (Holmes-Adie) y otras que presentan características de mal funcionamiento pupilar; sin embargo son variantes anatómicas normales. En conclusión, toda alteración de los reflejos

pupilares en el paciente con el estado de conciencia normal debe considerarse emergencia oftalmológica y/o emergencia de asociación sistémica y debe ser referido. Todo esto examinando con una simple fuente de luz pequeña.

20C. ABORDAJE DEL SHOCK EN PEDIATRIA. Rigoberto Mejía. Pediatra y Medicina Crítica Pediátrica. Hospital Regional Atlántida; La Ceiba, Honduras.

El reconocimiento y tratamiento temprano del choque pediátrico es la clave para mejorar el pronóstico del niño críticamente enfermo o traumatizado. Si se deja sin tratamiento progresara rápidamente a falla cardiopulmonar y al arresto cardiaco. Una vez que el arresto cardiaco se presenta el pronóstico es pobre. El objetivo a lograr es discutir el efecto de la severidad del choque sobre la presión arterial (choque compensado versus choque descompensado), reconocer las causas, los signos de los diferentes tipos de choque. Una vez que se ha caracterizado el choque basado en el tipo y la severidad se decide las medidas a tomar para salvar la vida. El choque es una condición crítica que resulta cuando los tejidos no consiguen el oxígeno y los nutrientes necesarios. La definición de choque no depende de la presión arterial (una consecuencia del choque). El choque puede resultar de las siguientes causas: inadecuado volumen (hipovolémico, hemorrágico), inadecuada distribución (distributivo/séptico), alteración de bomba (cardiogénico) y obstrucción al flujo sanguíneo (obstrutivo). La severidad del choque puede ser categorizada por su efecto sobre la presión sistólica, en el choque compensado la presión arterial es normal pero hay signos de pobre circulación (taquicardia, frialdad y palidez cutánea, relleno capilar lento, pulsos periféricos débiles, disminución del gasto urinario y alteración de conciencia) en el descompensado se presentan los síntomas previos más la hipotensión. Cualquier problema que incremente la necesidad de oxígeno empeorara el choque (fiebre, infección, lesión, dolor y distres respiratorio). El objetivo para el tratamiento del choque es restablecer el flujo sanguíneo a los tejidos, previniendo la injuria a los tejidos, mejorar el contenido arterial de oxígeno, y el flujo sanguíneo, reducir la demanda de oxígeno por los tejidos, soportar la función de los órganos y prevenir el arresto cardiaco.

22C. PREVENCIÓN DE INFECCIONES. LAVADO DE MANOS. Dra. Ellham Mandegari. Infectología Pediátrica. Hospital Escuela Universitaria; ODISH; Tegucigalpa, Honduras.

Las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) corresponden a todo proceso infeccioso general o localizado

que 1) ocurre como consecuencia de la atención de salud; y que 2) no estaba presente ni incubándose al momento de hospitalizarse. Las infecciones asociadas a la atención sanitaria afectan cada año a cientos de millones de pacientes en todo el mundo. Son consecuencia involuntaria de dicha atención, y a su vez ocasionan afecciones más graves, hospitalizaciones más prolongadas, discapacidades de larga duración y por último, y más importante elevan la mortalidad. En los países en desarrollo, cada día mueren 4,384 niños por infecciones relacionadas con la atención sanitaria. La higiene de las manos es la práctica más simple, efectiva e importante para la prevención de la diseminación de organismos infecciosos en hospitales. Manos limpias salva vidas, al PREVENIR las infecciones. Higiene de Manos SALVA más vidas que las vacunas o cualquier intervención médica.

23C. RECONOCIENDO AL NIÑO CON SEPSIS NEONATAL. Ileana Rosales Ferez. Pediatra y Neonatóloga. Hospital Regional Atlántida; La Ceiba, Honduras.

Reconociendo al recién nacido con sepsis neonatal pretende orientar cuando sospechar la probabilidad de infección en el neonato. La incidencia de septicemia es de 1-5 por cada 1000 nacidos vivos y será más elevada en el recién nacido con peso < de 1500 gramos. La sepsis de inicio temprano se presenta en los primeros 3-5 días de vida, con una mortalidad de un 15-19% y la sepsis neonatal tardía después del 5to día de vida con una mortalidad de un 21%. Identificar factores de riesgo en la historia clínica de la madre es el dato más importante para sospechar una sepsis, como: Infecciones durante el embarazo, especialmente dos semanas previas al nacimiento, corioamnionitis, fiebre materna, parto atendido sin asepsia, ruptura prematura de membranas mayor de 24 horas, y parto prematuro, son criterios de ingreso como potencialmente séptico. Una vez ingresado en la Sala de Neonatología, es importante evaluar frecuentemente los signos vitales. La fiebre, irritabilidad, hipo e hiperglicemia, cianosis, palidez y pobre succión, son entre otros algunas de las manifestaciones que pueden orientar al médico de una probable sepsis neonatal. Las manifestaciones clínicas de la sepsis, son inespecíficas ante la sospecha se inician antibióticos de amplio espectro desde su ingreso. El estándar de oro para el diagnóstico es el Hemocultivo. Las manifestaciones como: el choque, sangrado digestivo, enterocolitis, distensión abdominal, taquicardia, apneas y escleroedema son una clara evidencia de sepsis, los cuales se presentan muy tardíamente cuando el neonato pudiera encontrarse en un punto de no retorno, complicándose con una falla venti-

latoria, falla multiorgánica y posteriormente la muerte. Una vez instaurada la Sepsis en el neonato, este corre un mayor riesgo de tener un pronóstico desfavorable, por ello es importante establecer un tratamiento en el momento oportuno.

24C. RECONOCIMIENTO PRIMARIO DEL NIÑO GRAVE. Rigoberto Mejía. Pediatra y Medicina Crítica Pediátrica. Hospital Regional Atlántida; La Ceiba, Honduras.

La evaluación general es la primera y la más básica evaluación que se realiza al paciente pediátrico la cual se basa en lo que vemos y escuchamos tiene tres componentes (aparición, trabajo respiratorio y circulación), el propósito; identificar rápidamente condiciones que amenazan la vida. Al no haber condición que amenaza la vida se procede a realizar la evaluación primaria con la cual hacemos la categorización según el tipo y la severidad de la condición respiratoria o circulatoria del niño. Esta evaluación incluye la toma de signos vitales, oximetría de pulso y la medición de glucosa sanguínea. En la evaluación primaria usaremos el abordaje evaluando la A (vía aérea), B (respiración), C (circulación), D (discapacidad/neurológico) y E (exposición). Al evaluar la vía aérea decidiremos si esta permeable u obstruida (libre, mantenible con medidas simples y no mantenible). La respiración la evaluamos cuantificando la frecuencia respiratoria, observando el trabajo o esfuerzo respiratorio (estas dos nos dan la información de la severidad del distres respiratorio), movimiento de aire, ruidos en la vía aérea y pulmón (nos permite clasificar el tipo de afección respiratorio) y la oximetría de pulso. La circulación la evaluamos cuantificando la frecuencia cardiaca, la calidad de los pulsos periféricos y centrales, el tiempo de relleno capilar, color y temperatura de la piel y la presión arterial (diferenciar choque compensado de choque descompensado). El nivel de conciencia del niño ayudara a evaluar el flujo cerebral y el gasto urinario evaluara el flujo sanguíneo a los riñones. La función neurológica se evalúa rápidamente evaluando 2 componentes principales del SNC: corteza cerebral y tallo cerebral. Aquí también un nivel sérico de glucosa. Y por último una evaluación de la temperatura y una focalización del examen físico.

27C. SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO PATOLÓGICO. Ileana Rosales Ferez. Pediatra y Neonatóloga. Hospital Regional Atlántida; La Ceiba, Honduras.

El seguimiento de un recién nacido normal, para la valoración del crecimiento y desarrollo se realiza mes a mes durante los primeros 6 meses de vida y según su evolución

se decide la frecuencia de cada control. En el recién nacido patológico dependerá del caso. El recién nacido prematuro se evaluara semanalmente para valorar la progresión de su peso adecuadamente, además se valora los cambios de fórmula para prematuros a formula de transición y luego a formula maternizada regular. Idealmente estas fórmulas son de apoyo ya que lo idóneo es que solo sea alimentado con lactancia materna. Además es importante indicarle multivitaminas, calcio y suplemento de hierro durante el primer año de vida. Si el neonato es menor de 32 semanas de gestación, o tiene un peso al nacer menor de 2000-1500 gramos, fue transfundido, con sepsis, curso con hiperbilirrubinemia o se utilizó oxígeno y mantuvo saturaciones superiores a 94% deberá referirse al Oftalmólogo para descartar una Retinopatía del prematuro al cumplir las 40 semanas de gestación, según edad cronológica. Otro recién nacido patológico podría resultar del hijo de madre diabética, este neonato debe ser vigilado desde el control prenatal, ya que las complicaciones se deberán al buen o mal control de la madre. Al nacer puede presentar macrosomía o restricción de crecimiento intrauterino, tener híper o hipoglicemia, poliglubulia, ictericia además puede estar acompañado de múltiples malformaciones en corazón, intestino y entre vías urinarias entre otras más. A las 72 horas se debe solicitar pruebas tiroideas además del resto de tamizaje de rutina.

30C. TAMIZAJE ECOGRÁFICO DEL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO. Mónica García Santacruz. Ginecóloga y Obstetra, Medicina Fetal. Hospital del Valle. San Pedro Sula, Honduras.

Por años se ha creído que el uso del ultrasonido en el primer trimestre del embarazo como herramienta de diagnóstico prenatal servía únicamente para datar el embarazo, asegurar viabilidad y descartar embarazos gemelares, y si bien es cierto estas siguen siendo unas de sus utilidades no son las únicas, ni son las más relevantes. Para finales de los 90's se demuestra que ciertas aneuploidías pueden ser detectadas a través de ecografías tempranas en el embarazo, utilizando marcadores ultrasonográficos como ser: translucencia nucal y hueso nasal. Actualmente el Tamizaje Ecográfico del Primer Trimestre debe de realizarse entre las semanas 11+4 y 13+6, (LCC= 45 a 84 mm), por personal adecuadamente entrenado y certificado. Tiene como finalidad establecer de manera temprana todos los riesgos de la mujer que inicia un embarazo y de esta forma programar un control prenatal adecuado y prepararla para las mejores condiciones en el momento del parto. Este Tamizaje de Primer Trimestre del

Embarazo debe de ofrecerse a toda mujer embarazada independientemente de su edad según las ultimas Guías de la ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologist) y no solamente a mujeres mayores de 35 años, además debe de proporcionar la siguiente información: 1. Establecer la edad gestacional exacta: la medida de la LCC es una medida confiable para establecer edad gestacional; los ultrasonidos tardíos pueden enmascarar problemas de crecimiento fetal (RCIU, Macrosomías). 2. Determinar corionicidad en embarazos múltiples, mediante la presencia o ausencia del signo de lambda (fácilmente observable en primer trimestre). 3. Cálculo de riesgo de cromosomopatía: a través del uso de 4 marcadores ecográficos (translucencia nucal, hueso nasal, regurgitación tricúspidea y ductus venoso) y 2 marcadores en bioquímica materna (subunidad B libre de GCH y PAPP-A). Si se detecta riesgo, se ofrece una prueba invasiva (biopsia de vellosidades coriales) o no invasiva (NIPT). 4. Cálculo de riesgo de pre eclampsia y/o trastornos hipertensivos del embarazo: ayuda a determinar que paciente es candidata a iniciar uso de aspirina infantil. 5. Cálculo de riesgo de parto pre término: prevención de parto pre término. 6. El estudio precoz de la anatomía fetal nos permite descartar la presencia de malformaciones mayores que pueden poner en riesgo la vida del bebe. Concluimos que el Tamizaje Ecográfico de Primer Trimestre es una herramienta útil para determinar los riesgos de nuestra paciente embarazada de manera temprana en el embarazo, nos ayuda a prevenir complicaciones y nos prepara para recibir en condiciones óptimas a los bebés que presenten alguna afección asociada.

32C. TAMIZAJE ECOGRÁFICO DEL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO. Mónica García Santacruz. Ginecóloga y Obstetra, Medicina Fetal. Hospital del Valle. San Pedro Sula. Honduras.

El Tamizaje Ecográfico del Segundo Trimestre del Embarazo, también conocido con el nombre de Estudio Morfológico o Estructural Fetal, debe ofrecerse a toda mujer embarazada, independientemente de su edad y debe de realizarse entre las 18 a 22 semanas de embarazo. Su propósito fundamental es proveer información diagnóstica adecuada para optimizar el control prenatal y obtener los mejores resultados tanto para la madre como para el feto. El estudio es realizado para determinar y/o confirmar edad gestacional y descartar malformaciones congénitas a través del estudio detallado de la anatomía fetal. El Tamizaje Ecográfico del segundo trimestre incluye la evaluación de lo siguiente:

Actividad Cardíaca, Corionicidad en embarazos múltiples, tamaño y edad fetal, anatomía fetal básica, localización y estructura de la placenta y medición de la longitud Cervical. Para obtener los mejores resultados este tipo de estudio debe ser realizado por personal debidamente entrenado en ultrasonido obstétrico, que regularmente realice ultrasonidos, que reciba educación médica continua y que la calidad de sus imágenes sea regularmente auditada. La Sociedad Internacional de Ultrasonido en Obstetricia y Ginecología (ISUOG) recomienda las siguientes guías de evaluación: 1. Biometría y Bienestar Fetal: medición de Diámetro Biparietal, Circunferencia Cefálica, Circunferencia Abdominal, Longitud de Fémur y Estimación de Peso Fetal; evaluación de Movimientos fetales, evaluación de líquido amniótico, y estudios de Doppler. 2. Evaluación detallada básica de la anatomía fetal la cual debe incluir lo siguiente: A nivel de Cabeza: observar cráneo intacto, visualizar cavum septum pelúcido, línea media, tálamo, ventrículos cerebrales, cerebelo y cisterna magna; A nivel de cara presencia de ambos globos oculares, perfil, paladar y labios; En cuello fetal ausencia de masas; A nivel de tórax y corazón evaluar tamaño y forma de tórax y pulmones, actividad cardíaca, cámaras cardíacas y salida de grandes vasos, descartar la presencia de hernia diafragmática; A nivel de abdomen se debe evaluar la inserción del cordón umbilical, la ubicación de la burbuja gástrica, presencia de ambos riñones; A nivel de esqueleto se debe evaluar que no existan defectos o masas en la columna, que miembros superiores e inferiores estén completos y muestren buena dirección; Valorar genitales y determinar género y finalmente debe determinarse la localización de la placenta, describir su estructura y descartar la presencia de masas en su superficie. La medición de la longitud cervical se recomienda como parte de la evaluación para el cálculo de riesgo de parto pre término. Finalmente podemos concluir diciendo que el Tamizaje Ecográfico del Segundo Trimestre es una herramienta útil para determinar los riesgos del feto, nos ayuda a prevenir complicaciones, en caso de ser necesario implementar diferentes métodos de terapia fetal y de no ser posible la terapia fetal intraútero nos prepara para recibir en condiciones óptimas a los bebés que presenten alguna afección asociada.

35C. PRUEBAS DE TAMIZAJE EN ONCOLOGÍA. Alejandra Dinora Zavala Molina. Oncología Médica y Medicina Interna. Hospital San Felipe, IHSS; Tegucigalpa, Honduras.

El cáncer es una epidemia mundial con efectos devastadores en la población. Actualmente se define como una en-

fermedad crónica, que se caracteriza por un crecimiento celular anormal, descontrolado con capacidad de invasión, de dar metástasis y estimular la angiogénesis. Es la segunda causa de muerte a nivel mundial, solo superada por las enfermedades cardiovasculares, pero las proyecciones indican que en 20 años, el cáncer será la primera causa de mortalidad a nivel mundial. El pronóstico de las enfermedades neoplásicas depende de varios factores, siendo el estadio clínico uno de los más importantes. Entre más temprano se detecta, la probabilidad de curación es mayor. Por esto se han creado programas para la detección temprana de ciertos tipos de cáncer, entre ellos: cáncer de mama, cervicouterino, colon, próstata y pulmón. Estos programas se llevan a cabo a través de pruebas de tamizaje. Las pruebas de tamizaje consisten en la detección temprana de la enfermedad con el objetivo de reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer. Estas pruebas deben ser precisas, seguras y de bajo costo. Se abordaran en la conferencia datos estadísticos, epidemiológicos de cada tipo de cáncer anteriormente mencionado con sus respectivas guías de recomendación sobre las pruebas de tamizaje aprobadas local e internacionalmente.

36C. ABORDAJE DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. Kristian Navarro Salomón. Ginecología y Obstetricia. Uro ginecología. Servicio de Uro ginecología Hospital de Especialidades del Seguro Social. Honduras. Medical Center. Tegucigalpa. Honduras.

La incontinencia urinaria es un síntoma común que puede afectar a mujeres de todas las edades con un amplio rango de severidad; afectando la calidad de vida en el aspecto físico, psicológico y social. Es definida por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como la queja de alguna pérdida involuntaria de Orina. Esta podría ocurrir como resultado de un número importante de anomalías de la función del tracto urinario bajo, u otras enfermedades que predispongan a pérdida en diferentes situaciones. Clínicamente dividimos la Incontinencia Urinaria en: *Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. *Incontinencia Urinaria de Urgencia. *Incontinencia Urinaria Mixta. La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, es definida por ICS como la pérdida de orina asociada a esfuerzo: toser, reír, estornudar. Uro dinámicamente es definida, como la Pérdida de Orina asociada a un incremento de la presión abdominal, en ausencia de contracción del detrusor. La prevalencia de Incontinencia Urinaria varía, en relación a la edad de las pacientes, a la definición y a los diferentes métodos de diagnóstico. Reportándose desde 0.2% a 8.5%

en mujeres entre 15 y 64 años y de 2.5% a 69% en mujeres de 65 años y más. En términos generales los rangos de prevalencia en la población se estiman del 25-45%. El diagnóstico puede ser establecido a través de historia clínica completa y de estudio urodinámico. La Historia clínica completa tiene una sensibilidad del 92% con IC (91-93%) para el diagnóstico de incontinencia urinaria. De forma más objetiva se puede realizar la prueba de la toalla que consiste en la cuantificación de peso de la misma luego de una hora de haber sido portada durante actividad física, con una sensibilidad de 94% con IC 73-99% para un peso mayor de 2 gramos. Una vez establecido el diagnóstico se establecen tres niveles de tratamiento. El primero basado en modificaciones conductuales y de hábito por medio de corrección de frecuencia de micción y fortalecimiento de musculatura pélvica implementando ejercicios de musculatura pelviana. La segunda línea a través de la electroterapia con diferentes energías para lograr la hipertrofia muscular del piso pélvico. Y por último el manejo quirúrgico basado en la corrección de defectos anatómicos utilizando técnicas convencionales como la colposuspensión BURCH y actualmente con la colocación de material protésico para proporcionar un mejor soporte suburetral por medio de mallas libres de tensión con abordajes retropúbicos u obturadores con la correspondiente reparación de los compartimentos anterior, apical y posterior. Todo esto con la finalidad de lograr una mejoría en la calidad de vida de la paciente incluyendo además de la incontinencia urinaria, la fecal, el prolapso de órganos pélvicos y la función sexual.

37C. IMPACTO DE LA TERAPIA BLANCO EN ONCOLOGÍA. Alejandra Dinora Zavala Molina. Oncología Médica y Medicina Interna. Hospital San Felipe, IHSS; Tegucigalpa, Honduras.

El cáncer es un problema de salud que afecta a un gran número de personas en el mundo. El pronóstico de esta enfermedad ha ido cambiando a través del tiempo, observando una mejoría con la incorporación de la quimioterapia, tratamientos con radioterapia, cirugía o la combinación de diferentes modalidades de tratamiento. En los años 70 se observó que a pesar de nuevos agentes quimioterapéuticos la supervivencia global en los pacientes con cáncer no era modificada. En los años 80 con el descubrimiento de nuevos fármacos conocidos como terapias dirigidas la historia de la enfermedad dio grandes avances en el control, curación y supervivencia de esta enfermedad. Estos fármacos son conocidos como terapias blanco o terapias dirigidas. Su objeti-

vo es afectar moléculas específicas implicadas en la proliferación, crecimiento, diferenciación, apoptosis, diseminación y angiogénesis de las células tumorales. Entre los diferentes tipos de terapias dirigidas están los fármacos hormonales, anticuerpos monoclonales, las moléculas anti-tirosina cinasa, vacunas y terapia genética. En la conferencia de expondrá sobre el impacto clínico, económico y científico de estos nuevos fármacos en el cáncer.

47C. AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE. Luis César Rodríguez Salinas. Neurología. Instituto Hondureño de Seguridad Social; Tegucigalpa, Honduras.

Actualmente se considera a la Esclerosis Múltiple (EM) como la primera causa no traumática de discapacidad en jóvenes dada la persistente actividad inflamatoria-neurodegenerativa que induce y probablemente una situación similar se esté dando en nuestro país pero se carece de datos estadísticos reales y actualizados. Globalmente se considera que afecta aproximadamente a 1-2.5 millones de personas y la prevalencia estimada en Honduras es de 3.5/100,000 habitantes. Una de las limitantes diagnósticas es la carencia de un marcador biológico o prueba paraclínica que confirme la enfermedad, lo que con frecuencia retrasa el diagnóstico y conlleva a acúmulo de discapacidad. Recientemente se han modificado algunos de los criterios diagnósticos vigentes con el objetivo de simplificar y lograr diagnósticos en etapas tempranas de la enfermedad. A la vez han surgido nuevas opciones terapéuticas como los anticuerpos monoclonales y fármacos orales que ofrecen nuevas esperanzas de tratamiento a los pacientes con EM, algunos de ellos ya disponibles en nuestro país. En la presente revisión detallamos éstos nuevos avances en el diagnóstico y tratamiento de la EM.

49C. ACTUALIZACIÓN SOBRE EL USO DE ANTICOAGULANTES ORALES EN LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICA. Luis César Rodríguez Salinas. Neurología. Instituto Hondureño de Seguridad Social; Tegucigalpa, Honduras.

La Fibrilación Auricular (FA) es una causa significativa de eventos vasculares-cerebrales isquémicos, particularmente en adultos mayores. En Honduras, la Warfarina tradicionalmente ha sido el único anticoagulante oral disponible que se ha utilizado para disminuir el riesgo de ictus isquémicos en pacientes con patologías cardio-embólicas. Sin embargo, hay varias desventajas del uso de Warfarina,

como el requisito para el seguimiento de la relación internacional normalizada (INR), su amplia gama de interacciones fármaco-alimento, y su estrecho índice terapéutico. Lo anterior ha impulsado el desarrollo de nuevos anticoagulantes orales (NOACs) que tienen una farmacocinética predecible y que evitan la necesidad de vigilar el INR. La FDA de EE.UU. ha aprobado un inhibidor directo de la trombina (Dabigatran) y 2 inhibidores del factor Xa (Rivaroxaban y Apixaban) para la prevención de los eventos cerebrovasculares en pacientes con FA no valvular; existen ya otros NOACs que están surgiendo como nuevas opciones terapéuticas. En la presente conferencia se analizan las propiedades farmacológicas, los datos de ensayos clínicos, y los problemas prácticos asociados con el uso de estos nuevos anticoagulantes orales.

50C. CIRUGÍA DE CONTROL DEL DAÑO EN ORTOPEDIA.

Mauricio Pérez Inestroza. Ortopedia. Hospital Regional Atlántida; La Ceiba, Honduras.

La Cirugía de Control de Daños (CCD) en trauma múltiple nació para disminuir la morbimortalidad en pacientes severamente dañados posponiendo la reparación definitiva de las lesiones hasta conseguir el estado fisiológico normal. En sus inicios fue el trauma abdominal su objetivo principal y luego se extendió al sistema osteomuscular. Fisiopatológicamente después de la lesión primaria hay una reacción inflamatoria local y según la severidad del trauma la respuesta se vuelve sistémica, luego aparecen los mediadores antiinflamatorios a los que se les llama Síndrome de Respuesta Antiinflamatoria Compensadora, esta respuesta exagerada activa el sistema inmune y las células inflamatorias, las cuales se cree producen un daño micro vascular en el endotelio vascular y esto puede llegar a un síndrome de falla orgánica múltiple, coagulopatía, acidosis metabólica, hipotermia y muerte celular. La CCD, su aplicación es ideal en pacientes clasificados clínicamente de inestables, en gravedad extrema y en paciente límites o fronteras. Las indicaciones específicas son: fractura bilateral del fémur, fracturas inestables de pelvis con hemorragias y pacientes ancianos. Se benefician y también las fracturas expuestas tipo grado 3, B y C y fracturas aisladas complejas. La técnica más frecuente aplicable en CCD en Ortopedia es la fijación externa. La biología molecular con los marcadores inflamatorios nos ayudaría en un futuro cercano a descubrir los pacientes en riesgo. Es imperativo implementar esta es-

trategia con el paciente poli traumatizado en todos nuestros hospitales.

51C. EPIDEMIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DEL ENVENENAMIENTO POR MORDEDURA DE SERPIENTE EN CENTROAMÉRICA.

José María Gutiérrez. Instituto Clodomiro Picado, Facultad de Microbiología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

El envenenamiento por mordedura de serpiente constituye un importante problema de salud pública en Centroamérica, donde ocurren cerca de 5.000 casos anualmente; Panamá presenta la mayor incidencia en la región. La gran mayoría de los casos son inducidos por especies de la familia Viperidae, siendo la más importante *Bothrops asper*, popularmente conocida como 'terciopelo' o 'barba amarilla'. Sólo un 1% de casos son provocados por serpientes de la familia Elapidae (Género *Micrurus*, popularmente conocidas como 'corales'). Los trabajadores agrícolas son el sector más afectado, predominando los accidentes en varones jóvenes. Los envenenamientos ocurren durante todo el año, pero la incidencia es mayor en la temporada lluviosa. Los venenos de serpientes coral induce principalmente parálisis neuromuscular por bloqueo a nivel post-sináptico; en los casos severos, ocurre parálisis respiratoria que puede ser fatal. Los venenos de serpientes de la familia Viperidae inducen un drástico cuadro de patología local, caracterizado por edema, hemorragia, necrosis de tejido muscular, formación de flictenas y dermonecrosis, asociadas con dolor intenso. El edema en ciertos compartimientos musculares puede llevar a un síndrome compartimental. De no administrarse a tiempo el tratamiento, estas alteraciones locales pueden llevar a secuelas permanentes como pérdida de tejido y disfuncionalidad de la extremidad mordida. Las alteraciones sistémicas en envenenamientos por vipéridos incluyen coagulopatías, hemorragia, alteraciones hemodinámicas y fallo renal agudo. La principal consecuencia fisiopatológica sistémica es el choque cardiovascular producto de la hipovolemia. Complicaciones de estos envenenamientos incluyen la necrosis tisular local, el accidente vascular cerebral, las infecciones y la sepsis. Las pruebas de laboratorio, sobre todo las asociadas a la valoración de la coagulación y de la función renal, así como el hemograma, juegan un papel importante en el diagnóstico y seguimiento de estos casos. Los venenos se caracterizan por una alta complejidad bioquímica que se asocia a este complejo perfil fisiopatológico.

53C. TRATAMIENTO DEL ENVENENAMIENTO POR MORDEDURA DE SERPIENTE EN CENTROAMÉRICA.

José María Gutiérrez. Instituto Clodomiro Picado, Facultad de Microbiología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

El envenenamiento por mordedura de serpiente se asocia a alteraciones fisiopatológicas variadas que requieren de un abordaje terapéutico integral. El diagnóstico, es decir la identificación de la familia a la cual pertenece la serpiente que causó la mordedura y la estimación de la severidad del accidente, deben basarse en criterios clínicos y de laboratorio objetivos. El eje central de la terapia de estos envenenamientos se basa en la administración intravenosa de anti venenos, ya sea el 'anticoral', para envenenamientos por corales, o el 'polivalente', para casos inducidos por vipéridos. La dosis inicial de anti veneno, para los productos del Instituto Clodomiro Picado (Costa Rica), es de 10 frascos. Esa dosis se diluye en solución salina (400 mL en adultos y 200 mL en niños) y se administra vía i.v., inicialmente a flujo lento, para detectar posibles reacciones adversas. No se recomienda el uso de pruebas intradérmicas para predecir las reacciones adversas por su pobre poder predictivo. En ausencia de reacciones adversas, a partir de los 20 minutos de tratamiento, se incrementa el flujo de infusión. En caso de reacciones adversas, se debe suspender temporalmente la administración del anti veneno y se administran antihistamínicos y esteroides por la vía i.v., o bien, si la reacción es fuerte, adrenalina por la vía s.c. Controlada la reacción adversa, se debe reiniciar la administración del anti veneno. Si al cabo de 12 horas no se ha controlado el sangrado o no se ha corregido parcial o totalmente la coagulopatía, en el caso de envenenamientos por vipéridos, se debe administrar una dosis adicional de 5 o 10 frascos de anti veneno. La terapia complementaria incluye profilaxis del tétano, antibiotioterapia, terapia de fluidos, tratamiento de las alteraciones renales y, en caso de síndrome compartimental, descompresión quirúrgica. La intubación endotraqueal y la ventilación mecánica deben considerarse en casos de envenenamiento neurotóxico.

59C. PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA: UNA INVESTIGACIÓN PRIORITARIA A NIVEL NACIONAL. DATOS PRELIMINARES.

Sonia Flores. Especialista en Medicina Física y Rehabilitación; Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Instituto Hondureño de Seguridad Social; Barrio Abajo, Tegucigalpa, Honduras.

La Agenda de Investigación 2012-2017 de los servicios de salud y unidades académicas de Medicina Física y Rehabilitación de Honduras contiene tres líneas prioritarias, incluyendo (1) Enfermedades crónicas no transmisibles y estilos de vida, (2) Derecho a la salud y los servicios de salud y (3) Línea institucional. Varios temas relacionados a la discapacidad fueron ponderados entre los primeros lugares en la línea (1). Enmarcados en la Agenda de Investigación, la Unidad de Investigación Científica y el Postgrado de Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas UNAH, diseñaron y ejecutaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar la prevalencia de discapacidad >1 año de evolución en la población económicamente activa (PEA) en las áreas de influencia de los médicos en servicio social (MSS) del período 2013-2014. La muestra incluyó 50 casas habitadas y habitantes 18-65 años, de quienes cada MSS obtuvo consentimiento informado. Cada MSS seleccionó la comunidad o vecindario de manera aleatoria. Se utilizaron tres instrumentos, uno para búsqueda activa de casos, otro para su caracterización y otro para evaluación de la respuesta institucional. Se utilizó la clasificación Internacional del Funcionamiento de Discapacidad y de Salud (CIF) y el cuestionario WHO-DAS II de OMS para evaluar limitación de actividad y restricción de participación en los últimos 30 días. Se contó con el apoyo financiero de una Beca Sustantiva de la Dirección de Investigación Científica, UNAH. Participaron 301 MSS y se evaluaron 207 unidades de salud. Se encuestaron 16,669 viviendas habitadas y se identificaron 39,171 personas de 18-65 años, 44.5% (17,435) hombres y 55.5% (21,736) mujeres, y 1,807 personas con algún grado de discapacidad, 1,199 (66.4%) mujeres y 608 (33.6%) hombres, para una prevalencia de 4.6% (IC95% 4.3-4.7). La prevalencia identificada es 1.7 veces mayor que la informada por el Instituto Nacional de Estadísticas de Honduras (2002). Los estudios de prevalencia pueden contribuir de manera efectiva a influir en las políticas públicas que benefician a las poblaciones afectadas.