

RESUMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES (C)

1C. ¿FUNCIONA EL BALÓN INTRAGÁSTRICO PARA LA REDUCCIÓN DE PESO? PRIMERA EXPERIENCIA EN POBLACIÓN HONDUREÑA. Silvia María Portillo, Gastroenteróloga, Centro de Enfermedades Digestivas, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

Según la Organización Mundial de la Salud para el año 2015 existían 2.3 billones de personas con sobrepeso y 700 millones de obesos en todo el mundo. El tremendo impacto de la obesidad en la salud cardiovascular y metabólica de la población y las enormes repercusiones que tiene en la economía de los países, ha llevado a la búsqueda urgente de soluciones definitivas a este problema. . Recientemente la FDA aprobó al balón intragástrico como una alternativa para pacientes con sobrepeso y obesidad Grado I-II, así como alternativa de reducción de peso en pacientes con obesidad mórbida que serían sometidos a cirugía bariátrica. El balón ejerce un efecto restrictivo en el estómago permitiendo la saciedad con porciones menores de alimento. Los mejores resultados se obtienen con apoyo nutricional y ejercicio. Los balones disponibles actualmente se introducen y extraen por vía endoscópica. Existen alternativas de balones con duración de 6 meses hasta un año, con volúmenes desde 500 a 950 cc, al igual que la alternativa del doble balón y los que son modificables. La reducción de peso después de los seis meses de implantación oscila en el rango de 9.3% al 21% del peso corporal. Los estudios muestran mejores resultados al seguimiento de dos años en el mantenimiento de la reducción de peso en los pacientes manejados con balón intragástrico y medidas dietéticas en los que únicamente cambiaron sus hábitos dietéticos. La complicación más importante que puede darse en 1% a 3% de los pacientes es la ruptura del balón. El vómito y leve malestar abdominal son las manifestaciones que se presentan los primeros 4 días después de la inserción. Nuestra experiencia de 18 meses con más de 30 pacientes en población hondureña muestra resultados similares a la literatura. Siendo un hallazgo muy importante la buena tolerancia y las pocas complicaciones en nuestro grupo de pacientes.

2C. PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN EN EL PRIMER MES DE VIDA. Luis Enrique Jovel Banegas, Pediatra Gastroenterólogo, Hospital Mario Catarino Rivas, Barrio el Playón; San Pedro Sula.

Después de 9 meses de embarazo la presencia del bebé nos llena a todos de un sin número de emociones como alegría, ternura, amor ... pero esos sentimientos traen consigo una gran responsabilidad, como ser el cuidado y la ali-

mentación la cual llena de angustia a los padres cuando el bebe comienza con los primeros síntomas relacionados a la alimentación como ser el llanto, la irritabilidad, la falta de expulsión de gases, los vómitos, la distensión abdominal, la dificultad para defecar y patrones alterados en la frecuencia coloración y consistencia de las heces ... Es el momento donde ya no todo es color de rosa y empieza la angustia de los padres y nosotros los médicos nos convertimos en la esperanza para la solución pronta y oportuna de estos problemas ; así que debemos de tener muy claro cuál es el comportamiento fisiológico gastrointestinal en este primer mes de vida. Entonces el objetivo de la charla es dar un breve repaso de la fisiología de la absorción y digestión, y como la inmadurez en estos procesos pueden desencadenar los síntomas antes mencionados y la mala comprensión de esto procesos llevar a tomar medidas que nos pueden llevar a un cuadro aún más severo como la alergia la proteína de la leche de vaca. Y como segundo punto demostrar como la lactancia materna es un factor protector para la disminución en la presentación de estos síntomas y cuáles serían las indicaciones de dar una fórmula de inicio o una fórmula especial como los hidrolizados extensos.

3C. MANEJO DEL SANGRADO DIGESTIVO ALTO EN LA EMERGENCIA. Raúl Zelaya Ramírez, Médico Especialista en Medicina Interna, Subespecialidad en Gastroenterología. Centro de Enfermedades Digestivas, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

La tasa anual por hemorragia digestiva aguda (HDA) es de 30 a 100 pacientes por cada 100.000 habitantes , aumentando hasta 200 por 100.000 en personas mayores de 80 años, con una mortalidad entre 3.5 y 7% en Estados Unidos y hasta 14 % en un estudio de Inglaterra. La mayoría de hemorragias altas son de causa no varicosa, siendo la ulcera péptica la patología más frecuente. A pesar del avance terapéutico y de la mejoría de la atención medica la mortalidad se ha reducido muy poco en los últimos 30 años, posiblemente por el incremento de la hemorragia digestiva en personas mayores de 60 años, la mayoría de las muertes no ocurren directamente por la hemorragia, están relacionadas con el deterioro de patologías crónicas y complicaciones asociadas a la hospitalización y procedimientos quirúrgicos. Los pilares del diagnóstico de la hemorragia digestiva continúan siendo: la anamnesis, exploración física y los datos de laboratorio. Los objetivos son determinar que el cuadro clínico de presentación es realmente una HDA, valorar la condición del paciente y detectar factores precipitantes y agravantes. El diagnóstico definitivo del origen de la HAD se establece

mediante la endoscopia digestiva alta que además proporciona datos pronósticos y permite una actuación terapéutica en el control del sangrado. La úlcera péptica es la causa más frecuente de hemorragia digestiva superior (50% de los casos), el 75 a 80% de los sangrados cesa en forma espontánea. Se ha utilizado la presencia de hematemesis, hematoquecia, la incapacidad de que el lavado digestivo se aclare y choque como indicadas de gravedad. Se han creado además varias escalas de puntuación como Glasgow Blatchford System y la puntuación de Rockall para clasificar los paciente en riesgo alto o bajo. El manejo terapéutico incluye medidas generales de reanimación y reposición de volumen y medidas hemostáticas específicas tanto endoscópicas como farmacológicas.

4C. ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: ACTUALIZACIÓN, Sandra Carolina Rivas Silva, Médico especialista en Pediatría y Gastroenterología Pediátrica; Centro de Enfermedades Digestivas, San Pedro Sula.

La Esofagitis Eosinofílica es una enfermedad crónica del esófago, mediada por mecanismos inmunes (reacción a antígenos), caracterizada clínicamente por síntomas de disfunción esofágica e histológicamente por inflamación predominantemente eosinofílica. Es la principal causa de disfagia en niños, adolescentes y adultos jóvenes. El diagnóstico de esta condición se realiza mediante histología (biopsias endoscópicas), siendo el criterio la presencia de >15 eosinófilos por campo de alto poder. Se deben excluir otras condiciones asociadas con eosinofilia esofágica, tales como reflujo gastroesofágico, eosinofilia que responde a inhibidores de bomba de protones y enfermedad de Crohn. Si no se maneja adecuadamente la inflamación eosinofílica induce fibrosis, angiogénesis y estenosis, resultando en remodelación con daño estructural y funcional del esófago. Las opciones de tratamiento con las que se cuenta son esteroides tópicos, dietas de eliminación y dietas elementales, y dilataciones esofágicas en los casos de estenosis secundaria.

5C. PHMETRIA CON IMPEDANCIA: EL ESTANDAR DE ORO PARA EL DIAGNOSTICO DE REFLUJO NO EROSIVO, Vilma Yessenia Portillo, Médico especialista en Gastroenterología, Hepatología, entrenamiento en Endoscopia. Medicina interna. Centro de Enfermedades Digestivas. Hospital de Valle. San Pedro Sula, Cortés.

La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) se define como el tránsito de contenido del estómago al esófago. Es un problema médico crónico, un 40% de la población experimentan síntomas al menos una vez al mes. La regurgitación de contenidos estomacales causa síntomas o compli-

caciones: síntomas esofágicos ó extraesofágicos. Muchos pacientes responden al tratamiento con inhibidores de bomba, estos no necesitan evaluación adicional para el diagnóstico. El alivio después de 6 sem de tratamiento sugiere ERGE con sensibilidad del 78% y especificidad 54%. Los no respondedores son un reto. Se debe realizar estudios: endoscopia en la cual podemos obtener hallazgos: Esófago de Barrett, Estenosis Péptica y Esofagitis erosiva. La detección de esofagitis erosiva ocurre en 30% de las endoscopias. En px con endoscopia normal se recomienda realizar monitoreo con Ph metria impedancia la cual es el gold estándar con sensibilidad del 77 al 100% y especificidad del 85 al 100%. La impedancia intraluminal detecta el movimiento del bolo intra luminal, esto se logra midiendo los cambios en la resistencia de una corriente eléctrica alterna conducida entre anillos. Líquido disminuye la imoedancia y el gas incrementa la imoedancia. Ph metria con impedancia se mide con una sonda, la cual tiene sensores, cual se coloca por 24 horas al paciente. Cuando no existen episodios de ERGE o tragos el catéter de impedancia entra en contacto con la mucosa esofágica. Se utiliza para el diagnostico de ERGE y ayuda a diferenciar los tipos de ERGE: acido, no acido y débilmente acido. Se realizan diagnosticos como Esófago hipersensible, pirosis funcional o ERGE. La Ph metria Imoedancia es un método sencillo y fácil de aplicar.

6C. COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGADA ENDOSCÓPICA (CPRE): EXPERIENCIA HONDUREÑA. Jorge Suazo Barahona, Médico especialista en Medicina Interna y Gastroenterología; Centro de Enfermedades Digestivas, San Pedro Sula.

La CPRE es una técnica en la cual un endoscopio de visión lateral se introduce hasta la ampolla de Vater y permite el paso de instrumentos a la vía biliopancreática. Mediante sondas se inyecta medio de contraste para visualizar los conductos biliopancreáticos y permite una serie de intervenciones terapéuticas. Es relativamente complejo debido a necesidad de equipamiento especial. Varias guías de consenso hacen hincapié en la correcta indicación del procedimiento. Debe realizarse por endoscopistas bien entrenados, con técnicas estandarizadas, con un consentimiento informado bien documentado y con una comunicación fluida antes y después del procedimiento. Con las técnicas modernas de diagnóstico radiológico, la CPRE es de preferencia un procedimiento terapéutico. No se debe realizar en la evaluación de dolor pancreatobiliar en ausencia de hallazgos objetivos en estudios de imagen o laboratorio. Tampoco se debe realizar rutinariamente antes de colecistectomía. Es de elección en fugas biliares y estenosis post quirúrgicas. Juega un papel importante en pancreatitis aguda recurrente; puede

identificar y a veces tratar la causa. También es efectiva en tratamiento de estenosis sintomáticas por pancreatitis crónica. Es útil en paliación de obstrucciones malignas. También es útil en el diagnóstico y tratamiento de litiasis pancreática o el drenaje de pseudoquistes sintomáticos. La CPRE se puede realizar con seguridad en niños y en mujeres embarazadas, situaciones en las que se debe minimizar la exposición a la radiación. Se asocia a algunas complicaciones comunes a todo procedimiento endoscópico, como reacción a fármacos, desaturación, accidentes cardiovasculares, hemorragia o perforación por paso traumático del instrumento y complicaciones específicas como pancreatitis, sepsis, hemorragia o perforación duodenal retroperitoneal. Estas se deben reconocer y manejar tempranamente, y se debe manejar una comunicación honesta y compasiva con el paciente y familiares. Finalmente presentamos una revisión de la experiencia en el Centro de Enfermedades Digestivas de 2003 a la fecha.

7C. NUTRICION EN PACIENTES CON PANCREATITIS

Grazia Maria Zacapa. Nutriologa. Hospital La Lima Medical Center.

La pancreatitis aguda es una de las enfermedades más frecuentes del páncreas. Es un proceso inflamatorio caracterizado por edema, infiltrado inflamatorio y en ocasiones necrosis grasa, que incluso puede afectar tejidos vecinos y órganos a distancia. El 80% de los pacientes con pancreatitis aguda cursan con un cuadro leve, mientras que el 20% restante se clasifica como pancreatitis aguda grave. La pancreatitis aguda es un estado hipercatabólico que produce una pérdida acelerada de peso, tejido adiposo y proteínas que fácilmente puede llevar a desnutrición, por lo cual el apoyo nutricional debe ser parte integral del tratamiento. El objetivo del tratamiento nutricional es proporcionar una nutrición adecuada con la mínima estimulación del páncreas. Los pacientes con pancreatitis aguda leve por lo regular pueden iniciar la vía oral de cuatro a cinco días después del comienzo del cuadro, entretanto no presenten dolor espontáneo y la perístasis sea adecuada. En estos casos la nutrición enteral o parenteral se utilizara solamente cuando la vía oral no sea bien tolerada. Por otro lado, los pacientes con pancreatitis aguda grave presentan una situación de stress hipercatabólica, hipermetabólica e hiperdinámica. En ellos la nutrición especializada está indicada desde el momento del ingreso ya que frecuentemente permanecen más de 7 días en ayuno. En estos pacientes, la nutrición enteral es la de elección mientras que la parenteral está indicada cuando

la enteral no puede ser administrada, en casos de intolerancia a la enteral, o si esta agrava la pancreatitis.

8C. ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LA PANCREATITIS AGUDA.

Josué Umaña Mejía, Médico Especialista en Gastroenterología y Hepatología. Entrenamiento en Endoscopia Terapéutica (Colangiografía y Ecografía Endoscópica). Centro de Enfermedades Digestivas, Hospital del Valle. Instituto Hondureño de Seguridad Social. San Pedro Sula.

La pancreatitis aguda se conoce al proceso inflamatorio que envuelve a las estructuras contenidas en la celda pancreática (glándula, mesenterio y vasos). Se clasifica en dos amplias categorías 1- Pancreatitis edematosa intersticial. 2-Pancreatitis Necrosante. Dependiendo de la gravedad se considera PA leve aquella que no presenta fallo orgánico, PA moderada cuando el fallo orgánico se resuelve antes de las 48 hrs desde el ingreso y PA grave cuando el fallo orgánico persiste por más de 48 hrs. En la evaluación inicial del paciente se debe estimar clínicamente la severidad del proceso con el objeto de estimar la pérdida de fluidos así como la presencia de fallo orgánico, para ello nos ayudamos de escalas como APACHE II y el score SIRS (Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica) entre otros. Una Tomografía Abdominal no está indicada de rutina salvo existan dudas diagnósticas y se debe reservar, en caso de ser necesario, para valorar posibles complicaciones a lo largo de la evolución del paciente. El tratamiento va encaminado al monitoreo del paciente, restitución hídrica (sobre todo en las primeras 24 horas) con el fin de corregir alteraciones electrolíticas o metabólicas. El control del dolor es especialmente importante ya que está demostrado que disminuye el SIRS y para lo cual se recomienda el uso de opiáceos IV como la morfina o el fentanilo. En la PA leve o moderada, la recuperación suele ser pronta y no requiere soporte nutricional, por lo que pasadas 24-48 hrs, se puede iniciar una dieta blanda baja en grasas y fibras. En el caso de PA grave, es imprescindible que se inicie una dieta enteral a través de una SNY o en caso de no conseguirse, iniciar nutrición parenteral. En estos casos está indicado 72 hrs después del ingreso, TAC abdominal para valorar posibles complicaciones (necrosis infectada, colecciones etc)

9C. DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DE LAS ENFERMEDADES TUMORALES DEL APARATO DIGESTIVO.

Luis Fernando Ramírez Medina Interna. Gastroenterología, Centro de Enfermedades Digestivas Hospital del Valle San Pedro Sula.

10C. MANEJO DEL SANGRADO POR VARICES ESÓFAGO-GÁSTRICAS. Raúl Zelaya Ramírez, Médico Especialista en Medicina Interna, Sub especialidad en Gastroenterología, Centro de Enfermedades Digestivas, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

La causa más frecuente de hipertensión portal es la cirrosis hepática de etiología alcohólica o relacionada con el virus B o C de la hepatitis. Independientemente de la causa de la enfermedad, el desarrollo de Hipertensión Portal precede a las complicaciones de la cirrosis. Al momento del diagnóstico de cirrosis la mitad de los pacientes presentan várices esofágicas que se pueden diagnosticar por endoscopia. A los 10 años 90% de los pacientes que sobreviven desarrollarán várices de esófago. La hemorragia digestiva por várices esófago-gástricas es la complicación aguda de mayor mortalidad y resulta de la ruptura varicial por aumento de la presión portal; la cual es producida por el incremento patológico de la presión hidrostática del sistema venoso portal. En las últimas 2 décadas, hay notables avances en el tratamiento farmacológico de la hipertensión portal, con la reducción del riesgo de sangrado al ser administrada en tempranamente incluso antes del primer episodio y en la prevención de la recidiva del sangrado. La terapia farmacológica se ha combinado con la terapia endoscópica. Existen también notables avances en la terapia endoscópica que ha evolucionado desde la esclerosis de varices esofágicas hacia la ligadura endoscópica con bandas elásticas en las varices esofágicas, lo cual se realiza en forma más rápida, cómoda y segura para los pacientes, permitiendo el control de las várices esofágicas sangrantes. En los últimos 10 años, la esclerosis intra varicial con cianoacrilato es una alternativa que ha demostrado ser eficaz sobre todo en el control de la hemorragia por várices del fondo gástrico.

11C. AVANCES ENDUROLOGÍA. David Moises Chiang, Urologo, Hospital Bendaña.

12C. CIRUGÍA PERCUTANEA Y LAPAROSCOPICA. Daniel Chinchilla, Urologo Hospital Bendaña. Hospital NMCR, Catedratico UNICAH.

13C. MONITORIZACIÓN NEUROFISIOLÓGICA INTRAOPERATORIA. Carmen Julissa Aguilar, Neurología Adultos Instituto Hondureño de Seguridad Social y Neurofisiología Clínica (MIR3), Hospital Dr. Negrin, Las Palmas, España.

La monitorización neurofisiológica intraoperatoria consiste en el uso de técnicas neurofisiológicas para la valoración de la integridad funcional de estructuras nerviosas. Poco a poco se valoran las ventajas de estas técnicas reduciéndose

el daño iatrogénico, mejorando la orientación funcional en las cirugías, la reducción de costes y el aumento de la calidad asistencial. La historia y fundamentos de la MIO se basa en los conocimientos de Penfield y Jasper en 1930 haciendo mapeo cortical cerebral en pacientes despiertos, Kelly (1965) con Potenciales evocados somatosensoriales sobre cortex expuesto, Merton y Morton 1980 haciendo estimulación eléctrica transcraneal y Baker en 1985 con estimulación magnética transcraneal. El objetivo primordial es la detección de daño neurológico. Para aprovechar al máximo las ventajas de estas técnicas es imprescindible el trabajo en equipo con las especialidades quirúrgicas y Anestesia. La monitorización neurofisiológica se traduce en integridad funcional de las vías neurológicas, mapeo, identificación puntual, preservación de tejidos neuronales y tratar las complicaciones durante el procedimiento operatorio. Se registran potenciales evocados transcraneales somatosensoriales (t-PESS) que valora vías largas sensitivas y están indicados en cirugías de riesgo mecánico directo, riesgo de irrigación de la vía; tiene la dificultad de observarse déficit motor sin alteración de los PESS y escaso valor en cirugía de raíces. También pueden registrarse potenciales evocados motores transcraneales que valora vías motoras largas y está indicada en cirugías en las que pueda comprometerse la corteza motora, cordones motores en medula. Se pueden explorar el reflejo de parpadeo que valora el arco reflejo del parpadeo (pares craneales V, VII y conexiones) y reflejo bulbo-cavernoso indicado en lesiones de cola de caballo. En cirugías de troncoencéfalo se usan los potenciales evocados motores transcraneales, los potenciales evocados motores corticobulbares, los PESS, electroencefalografía, reflejo de parpadeo y mapeo motor. En cirugías de columna se utilizan además técnicas de mapeo de raíces y tornillos pediculares. Las monitorizaciones son de muy distinta índole, ejemplos de algunas son: localización de la cisura de Rolando mediante potenciales evocados somestésicos en neurocirugía hemisférica, localización del área motora primaria, cápsula interna o área de lenguaje mediante estimulación eléctrica, localización del núcleo subtalámico u otros núcleos de los ganglios basales o talámicos para la colocación de estimuladores profundos de cara a tratar la enfermedad de Parkinson, temblores u otros movimientos anormales, electrocorticografía con el fin de hacer resecciones a demanda en cirugía de la epilepsia, registro EEG durante cirugías vasculares con el fin controlar lesiones isquémicas, confirmación de la adecuada localización de implantes eléctricos en núcleos cocleares para tratamiento sordera por lesión bilateral retrococlear, monitorización de vías sensoriales o motoras en cirugía cervical, de escoliosis u otras cirugías, monitorización de la cola de caballo o de raíces y monitorización de la indemnidad de troncos nerviosos.

14C. IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA. Claudia Karimer Alvarez Matute, Anestesiología. Hospital El Progreso.

La evaluación preoperatoria en la actualidad es de suma importancia para todo el paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica, ya que esta permite al anestesiólogo conocer el estado general, examen físico, los antecedentes personales patológicos, sus exámenes de laboratorio y de gabinete y con estos poder establecer el riesgo quirúrgico y hacer un plan anestésico; y a la vez brindarle toda la información pertinente al paciente y despejarle sus dudas con respecto al manejo anestésico. El consentimiento informado es crucial en el preoperatorio, y todos los pacientes deben de estar enterados y de acuerdo con el tipo de anestesia que van a recibir. Cuando hablamos de evaluación preoperatoria, surgen muchas dudas y discrepancias con respecto a ¿Quién debe realizar esta evaluación, el médico internista o el médico anestesiólogo? ¿Cuándo debemos realizar esta evaluación? Pues las respuestas pueden variar, pero en realidad todo el manejo preoperatorio debe ser en conjunto. Según la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) la evaluación preoperatoria debe ser realizada un día previo a la cirugía en pacientes sometidos a grandes cirugías o en pacientes con patologías graves asociadas, y el resto pueden ser ejecutadas el mismo día de la cirugía. La evaluación por el médico internista se debe realizar por lo menos una semana antes de la cirugía, y con esto garantizar que el paciente se encuentre en las mejores condiciones posibles para el momento del acto quirúrgico. Hay que tomar en cuenta que la mayoría de los errores se cometen por una evaluación preoperatoria incompleta del paciente y no por falta de capacitación de los profesionales, estos errores perjudican directamente al paciente y comprometen ética y legalmente al médico. La mayoría de ellos no implica ningún gasto o examen adicional, sino solo una actitud más reflexiva respecto al actuar médico.

15C. ANESTÉSICOS LOCALES, MEZCLAS Y DILUCIONES. Joel Ricardo Chávez G. Servicio de Anestesiología. Hospital Nacional Mario Catarino Rivas. Médico Especialista Staff Hospital del Valle.

Los anestésicos locales (AL) son muy utilizados en procedimientos menores sobre todo en pacientes ambulatorios. Por tal condición se ha recurrido a la dilución y mezcla de AL para realizar procedimientos quirúrgicos mayores. Su mecanismo de acción impide la conducción de impulsos eléctricos de forma transitoria y predecible¹. Se clasifican según su estructura química y características clínicas en: Tipo é-

teres: cocaína, tetracaína, procaína; Tipo amida: lidocaína, bupivacaína, mepivacaína, ropivacaína. De las amidas hay más opciones para combinar, prefiriendo AL con diferente potencia y latencia. Poseen cinética bicompartimental, con metabolismo microsomal hepático y excreción renal. La potencia se determina por la concentración del AL (duración). La Latencia (inicio de acción) está condicionada por el pKa del fármaco, también está relacionada con la dosis utilizada y uso de coadyuvantes, como la adrenalina 1:200.000, disminuye la velocidad de absorción de los AL lo que aumenta en un 50% la semivida (dependiendo de la vascularización de la zona infiltrada); el bicarbonato, disminuye el tiempo de latencia, potenciando el rápido inicio de acción. Alcalinizando el pH de la solución aumenta la proporción de fármaco en forma básica, no iónica, mejorando la tasa de difusión a través de la membrana. El volumen y concentración de los AL aumenta la calidad de la analgesia y disminuye la latencia. Al diluir los AL en un volumen conocido extiende la analgesia. Si se mezcla lidocaína y bupivacaína se ha demostrado un rápido inicio de acción con mayor tiempo de anestesia y analgesia. En ningún caso hay que creer que la asociación disminuye los efectos tóxicos, tales como ser náuseas, vómito, inquietud, ansiedad, tinnitus, delirio y/o convulsión.

16C. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CHOQUE. Geraldina Gross. Anestesiología. Hospital Nacional Mario Catarino Rivas.

El choque es un síndrome con deterioro de la oxigenación y perfusión tisular relacionado con una variedad de etiologías. Se requiere de un pronto reconocimiento del choque así como de una intervención temprana efectiva para prevenir la lesión irreversible, la disfunción orgánica y la muerte. Uno o más de los siguientes mecanismos pueden resultar en oxigenación y perfusión tisular inadecuadas. Una disminución absoluta o relativa en el aporte de oxígeno sistémico (gasto cardíaco inapropiado, bajo contenido de oxígeno en la sangre) Perfusión tisular ineficaz (mala distribución del flujo sanguíneo a los tejidos o presión de perfusión inadecuada) Deterioro del uso del oxígeno aportado (disfunción celular o mitocondrial) El choque se produce cuando el balance del oxígeno se perturba y la demanda supera el aporte. No se define por hipotensión, aunque esta se asocia, por lo general, con choque. Inicialmente en algunos pacientes con choque, la presión arterial puede ser normal incluso si ha caído de manera significativa con respecto a la basal, o puede ser preservada debido a las respuestas simpáticas compensatorias. El manejo del choque debe orientarse hacia la corrección del balance de oxígeno y la hipoperfusión como objetivos primarios.

17C. IMPACTO DE LA ANESTESIA EN EL CEREBRO EN DESARROLLO. Carolina Haylock L. (Anestesióloga, Intensivista, Medicina Del Dolor), Unidad Intervencionista Del Dolor (U.N.I.D.), Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

La publicación de un número creciente de estudios clínicos y preclínicos que evidencian de manera variable el impacto de los anestésicos en el cerebro en desarrollo, permite que como anestesiólogos y especialistas del perioperatorio tengamos la tarea de estar en conocimiento de esta situación, del enfoque correcto de los hallazgos actuales y atentos a cambios cognitivo conductuales que se puedan dar en los pacientes más allá de la inmediatez. Anualmente se utilizan en todo el mundo anestésicos generales y sedantes en cientos de miles de recién nacidos y niños durante las intervenciones quirúrgicas, en procedimientos invasivos, y para realizar estudios imagenológicos, pero poca certeza se tiene sobre sus efectos en el cerebro en desarrollo. Una cantidad creciente de datos procedentes de estudios en animales, sugieren que bajo ciertas circunstancias, como la anestesia prolongada, estos medicamentos podrían afectar de manera adversa el desarrollo social, neurológico y cognitivo de los recién nacidos y niños pequeños. El peso de la evidencia de los estudios publicados en humanos y animales, es variable, en las revisiones de Hansen et al Enero/2016 (Acta Anaesthesiologica Scandinavica), Saunders et al 2013 (British J Anaesth), Patel et al. Abril/2009 (Anesthesiology), entre otros, se identifican 55 estudios con roedores, siete estudios de primates, y nueve estudios clínicos de interés y discuten los posibles mecanismos de lesión y las opciones para las estrategias de protección y concluyen que mientras los datos preclínicos demuestran de forma consistente la marcada apoptosis que se observa en el sistema nervioso después de la exposición anestésica y la vulnerabilidad del cerebro de los primates a este fenómeno, datos que no dejan de preocupar pero que en el ser humano no se han logrado demostrar totalmente. En esta revisión, se evalúa la evidencia de los efectos de los anestésicos de uso común en la estructura neuronal y la función neurocognitiva en los seres humanos en etapa temprana y los animales recién nacidos y su impacto a corto, mediana y largo plazo, además de sugerir recomendaciones prácticas.

18C. AVANCES EN ANESTESIA REGIONAL GUIADA POR ULTRASONIDO; CASO DE BLOQUEO LUMBAR Y CIÁTICO PARA REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE CADERA. Carlos Espinoza Cruz, Doctor en Medicina y Cirugía Especialista en Anestesia Reanimación y Dolor, Instituto Hondureño de Seguridad Social HRN San Pedro Sula.

La primera imagen por ultrasonido se obtuvo 1937 luego se utilizó para hacer diagnósticos basados en que el sonido no audible para el humano se transmite como vibración longitudinal o transversal, este fenómeno ondulatorio sufre absorción, reflexión y refracción en los tejidos, las ondas que retornan al transductor en imágenes para identificar las estructuras anatómicas para realizar bloqueos nerviosos con alta eficacia y precisión. Para este caso podemos ejemplificar el caso de una femenina 85 años, con diagnóstico de CA mama, metástasis pulmonar, ICC, quien hace 15 días sufre fractura intertrocantérica en cadera derecha y shock hipovolémico secundario fue manejada en unidad cuidados intermedios, se estabiliza y en un periodo de 5 días presenta 2 cuadros de trombo embolismo pulmonar y falla cardíaca, manejada con vasopresores, anti-coagulación terapia respiratoria, clínicos dan pronóstico malo, no recomiendan manejo quirúrgico de fractura; Evaluamos Riesgo anestésico ASA IV/VI, y Cardíaco GOLMAN III, Signos P/A=115/74, P=120 SpO₂=92% Fio₂ 80%, Glasgow 15/15, lordosis severa, pulmones hipo-ventilados, cadera con equimosis extensa y dolor severo, Hb=10mg/dl, Plaquetas=154,000, Tp=18, Tpt=80, INR=2. Exploramos (USG SONOSITE Sonda lineal L38) región Inguinal se aplica Lidocaína 1%, 7ml nervio femoral y 5 ml nervio obturador, se traslada a quirófano en decúbito lateral izquierdo se bloquea nervio lumbar previo exploración se detecta Psoas 4.5 cm, Infiltramos con aguja Stimuplex 120 mm con neuro-estimulación a 0.5 Miliamperios, Ropivacaína 0.5% 20 ml, luego nervio ciático con neuro-estimulación 0.35 Miliamperios 10 ml Ropivacaína 0.5%, trasladamos a mesa con tracción y se realiza Reducción y Osteosíntesis con placa y tornillo deslizante se mantiene estable con sedación Ramsey I, sale sin complicaciones Por lo tanto se recomienda el uso del USG extiende las posibilidades para bloqueo anestésico eficaz y seguro con bajo costo, además brinda la posibilidad de manejar pacientes que tienen contraindicaciones absolutas de técnica anestésicas tradicionales; recomendamos incluir en la evaluación preoperatoria al anestesiólogo y los casos más complejos requieren manejo en equipo incluyendo un anestesiólogo regionalista.

19C. ABORDAJE DEL DOLOR. Maria Interiano, Anestesióloga. CEMESA, San Pedro Sula, Honduras.

El dolor es la primera causa de consulta a nivel mundial, el 83 % de los pacientes padecen de dolor crónico es uno de los padecimientos que más preocupa y afecta a las personas, tiene gran impacto individual, familiar, laboral, social y económico. Actualmente su prevalencia va aumentando. Hay factores que aumentan la tolerancia al dolor como alcohol, analgésicos, creencias, etc.; así como factores que lo disminuyen como la fatiga, ansiedad, patrones culturales en la actualidad solo un 10 % de los médicos conocen como evaluar y tratar el dolor. El 50% de los pacientes reciben analgesia insuficiente. Esto ha creado un interés ferviente de las sociedades de anestesia en la educación y enseñanza del manejo y abordaje básico del dolor, el cual debe de ser multidisciplinario, puesto que solo los programas integrales han demostrado su eficacia y costo-efectividad. Por lo que el manejo debe de realizarse por horario, conociendo toda la fisiología del dolor y farmacología de los medicamentos analgésicos que se sugiere en base a la escalera del manejo del dolor brindada por la OMS el conocimiento básico de ello más el trabajo en equipo nos llevara al manejo adecuado del dolor, con disminución del porcentaje de dolor crónico, resultados óptimos para el paciente y satisfacción personal y de equipo. En un futuro la meta será tener: hospitales sin dolor.

20C, SÍNDROME DE APNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO; UN ENFOQUE OTORRINOLARINGOLÓGICO.

Enrique Adolfo Cruz Maradiaga, Médico especialista en Otorrinolaringología; Clínica La Granja, Tegucigalpa, Honduras.

El Síndrome de Apnea obstructiva del sueño es uno de los trastornos respiratorios relacionados al sueño que se presentan con gran frecuencia en niños y en adultos.- Este trastorno se caracteriza por el repetitivo colapso de las estructuras respiratorias superiores durante el sueño, este colapso resulta en la desaturación parcial o completa de oxígeno hacia los pulmones.- El Síndrome comenzó a describirse por Burwell, Robin, Waley and Bickelmann en 1956, siendo llamado Síndrome de Pickwick, hacia los años 60 se comenzó a estudiar el Síndrome mediante técnicas polisomnográficas y con ello se describió la relación de las apneas e hipopneas en el desarrollo de la enfermedad Síndrome de Apneas e Hipopneas Obstructivas del Sueño.- Se presume que cerca de un 1.5 -5.5% de la población pediátrica y más aun un 15-20% de los adultos experimentan trastornos respiratorios relacionados al sueño en algún momento de sus vidas. El Otorrinolaringólogo posee la facilidad de estudiar estos fenómenos obstructivos de la vía aérea superior de primera

mano, al realizar el examen físico de la nariz, rinofaringe, Orofaringe e Hipofaringe mediante métodos video endoscópicos en vigilia y durante el sueño; la nasofibrolaringoscopia sumada a la Polisomnografía proporcionan los elementos básicos para hacer el diagnóstico de este síndrome y a partir de ahí escoger el método de tratamiento que mejor se acomode a las necesidades del paciente.- Hasta hoy día los tratamientos de elección los han constituido diversos procedimientos que corrigen defectos anatómicos a nivel de nariz; Orofaringe y lengua; relegando los tratamientos no invasivos a un segundo plano debido a su baja tasa de efectividad, a excepción del CPAP el cual confiere al usuario una tasa de mejoría que supera en 80% los trastornos hipoxémicos sin embargo no llega a resolver los defectos anatómicos.

21C. REHABILITACIÓN QUÉ ES Y PARA QUÉ SIRVE?

Sandra Corleto. Médico Especialista en Fisioterapia y Rehabilitación, Centro de Unidades Médicas, San Pedro Sula.

22C. ACTUALIDAD DE LA MEDICINA FORENSE EN CENTRO AMÉRICA.

Franz Vega Médico Especialista en Medicina Forense, Director de Instituto de Medicina Forense Costa Rica.

23C. NUEVAS TÉCNICAS EN MEDICINA FORENSE.

Franz Vega. Médico Especialista en Medicina Forense, Director de Instituto de Medicina Forense Costa Rica.

24C. ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO.

Onix Arita Melzer, Internista-Endocrinóloga, Miembro Comité Ejecutivo Asociación Latinoamericana De Diabetes (Alad).

La Diabetes Mellitus Tipo 2 enfermedad crónica, progresiva, poligénica y multifactorial caracterizada por niveles elevados de glucosa en plasma, que deriva de defectos en la acción, deficiencia en la producción de insulina o ambos por la célula B del Páncreas, y que involucra otros mecanismos fisiopatogénicos, descritos por el Dr. Ralph de Fronzo en lo que ahora conocemos como el Octeto Ominoso, donde defectos puntuales en diferentes órganos contribuyen al desarrollo de la Diabetes Mellitus Tipo 2. La prevalencia de esta enfermedad se ha incrementado de forma alarmante en las últimas décadas en todo el mundo, debido a cambios diabetogénicos en el estilo de vida, Sedentarismo, Alimentación Inadecuada, adicciones, que promueven obesidad, y consecuentemente Sd. Metabólico, Prediabetes y Diabetes, todas estas condiciones asociadas a Elevación significativa en el Riesgo Cardiovascular. Actualmente se registran aproximadamente 400 millones de pacientes con Diabetes

en el mundo, y para el 2040 esta cifra se habrá elevado a 640 millones. En Honduras la Prevalencia de tamizajes aislados, y registros urbanos de la OMS la prevalencia es aproximadamente 8.5%, sabiendo que por cada paciente diagnóstico hay 2 que son y no saben, además de todos los pacientes con alto riesgo de desarrollar la enfermedad en pocos años. Lo preocupante de estas cifras, es que se sabe que la Diabetes es la primera causa de ceguera en adultos, de amputaciones no traumáticas, de Diálisis por enfermedad Renal Terminal, Neuropatías y vasculopatías incapacitantes y morbimortalidad Cardiovascular. Todo esto conlleva a Elevados Costos en Salud a nivel estatal, Socio-Laboral Familiar e Individual. En la Última década nuevas moléculas han surgido para contribuir en el tratamiento de esta enfermedad, y lograr un mejor control metabólico, equivalente en promedio a HbA1c menor de 7%, sumándose a terapias convencionales ya existentes, como metformina, sulfonilureas, e insulinas convencionales. Los Inhibidores de DPPIV, los Análogos del receptor de Glp1, Los inhibidores de SGLT2, e Insulinas análogas, son familias de medicamentos disponibles para contribuir a un mejor control de la enfermedad, aunque los costos elevados de estas terapias, no permiten que estén al alcance de la población general. El manejo adecuado del paciente Diabético debe de involucrar un equipo multidisciplinario para educar de forma continua a estos pacientes y sus familiares, y debe de incluir Médico, Educadores en diabetes, enfermeras, Psicólogos, Nutriólogos, asesoría en educación física que hagan posible los cambios permanentes en el estilo de vida que junto a un esquema farmacológico adecuado e individualizado logren las metas en el control de los niveles de glucosa y todos los Factores de Riesgo Cardiovascular asociados como niveles de Presión Arterial, niveles lipídicos, peso, abolir sedentarismo, tabaquismo y otras adicciones., con el objetivo de reducir el Riesgo Cardiovascular Global. El médico debe de ser capaz de identificar la etapa de la enfermedad, la reserva pancreática de insulina, para indicar esquemas adecuados de tratamiento que pueden ir desde monoterapia, terapia combinada de orales y la indicación oportuna de Insulina cuando esta sea necesaria, siempre en combinación con hipoglucemiantes orales. La Diabetes Mellitus requiere atención del Sistema Nacional de Salud , involucrar personal de atención primaria, incluir programas de detección para hacer prevención primaria, Educación a población general en estilos de vida sanos desde la infancia, con la colaboración e inclusión de sociedad civil, ministerio de educación, núcleo familiar, para lograr un impacto en la reducción de la prevalencia de esta enfermedad, y con ello disminución en las devastadoras complicaciones generadas por el daño Endotelial generalizado e irreversible que produce esta enfermedad cuando no se detecta y no se trata oportunamente.

25C. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA DIABETES MELLITUS. Lennyn Alvarenga. Cirujano. IHSS Cirujano HLLMC. Subespecialidad Cirugía Bariátrica ESP.

Según la OMS la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el cuerpo no la utiliza eficazmente. En el 2014 el 9% de los adultos a nivel mundial la padecía. Su tratamiento es amplio e incluye cambios en el estilo de vida, dejar de fumar, hacer ejercicio, dieta hipocalórica y varios medicamentos orales e insulina, pero sin lograr remisión de la patología. La cirugía bariátrica para la obesidad mórbida, con el paso del tiempo evidencio que los pacientes mientras bajaban de peso, mejoraban de sus comorbilidades, especialmente la DMT2. Para 1995 existen publicaciones con remisión después de un bypass gástrico aunque aún no estaba clara la razón para ello. Se plantearon hipótesis como que la reducción en la ingesta de alimentos y la consecuente pérdida de peso era la causa, pero no explicaba porque mejoraban desde los pocos días de operados cuando aún no ha ocurrido la pérdida de peso; descubriendo así que al desviar los alimentos, se inhibe la liberación de sustancias diabetogénicas en el intestino proximal, logrando reducir la resistencia a la insulina y restaurar la tolerancia a la glucosa. También se liberan sustancias antidiabetogénicas (incretinas: GLP-1, PYY) en el intestino distal, las que estimulan el páncreas favoreciendo la liberación de insulina, disminuyendo la producción de glucagón, consiguiendo que el hígado produzca menos glucosa y mejorando la diabetes por varias señales hormonales. Las tasas de remisión de la diabetes con cirugía varían desde 64% hasta 91.6%. La federación internacional de la diabetes, en el 2011, considera la cirugía bariátrica como un tratamiento efectivo, seguro y rentable económicamente para personas con DMT2 y obesidad que no alcanzan las metas recomendadas con terapias médicas, especialmente en presencia de otras comorbilidades mayores.

26C. NUTRACÉUTICOS: COADYUVANTES EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS. Edwin García. Especialidad Psiquiatría, UNAH-VS, Clínica Los Andes, San Pedro Sula.

Los productos nutraceuticos representan hoy día una alternativa en creciente aumento por los beneficios en la salud que han sido documentados científicamente. Presentamos una revisión sobre la base de estudios clínicos que demuestran con información basada en evidencia el impacto de estos productos. Los avances médicos han permitido generar líneas de investigación que aportan novedosos conocimientos desde la perspectiva de la metabolómica acerca

del papel de los metabolitos en una célula, tejido, órgano u organismo que son producto de los procesos celulares. Las enfermedades crónicas degenerativas tienen como factor común procesos inflamatorios celulares de manera que los nuevos tratamientos para estas enfermedades crónicas involucran el uso de productos naturales como el omega-3, tocotrienoles, precursores de óxido nítrico, etc. El uso de estos productos como coadyuvantes al tratamiento farmacológico ha demostrado mayores tasas de eficacia y seguridad en estudios preclínicos y clínicos de la epilepsia, el dolor neuropático, la osteoartritis, la depresión, cáncer e hígado graso no alcohólico. Sus beneficios clínicos adicionales incluyen reducción de los niveles de TNF y otras citocinas inflamatorias. Investigaciones recientes han demostrado altas tasas de comorbilidad entre enfermedades como la depresión mayor y fibromialgia; dos entidades clínicas muy relacionadas por el hecho de que estos trastornos comparten múltiples bases biológicas y ambientales. Es decir, a partir de estresores ambientales y la vulnerabilidad genética compartida se manifiestan condiciones que inciden sobre la regulación monoaminérgica, glutamatérgica, neurotrófica, opiáceos y la señalización de citoquinas inflamatorias, por lo tanto, la desregulación de las vías inflamatorias de estrés / promueve alteraciones en los circuitos del cerebro que modula el estado de ánimo, el dolor y la respuesta al estrés. En conclusión, mostraremos evidencia de como las enfermedades crónicas degenerativas están influenciadas por la respuesta al estrés y el impacto de los productos nutraceuticos aportando más bienestar y un alto perfil de seguridad.

27C. OBESIDAD FARMACOLOGÍA DE LA OBESIDAD, MITOS Y REALIDADES". Juan Daniel Rodríguez Choreño, Médico Cirujano, Maestría en Ciencias. Certificado como experto Internacional (COBELAT) por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obesidad.

La obesidad es una enfermedad crónica incurable controlable factor de riesgo de otros padecimientos como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, dislipidemias, algunos tipos de cáncer, osteoporosis, entre otras. Debido a causas básicas (*entorno social, urbanización, cultura, estructura política*) causas subyacentes (*educación, estilos de vida, aumento en la disponibilidad de recursos*) y causas inmediatas. (*Factores genéticos, aumento en el consumo de energía y sedentarismo*) (Popkin) La incidencia y prevalencia de la obesidad demuestran que los esfuerzos en política de prevención no han sido suficientes. Es preciso re-dimensionar el problema y plantear estrategias de asistencia médica de primer contacto que permitan dar resultados concretos a más corto plazo. En aquellos pacientes con sobrepeso u obesidad, que no responden a las

medidas de dieta hipocalórica y ejercicio, la farmacoterapia anti-obesidad está indicada. Los fármacos contra la obesidad, disminuyen el hambre o estimulan la saciedad, reducen la absorción de nutrientes o aumentan el gasto energético. (Journal of Obesity. Volume 2011, Article ID 179674, 18 pages doi:10.1155/2011/179674. Pharmacotherapies for Obesity: Past, Current, and Future Therapies. Lisa L. Ioannides-Demos, Loretta Piccenna, and John J. McNeil) Desde 1998, los pacientes con sobrepeso u obesidad son asignados a programas para alcanzar una pérdida del 5% al 10% de su peso basal y la pérdida de peso debe ser sostenida por un periodo de 1 año. La terapia farmacológica puede ser utilizada. (US department of Health and Human Services. Public Health Service National Institutes of Health Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of overweight and obesity in adults. NIH Publication. No. 98-4083. 1998) La curación de la obesidad es infrecuente y, por lo tanto, el objetivo del tratamiento es la paliación. Los médicos no esperan curar enfermedades como la hipertensión o la hipercolesterolemia con medicamentos. Cuando se interrumpen las medicaciones de cualquiera de estas enfermedades, los médicos esperan que la enfermedad recurra. Esto significa que los fármacos sólo actúan cuando se toman. Si se desarrollase tolerancia, los fármacos perderían su eficacia o se requeriría incrementar las dosis para mantener la pérdida de peso del paciente. Esto no ocurre (SAUNDERS Psychiatr Clin N Am 28 (2005) 193 – 217 Tratamiento farmacológico de la obesidad. George A. Bray, MD Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica).

28C. NUEVA EPIDEMIA DE CENTROAMÉRICA: LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. Manuel Rocha Medicina Interna, Nefrología. HNMCR y Dialísis de Honduras.

Informes recientes han descrito una epidemia de Insuficiencia Renal Crónica a lo largo de la América Central, a tal grado que la Insuficiencia Renal Crónica es una de las principales causas de muerte entre trabajadores en las comunidades agrícolas de baja altitud en esta región, que afecta principalmente a trabajadores jóvenes previamente sanos. Los episodios repetidos de la disfunción renal aguda son la hipótesis de ser uno de los posibles mecanismos de este fenómeno. Se asocia una combinación de deshidratación, inflamación sistémica, estrés oxidativo, rhabdomiólisis, uso de nefrotóxicos principalmente Antiinflamatorios no esteroideos y a veces aminoglucósidos, así como la rehidratación con bebidas azucaradas, en su mayoría artificiales. Dado el muy alto costo y la limitada disponibilidad de terapias de reemplazo renal en esta región, la Insuficiencia Renal Crónica es a menudo un diagnóstico terminal, y constituye en términos de Salud Pública una emergencia nacional, por lo

que es urgente la identificación de una causa modificable. Hablamos de la epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en esta región, comentarios sobre las características clínicas de este brote de Insuficiencia Renal Crónica, posibles causas y las pruebas que apoyan estas hipótesis y destaca las implicaciones más amplias de esta epidemia de Insuficiencia Renal Crónica.

29C. NUEVAS TERAPIA EN ANEMIAS. Oscar Galeano. Hematólogo Hospital CEMESA, San Pedro Sula, Honduras.

30C. DETECCIÓN ECONÓMICA DE ENFERMEDAD RENAL: EL EXÁMEN GENERAL DE LA ORINA. Manuel Rocha, Medicina Interna. Nefrología. Hospital Nacional Mario Catarino Rivas y Dialisis de Honduras; San Pedro Sula, Honduras.

El exámen general de la orina sigue siendo de gran importancia en el estudio del paciente cuando se efectúa debidamente y a partir de una muestra de orina obtenida en óptimas condiciones. La finalidad de realizarlo es descubrir alteraciones sistémicas que en presencia de una función renal normal, se acompaña de la excreción de metabolitos anormales, o de cantidades anormales de metabolitos normales, asimismo detectar la presencia de enfermedades del aparato urinario. Su uso es generalizado, en muchos casos sin una razón para hacerlo, más que como tamizaje para detectar enfermedades subclínicas. El exámen general de la orina incluye: exámen físico, exámen químico, exámen microscópico y estudios especiales. La muestra debe recolectarse en condiciones ideales, con aseo genital apropiado, preferiblemente tomado de la primera orina al levantarse por la mañana, de la segunda mitad de la micción, y en las mejores.

31C. ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO. Jorge Ortega, Servicio de Neurocirugía, Hospital Nacional Mario C. Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

El Ictus se define como un evento patológico cerebral agudo, de origen vascular, que se traduce en una alteración del estado neurológico previo. El Ictus isquémico representa del 70 a 80% de todos los ictus y ha llegado a convertirse en la primera causa de incapacidad física, no traumática, en la población mayor de 40 años. La etiología es aterotrombótica en un 25% y cardioembólica en otro 25%. La presentación clínica es muy variada y dependerá no sólo de la extensión del compromiso vascular cerebral, sino también de su localización. El inicio de tratamiento debe ser inmediato asegurando la vía aérea, la ventilación y velar por mantener una adecuada presión de perfusión cerebral. Debe describirse el

estado neurológico determinando el estado de alerta (Glasgow), y cualquier deficiencia motora, sensitiva o cognitiva. Una vez que el paciente se encuentre en una condición estable deberá realizarse una tomografía cerebral o un estudio por resonancia magnética, dependiendo de la disponibilidad y de la experiencia. El objetivo de los estudios de neuroimagen es la de descartar la presencia de hemorragia y, localizar y delimitar la zona de isquemia. El tratamiento definitivo dependerá del tiempo de evolución y de la disponibilidad del soporte tecnológico y el personal médico especializado. Hoy en día la realización de la trombectomía endovascular ha demostrado ser el tratamiento de elección en un grupo seleccionado de pacientes. En conclusión el tratamiento primario de los pacientes consiste en la estabilización de su estado ventilatorio y hemodinámico, pero el tratamiento definitivo deberá realizarse en un centro que cuente con el equipo humano y tecnológico especializado.

32C. SINDROME EPILÉPTICO. Marco Tulio Medina Medicina Interna, Neurología. UNAH y Hospital Escuela Universitario, Facultad de Ciencias Medicas UNAH, Tegucigalpa.

33C. LESIONES NERVIOSAS PERIFÉRICAS. Pedro Reyes, Neurocirujano. Asociación de Neurocirugía, IHSS-RN, San Pedro Sula.

34C. PRUEBAS NEUROFISIOLÓGICAS Y SUS APLICACIONES. Carmen Julissa Aguilar, Neurología Adultos Instituto Hondureño de Seguridad Social y Neurofisiología Clínica (MIR3), Hospital Dr. Negrin, Las Palmas, España.

La neurofisiología clínica es un conjunto de técnicas de estudio y valoración de las funciones fisiológicas y patológicas del Sistema Nervioso (Central, Sensorial, Vegetativo y Neuromuscular). Se fundamenta en los conocimientos de las neurociencias básicas, tiene como objetivo la exploración funcional del sistema nervioso, utilizando las técnicas de electroencefalografía, electromiografía, polisomnografía, potenciales evocados, de magnetoencefalografía, así como de neuromodulación, con fines diagnósticos, pronósticos y terapéuticos. Por lo tanto comprende el estudio, valoración y modificación funcional del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos y musculares, tanto en condiciones normales como patológicas. El campo de acción de la neurofisiología clínica, sin perjuicio de otras especialidades, abarca todas las patologías del sistema nervioso. La afectación primaria o secundaria del sistema nervioso está incluida entre las áreas de actuación de la mayoría de las especialidades médicas y quirúrgicas (pediatría, traumatología, neurología, neurocirugía, psiquiatría, reumatología, neumología, medici-

na interna, rehabilitación, otorrinolaringología, oftalmología, medicina intensiva, medicina legal, medicina del trabajo etc, por lo que todas necesitan exploraciones neurofisiológicas, que confiere a la neurofisiología el carácter de servicio central que asimismo contribuye a la investigación médica en todas las áreas con las que está relacionada. La electroencefalografía valora la función eléctrica cerebral cortical y puede registrar la presencia de patrones anormales de la actividad cerebral, contribuyendo al diagnóstico y pronóstico de las epilepsias, también es útil para determinar afectación cortical por procesos metabólicos, encefalopatía hipóxica cerebral, vasculares y muerte cerebral. La electromiografía y estudio de conducción nerviosa valora la función muscular y estado de raíces y nervios periféricos, diferenciando patología neuromuscular, espinal y de nervio periférico. El estudio de los potenciales evocados valoran la respuesta del sistema nervioso central a un estímulo externo (Visuales, auditivos, somatosensoriales). Cada día son más demandadas en neurofisiología clínica las monitorizaciones quirúrgicas. Su objetivo consiste en comprobar mediante diversas técnicas la funcionalidad de las distintas estructuras nerviosas tanto centrales como periféricas durante intervenciones quirúrgicas con el fin de establecer su estado preoperatorio, tratar de preservar su indemnidad durante el acto quirúrgico y establecer un pronóstico postoperatorio.

35C. VHIT: NUEVA TECNOLOGÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL VÉRTIGO. Silvia Ventura, Otorrinolaringóloga, Clínica de Especialidades de Cuello y Garganta, San Pedro Sula.

El sistema de mantenimiento del equilibrio es uno de los más complejos del organismo, no en vano nuestra especie ha tardado miles de años en ganar la bipedestación. No es de extrañar pues que el vértigo, el mareo y el desequilibrio constituyan una de las patologías que con más frecuencia se presenta en la clínica diaria: se dice que entre el 25 y el 40% de la población acudirá al médico en algún momento de su vida por presentar uno de estos síntomas. El diagnóstico del paciente vertiginoso es siempre un reto tanto para el médico general como para el especialista. Las pruebas vestibulares se realizan para valorar la funcionalidad de la región del oído interno encargada del equilibrio. Antes del 2013, no existía una manera de poder evaluar el sistema vestibular incluyendo los 6 canales semicirculares (Anterior, Posterior, Lateral). Las pruebas existentes hasta ese momento permitían la evaluación únicamente de los canales semicirculares laterales. En la actualidad existe la Prueba de Impulso Cefálico, siendo ésta la única prueba que nos permite detectar anomalías en los 6 canales semicirculares en casos de pérdida vestibular periférica. Al mismo tiempo es una prueba que se realiza con un estímulo que

reproduce las situaciones de vida de cada día o sea que se realiza con un estímulo fisiológico, esto nos permite diferenciar un vértigo periférico de un vértigo central. El propósito de la plática es brindar conocimiento básico sobre un estudio que incorpora la última tecnología para el diagnóstico de vértigo de origen vestibular periférico.

36C. ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ICTUS HEMORRÁGICO. Jorge Ortega, Servicio de Neurocirugía, Hospital Nacional Mario C. Rivas, San Pedro Sula.

El Ictus se define como un evento patológico cerebral agudo, de origen vascular, que se traduce en una alteración del estado neurológico previo. El Ictus hemorrágico representa entre el 20 al 30%, y se debe hacer la diferenciación entre el Hematoma Cerebral Espontáneo, cuya etiología es la hipertensión arterial en más de un 50% de los casos, y la Hemorragia Subaracnoidea, cuya etiología es la rotura de un aneurisma en más de un 80% de los casos. La presentación clínica es variada y no se puede descartar un cuadro isquémico sino por estudios de neuroimagen. Puede presentarse como un cuadro de cefalea intensa seguido de convulsiones y deterioro del estado de alerta hasta el coma. La hemorragia subaracnoidea puede describirse como el episodio de cefalea "más intenso que ha tenido en su vida". Los estudios diagnósticos más utilizados son la tomografía de cerebro en fase simple, y en algunos casos es indispensable el estudio con medio de contraste. El estudio de resonancia magnética tiene un menor uso en estos casos. Cuando se observa hemorragia subaracnoidea en el estudio de tomografía está indicado realizar una angiografía cerebral de 4 vasos para poder determinar la presencia, ubicación y características de los aneurismas intracraneales. El tratamiento consiste en la estabilización ventilatoria y hemodinámica del paciente antes de cualquier movilización, ya sea para realizar estudios diagnósticos o para traslado a un centro de mayor complejidad. El tratamiento definitivo del Hematoma Cerebral Espontáneo dependerá de la etiología, del volumen y la ubicación del hematoma, y del estado neurológico y general del paciente. El tratamiento de la Hemorragia Subaracnoidea dependerá del estado neurológico y general del paciente, de las complicaciones propias del sangrado, como el vasoespasmó y la hidrocefalia, y de la presencia y características propias de los aneurismas cerebrales. Los aneurismas cerebrales deberán ser tratados ya sea por cirugía, clipaje, o por tratamiento endovascular, embolización. El control de la hipertensión arterial, cuando está presente, es tan importante como una evaluación neuroquirúrgica oportuna. En conclusión el tratamiento del Ictus hemorrágico requiere de una primera etapa de estabilización, realización de estudios

diagnósticos, y posteriormente el tratamiento definitivo que dependerá del origen del sangrado.

37C. ACTUALIZACION EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS. Nelson Chinchilla Calix. Centro de Diagnóstico Neurológico y Clínica de Epilepsias, Condominios Médicos del Valle, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

Las demencias son un grupo de patologías que afectan al sistema nervioso central, en esta ocasión hablaremos de la Enfermedad de ALZHEIMER (EA) y algunas otras causas asociadas como ser la enfermedad vascular cerebral de pequeños vasos (EVCPV). Presentaremos el análisis de la biología molecular y su impacto e implicaciones en la práctica clínica diaria. Se destaca el papel fundamental de la fracción tóxica del beta Amiloide 1-42 y la Hiperfosforilación de la proteína Tau, ambas implicadas en la degeneración y apoptosis de las neuronas, que inicialmente afectan circuitos en el Hipocampo y posteriormente la extensión al resto del neocortex y del sistema Límbico incluyendo también Ganglios Basales. Algunos síntomas clínicos a mencionar son los trastornos de memoria, de la conducta, así como los diferentes fenotipos más allá de la memoria que se están observando en la EA, en ocasiones presentaciones atípicas cuando se suman la patología de pequeños vasos dando como resultado la EA con componente Vascular. En la prevención es fundamental las implicaciones que tiene la alimentación, la forma de vida con emociones saludables y no con “emociones tóxicas” que conlleva a una alta incidencia de deterioro micro-macrovascular y también de redes neuronales que están expuestas al deletéreo efecto del cortisol y la noradrenalina entre otras cascadas inflamatorias que afectan la salud neuronal. En el tratamiento también se destacan la importancia de los nuevos fármacos que mejoran la transmisión colinérgica y también fármacos hacia la cura de la EA, que buscan un aclaramiento del beta amiloide cerebral 1-42 que es la fracción tóxica, al igual que aclaramiento de la proteínas Tau hiperfosforilada. En conclusión se plantean las bases biomoleculares, las implicaciones clínicas y la detección temprana de las demencias y los avances en el tratamiento para un envejecimiento saludable.

38C. ECV DE PEQUEÑOS VASOS. Marco Tulio Medina, Medicina Interna, Neurología. UNAH y Hospital Escuela Universitario, Facultad de Ciencias Medicas UNAH, Tegucigalpa.

39C. EPOC. César Madrid, Medicina Interna. Neumólogo. Servicio de Medicina Interna Hospital Nacional Mario C. Rvias, San Pedro Sula.

40C. LOS MÉDICOS NO SOMOS INVENCIBLES. Mauricio Orellana Folgar Psiquiatría/ Medicina Psicosomática, Hospital Bendaña, San Pedro Sula.

Los médicos no somos inmunes a los problemas psicosociales pero pueden enfrentarse a dificultades únicas para atenderse. El auto cuidado entre los médicos no es un tema incluido en los planes de entrenamiento y mucho menos es un tema que reciba la debida consideración en la práctica profesional. Las dificultades de la práctica profesional pueden representar una carga difícil de manejar y en consecuencia el médico se descuida de sí mismo. En algunos casos, particularmente en el riesgo de suicidio, los médicos tenemos mayor vulnerabilidad y en otras áreas los problemas pueden pasar desapercibidos (depresión, abuso de sustancias, conflictos de pareja y otros problemas relacionados al estrés). El suicidio hace contraste con la imagen positiva de la cual gozan los médicos, de ser competentes y buenos ayudadores que transmiten energía positiva. Es de resaltar que los médicos usan sus conocimientos profesionales y por ello tienen mayor “éxito” en cometer suicidio que la población general. Los análisis específicos de género muestran una mayor tendencia de suicidio entre las doctoras. Es en este contexto, que no se puede excluir que por respeto a los profesionales médicos, en muchas actas de defunción las causas cardiovasculares se usen como causa de muerte en lugar del suicidio. A pesar la preparación académica los médicos no tienen la capacidad de diagnosticar sus propios problemas emocionales y prefieren ocultar sus propios trastornos psicológicos ya que también temen de la discriminación laboral y personal.

41C. LESIONES LIGAMENTOS DEPORTISTAS. Oscar Benitez, Traumatolgo Ortopeda. UNAM, CEMESA, San Pedro Sula.

42C. AVANCES ARTROSCOPIA HOMBRO CODO Y TOBILLO. Gustavo Hernandez, Ortopeda Pediatra, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

La Patología de codo representa en la actualidad una limitante importante en su manejo, especialmente en lo que concierne a la movilidad articular secundario a secuelas de patología traumática. La Artroscopia de codo nos permite el acceso de la porción anterior de codo con una posibilidad inmejorable de evaluar la movilidad en flexión de la misma, así Como establecer las características de el cartílago articular. También permite el manejo de patología extrarticular Como ser los procesos de epicondilitis renuentes al manejo convencional. En nuestra experiencia realizamos una evaluación de 5 pacientes operados en el periodo de 2014 al

2015, de los cuales los 5 fueron del sexo masculino, donde se maneja exclusivamente patología secundaria a fractura con secuelas de osteofitos con compromiso intrarticular. y un caso donde se tuvo la oportunidad de manejar una epicondilitis. El 80% de diagnósticos se refería a secuelas de fracturas intrarticulares, las cuales se manejaron con rasurado articular de osteofitos, mas rasurado de tejido sinovial y tejido fibrotico, La evaluación postquirurgica a las dos semanas represento una mejoría de la movilidad en flexoextension de los pacientes en 100 % de los casos, aunque consideramos que no se logro rangos de movimiento completos. El paciente de epicondilitis presento una mejoría completa al finalizar el primer mes postquirurgico. Concluimos que la artroscopia de codo es un procedimiento novedoso que permite una posibilidad excepcional de evaluar la superficie articular del codo dando la oportunidad de poder realizar resecciones fragmentos óseos que interfieran en el proceso de flexoextension.

43C. LESIONES CARTILAGOS EN DEPORTISTAS. Oscar Benitez, Traumatólogo y Ortopeda UNAM, Hospital CEMESA, San Pedro Sula.

44C. REEMPLAZO ARTICULAR CADERA Y RODILLA. Luis Tirso Boquin Traumatólogo y Ortopeda IHSS SPS y Hospital Bendaña, San Pedro Sula.

45C. MANEJO DE LA MARCHA INTRAROTADA EN NIÑOS. Bonifacio Avilez, Ortopeda Pediatrico, IHSS La Granja, Centro Hondureño de Enfermedades Oseas, Tegucigalpa y Hospital del Valle San Pedro Sula.

La marcha intrarotada se define como un patrón de marcha donde las extremidades pélvicas tienen la tendencia a cruzar la línea media de progresión de la marcha. Se puede considerar fisiológica por un aumento del ángulo de anteversión femoral o una torsión tibial interna hasta los 12 años de edad. En los primeros meses de vida se relaciona por la posición que el recién nacido adopta intrauterino; existen patrones familiares, raciales, por ejemplo en europeos, sobre todo italianos, la marcha es intrarotada, en asiáticos la tendencia a la marcha extrarotada y con respecto al sexo es más frecuente en las mujeres.- El ángulo normal de rotación interna es de 40°- 55° el doble de la rotación externa. Las técnicas quirúrgicas "Osteotomías" Mínimamente Invasivas van orientadas a producir beneficios de forma más rápida, con intervenciones o abordajes quirúrgicos más pequeños, con periodos de hospitalizaciones más cortos, y procedimientos que se pueden hacer de forma ambulatoria, en los que la deambulacion sea en tiempo corto. Conclusiones: La marcha Intrarotada en niños y adolescentes es motivo de

consulta muy frecuente tanto para el pediatra como para el ortopedista. Existe una alta población de pacientes en donde no se hace ninguna corrección y quedan caminando con una rotación interna de por vida; un 85% de los pacientes tienen una corrección espontánea pero es importante identificar a los pacientes que no van a lograr una corrección, en nuestra sociedad es muy poco el acceso a buscar ayuda médica y desconocen que existen técnicas quirúrgicas que puedan corregirla. Estos pacientes que no logran operarse presentan una gran tendencia a la Artrosis de caderas y rodillas.

46C. TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS. Thomas Minueza. Traumatólogo y Ortopeda IHSS SPS, Fundación Ruth Paz, San Pedro Sula.

La escoliosis es un padecimiento donde la columna vertebral sufre una deformidad en los tres planos produciéndose rotación de las vértebras torcedura del plano sagital, desbalance del tronco y las extremidades, con las subsecuentes complicaciones como pueden ser parálisis de los nervios, colapso pulmonar, insuficiencia cardíaca y la muerte. Puede ser clasificada en tres grupos: idiopática, cuando no conocemos la causa, congénita cuando se producen malformaciones en las vértebras durante el período de gestación y neuromuscular cuando es originada por una enfermedad que afecta los nervios. Desde el 2011 hemos venido operando pacientes con escoliosis a través de brigadas en cooperación con médicos extranjeros. Un total de 576 pacientes ha sido evaluado por deformidades o trastorno de columna, 76 pacientes han sido candidatos a cirugía de los cuales 27 han sido operado con éxito. La complejidad de este tipo de cirugía y su alto costo nos obliga a buscar recursos nacionales y extranjeros para poder cubrir las necesidades del país. En la actualidad hemos logrado incrementar el número de enlaces y brigadas por año, se ha adquirido el instrumental para cirugía de columna y se está en proceso la fabricación de tornillos especiales para columna. De igual forma se ha capacitación al personal médico, administrativo y de enfermería nacional para poder hacer este proyecto autosostenible en el tiempo.

47C. USO DE LA TOXINA BOTULINICA TIPO A EN ORTOPEDIA. Bonifacio Avilez, Ortopeda Pediatrico, IHSS La Granja, Centro Hondureño de Enfermedades Oseas, Tegucigalpa y Hospital del Valle San Pedro Sula.

La Toxina Botulinica Tipo A es una neurotoxina elaborada por la bacteria Clostridium Botulinum, veneno potente y extremadamente peligroso, fue Justinus Kerner 1786-1862 médico poeta que lo describió como: el veneno de las salchichas.- 1895 Emile Pierre Marie Van Ermengem, en Bélgica aisló el

bacilo anaeróbico en pacientes intoxicados con alimentos, "botulus" latín que significa salchicha, los primeros usos médicos fueron en 1970 en Europa y Norte América para tratar el estrabismo y en 1985 fines cosméticos. Los tipos de toxinas son: TB A hasta TB G.- la TB A y la TB B son las utilizadas, TB C es la causante del botulismo.-El mecanismo de acción de la TB A: actúa a nivel de la placa neuro-muscular a nivel de los receptores presinápticos bloqueando la liberación de Acetil Colina y causando una parálisis muscular temporal. En ortopedia podemos usar la toxina botulínica Tipo A en parálisis cerebral infantil, contracturas traumáticas secuelas de lesiones a nivel central, roturas musculares cuádriceps femoral, tríceps sural, manguito rotador.-Las marcas existentes en Honduras son: Botox 100 u, Dysport 500 u, Linurase 50 y 100 u, Otesaly 100 y 150 u. La dosis máxima por visita: niño 15 u/ kg, en adulto 500 U por sección. La dosis máxima por punto: 50 U. La duración del efecto 3 a 6 meses, la dosis letal 40 unidades por kilogramo de peso. Conclusiones: el uso adecuado de la Toxina Botulínica es de gran importancia en el campo de la ortopedia para mejorar la recuperación de pacientes con enfermedades neuromusculares y en la recuperación de trauma muscular.

48C. CAMBIANDO VIDAS: MANEJO DEL PIE EQUINO VARO. Gustavo Vasquez, Ortopeda Pediatrico, IHSS y Hospital y Clinica Bendaña, San Pedro Sula.

49C. AVANCES ARTROSCOPIA CADERA. Walter Caraccioli, Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología, Instituto Hondureño de Seguridad Social Regional del Norte, San Pedro Sula.

La artroscopia en general, comienza en las primeras décadas del siglo pasado, pero su uso en la cadera, tiene su auge en la década de los 90, y ha ido avanzando rápidamente al mejorar las técnicas e implementos artroscópicos, con lo que ha aumentado sus usos a una gran variedad de patologías. Por lo que se realizó un estudio con la finalidad de establecer el uso de la artroscopia de cadera en nuestro medio en diferentes patologías. Se utilizó una serie de casos y se alcanzó un nivel de evidencia 4. Todos los pacientes tratados entre el año 2014 y 2016, que han sido atendidos por dolor de cadera resistentes al tratamiento convencional en diferentes instituciones como el IHSS y el Hospital del Valle. El tiempo de evolución de los síntomas hasta la cirugía, la ocupación, síntomas presentados, hallazgos operatorios, procedimientos realizados, complicaciones y evolución posterior fueron evaluados. Resultados: Hubieron 8 pacientes (7 mujeres, 1 hombre) con un promedio de edad de 44.75 años (28-54 años). El tiempo de evolución promedio desde

el inicio de los síntomas hasta su cirugía fue de 7 meses. La mayoría de los pacientes eran con un nivel de actividad física relativamente bajo. El síntoma que se presentó con mayor frecuencia fue el dolor en la región inguinal y zona anterior del muslo a la flexión forzada. La lesión del labrum se presentó en 4 de los casos acompañado de pincer, una artrosis GII con pincer y cam por osteofitos, fragmentos intra-articulares en un caso, una artrosis avanzada por daño acetabular por material de osteosíntesis y el nervio ciático edematizado por compresión del músculo piriforme en un caso. El procedimiento que se realizó con mayor frecuencia fue la eliminación del pincer acetabular mediante fresado en 5 de los casos, seguido de la reparación del labrum acetabular en 4 casos. La complicación que se presentó fue la dificultad para poder liberar adecuadamente el nervio ciático por vía endoscópica, por lo que finalmente se realizó abierta. La evolución posterior a la cirugía fue satisfactoria en la mayoría de los casos con un WOMAC preoperatorio de 48 y al final del seguimiento de por lo menos 6 meses fue de 85. Un paciente requirió artroplastia total de cadera por el daño condral avanzado. Por lo que podemos concluir que la artroscopia de cadera definitivamente muestra su efectividad en una variedad de problemas médicos con muy buena recuperación, pero sabemos que para realizar estos procedimientos se requiere de entrenamiento y equipo especializado además de una curva de aprendizaje que puede ser difícil. En la medida que pase el tiempo, el uso de la artroscopia de cadera aumentará, por lo que debemos estar adecuadamente preparados para resolver las patologías de una manera segura y confiable.

50C. GENTE BIONICA: LOS APARATOS QUE NOS MANTIENEN CORRIENDO. Mariya George, D.O. Centro Médico Naval de Portsmouth, Portsmouth, Virginia, EE.UU.

La tecnología moderna ha revolucionado la forma de comunicarse, viajar y disfrutar del entretenimiento. La tecnología también a menudo nos mantiene vivos, en forma y saludables. Muchas funciones fisiológicas se incrementan e incluso son sustituidas por dispositivos electromecánicos que se llevan dentro de nuestros cuerpos. Cuando a los médicos de emergencia les toca tratar pacientes con estos dispositivos es útil entender la forma en que funcionan y anticiparse a las complicaciones en caso de mal funcionamiento. Además, la tecnología disponible a nuestra disposición en el campo de la reanimación y cuidados críticos ha ayudado a prolongar la vida humana al enfocar, aislar y manipular parámetros fisiológicos específicos. Estas tecnologías y herramientas hacen nuestras capacidades diagnósticas y clínicas más inteligentes y más sofisticadas.

51C. DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER DE MAMA. Elmer René Turcios, Ginecologo-Oncologo, Hospital San Felipe y IHSS de Tegucigalpa.

52C. MANEJO DE LA CITOLOGIA NORMAL Y ANORMAL. Miguel Angel Crespín Beltrán, Ginecologo, Especialista en Patología Cervical, Liga Contra el Cancer, San Pedro Sula.

La unión escamo columnar (uec) es un punto dinámico influenciado por hormonas ovaricas y tiene una ubicación diferente durante la pubertad, embarazo y menopausia. La zona de transformación está delimitada por la uec reciente y la antigua y es este el sitio que debemos identificar para hacer una toma correcta de la citología. Para que la citología cumpla realmente su objetivo se debe de dejar de hacer el tamizaje oportunista o sea hacer la citología a toda mujer que llega a un consultorio sin importar si se lo hizo recientemente y empezar a hacer un tamizaje orientado a edades blanco identificando a aquellas que tienen factores de riesgo (inicio temprano de vida sexual, promiscuidad masculina o femenina, tabaquismo y compañero sexual cuya mujer falleció de cáncer de cervix) el screening se debe de iniciar a todas las mujeres que ya tienen más de 3 años de vida sexual activa o si ya son mayores de 20 años y nunca se han realizado un papanicolau, en la técnica de la toma se debe de enfatizar en limpiar el cervix de todo exceso de moco ya que no es un método que nos sirva para identificar infecciones, identificar la zona de transformación y proceder a realizar la toma haciendo un giro de 360 grados; luego, se expande la muestra en una lamina usando una mitad si es el endocervix expandirlo de manera ondulante y el endocervix, en la otra mitad de manera oscilatoria, antes de entregar el resultado de la citología debemos reparar si la toma fue adecuada (presencia de células escamosas y endocervicales) o inadecuada (ausencia de endocervicales) ya que se debe de repetir la toma; si se detectara una sospecha de lesión intraepitelial proceder a referirla a colposcopia

53C. MANEJO ACTUALIZADO DE LAS LESIONES DE ALTO GRADO. Miguel Angel Crespín Beltrán, Ginecologo, Especialista en Patología Cervical, Liga Contra el Cáncer, San Pedro Sula.

Siempre hay un temor razonable de que todo paciente con este diagnóstico corre el riesgo de desarrollar cáncer y por ende, se le debe tratar; esto ha cambiado últimamente. Estamos claros que si estamos ante una paciente NO embarazada con diagnóstico de NIC III estamos en la obligación de ofrecerle tratamiento; si es un NIC II ofrecer tratamiento solo en ciertas condiciones. Con relación al NIC II ya se conoce que hay dificultad para su diagnóstico y eso lo demostró el

estudio LAST donde se hizo una revisión de este diagnóstico encontrando una concordancia interobservador de un 43 %; en la revisión realizada por Castle PE y col. encontró que en un 65 % de las adolescentes no tratadas remiten en un periodo de 18 meses y en un 40 % de las mayores de 21 años. A que pacientes con NIC II les debemos de ofrecer tratamiento: que vivan en lugares de difícil acceso, mujeres mayores de 24 años y con NIC II persistentes; si tenemos dudas de este diagnóstico ofrecemos inmunohistoquímica al través del marcador p16 que tiene una especificidad superior a la detección del VPH-AR y si es positivo ofrecer tratamiento y si es negativo ofrecer observación. Las opciones de tratamiento para las LIE AG son: 1) Excisional (Es el recomendado): se puede realizar con Conización con ASA diatérmica, Cono con Bisturí o con LASER e Histerectomía. 2) Ablativo: Se realiza con Criocirugía y vaporización con LASER. Cuando ofrecemos estas opciones de tratamiento debemos enfatizarle a la paciente en que ninguno es 100 % eficaz y explorar los riesgos beneficios al través de un consentimiento informado.

54C. AVANCES DIAGNÓSTICOS EN URO GINECOLOGÍA. Kristian Navarro Salomon, Ginecologo Especialista en Uroginecologia, Hospital Honduras Medical Center, IHSS, Tegucigalpa.

El Prolapso de órganos pélvicos afecta más del 30% de las mujeres de 50 años o más. Si el paciente percibe el prolapso o asocia sus síntomas con severidad probablemente el manejo quirúrgico este indicado. El primer paso para alcanzar este objetivo es obtener un diagnóstico preciso y que explique la mayoría de los síntomas que se han referido. Debe iniciarse con una cuantificación del prolapso utilizando el sistema POP Q durante el examen físico para estandarizar esa información. Exámenes de gabinete son una herramienta fundamental para el adecuado manejo de la disfunción de piso pélvico. Métodos como Uretrocistoscopia, Urodinamia, Ultrasonido de Piso Pélvico, Resonancia Magnética y evaluación de función ano rectal han tomado auge en la era moderna. Un método no invasivo, rápido y costo efectivo lo constituye la ultrasonografía. El ultrasonido 3D y 4D ha mejorado nuestra capacidad diagnóstica de manera considerable, gracias a que ahora es posible evaluar el plano axial de las estructuras anatómicas del piso pélvico. En el pasado, este plano sólo podía ser visualizado por medio de la tomografía computada (TC) y de la RM. Actualmente, la calidad del ultrasonido 4D es comparable al de la RM. Esto se debe al hecho de que es posible obtener volúmenes en vez de cortes con una mayor resolución temporal. Los 3 planos de las imágenes del ultrasonido 3D (medio sagital, coronal y axial) pueden ser totalmente cambiados de manera

arbitraria. Esto permite la visualización de alguna estructura anatómica en particular, ya sea en el mismo momento de la adquisición o posteriormente con las imágenes almacenadas. Los tres planos irrogonales pueden ser complementados con una imagen "renderizada", reconstrucción tridimensional de una región de interés particular. Este método de características idóneas, reproducible, accesible y con evidencia suficiente debe ser parte de la evaluación integral de la disfunción del piso pélvico.

55C. CIRUGÍA COSMÉTICA GENITAL FEMENINA.

Roberto Perez Solis. Ginecologo-Obstetra, subespecialidad Cosmetologia Ginecologica, Mexico.

Llamada también cirugía íntima de mujer. Está diseñada para mejorar o corregir los cambios anatómicos funcionales y ahora los cambios estructurales y apariencia del área genital, que por efecto de la edad, herencia, de nutrición, Estilo de vida y principalmente embarazos y partos. Los procedimientos Estéticos de cara, mamas, piel, etc, son populares, pero la nueva demanda de Hoy es la Vaginoplastia y Rejuvenecimiento Vaginal. En realidad los procedimientos no son nuevos, ya Hodgekinson desde 1984 reportó la labio- plástica estética Vaginal (plast reconstr surg 74,414-6) más reciente Goodman Michel Female cosmetic genital surgery .obstet Gynecology.MAy 2009 volumen 113 issue5-p 1175, mencionada también por Laube D W 2008 Cosmetic therapies in obstetric and gynecologic practice, Estos autores ya atraían la atención de la comunidad médica a estos procedimientos. En realidad la cirugía cosmética genital femenina comprenden diferentes procedimientos tradicionales unos con modificaciones de los antiguos y otros nuevos que son distintos unos de otros. la generalización incorrecta de los procedimientos ha causado confusión y malentendidos de comunicación entre Ginecologos, Cirujanos estéticos, Médicos en general ,Medios de comunicación y público en general, así que tenemos que establecer una correcta nomenclatura de la cirugía cosmética genital femenina. Desde este punto de vista la vulva comprende el monte de Venus y los labios mayores, y el rejuvenecimiento vaginal se refiere a los procedimientos del introito y canal vaginal para mejorar la función sexual y sensibilidad vaginal, el objetivo es reparar el calibre vaginal, elevar y fortalecer el cuerpo perineal, rejuvenecer el epitelio vaginal, sobretodo en las mujeres que sufren disminución de la sensibilidad vaginal ,síndrome de relajación vaginal ,vagina no compresiva que afectan sus relaciones sexuales. Estos procedimientos son solicitados por trastornos francamente anatómicos, por simple mejoría. Estetica o por una combinación de ambas situaciones A nivel de monte de Venus De acuerdo a la indicación se pude efectuar un aumento del mismo por transferencia grasa, pero también

una reducción del mismo por lipoplasia o resección quirúrgica, pero si hay ptosis se puede realizar un liftincosmetico de monte de Venus. En labios menores la cirugía que es el emblema de la cosmética vulvovaginal en una hipertrofia de labios menores labioplástica de reducción.

56C. ABORDAJE ACTUAL DEL SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO.

Karen Funez, Ginecologa, Especialista en Endocrinologia Ginecologica, Hospital La Policlinica, Comayagua, MDC.

57C. ANÁLISIS SEMINAL SEGÚN CRITERIOS OMS 2010.

Desiree Garcia, Ginecologa Obstreta, Biologa de Instituto de Ciencias de Fertilidad con maestria de biotecnología en reproducción humana asistida ICCI Clinica Viera, Tegucigalpa.

58C. INSEMINACION ARTIFICIAL.

Fernando Melendez, Ginecologo con Subespecialidad en Reproduccion, GYM-ZE, Guatemala.

59C. LA RECANALIZACIÓN DE TROMPAS, INCENTIVO PARA UNA VIDA MEJOR.

Napoleón Galo Jordán, Especialista en Ginecología y Obstetricia. Clinica Medica Cristiana. ElProgreso, Yoro.

La recanalización de trompas uterinas definitivamente interviene para el desarrollo de una vida mejor, en todos los estratos sociales en que se desarrolla; ya que tiene que ver con el deseo intrínseco de infinidad de personas de mejorar su calidad de vida, tanto desde el punto de vista social como emocional y teniendo por supuesto como corolario forzoso el advenimiento de un nuevo ser humano, que traerá felicidad, unión familiar, aumento del ego y entusiasmo de vivir de los padres anteriormente frustrados; por el impedimento de un embarazo por la cirugía anterior. En el periodo de tiempo entre los años 2006-20013, se trataron quirúrgicamente 894 mujeres con un éxito acumulado de embarazos de un 65%, con tendencia a aumentar. Dentro de las variables estudiadas se consideró la procedencia de las pacientes, país de residencia, estado de salud, peso promedio, incidencia de cirugías recanalizantes por año, tiempo quirúrgico, éxito del embarazo según el tipo de operación realizada, localización del embarazo logrado y presentación de los embarazos en los años subsiguientes. Asimismo se realizó una comparación entre recanalización de trompas y fertilización in vitro (FIV). La felicidad llevada a estas familias es inconmensurable, trayendo un impacto fuerte en mi vida profesional como Ginecólogo y Obstetra, con 33 años de experiencia. Sirviendo como aliciente para continuar el proyecto iniciado a bajo costo y para alcanzar todos los estratos sociales. La ausencia de complicaciones mayores y la amplia satisfac-

ción de las participantes nos lleva a compartir con ustedes el presente trabajo de investigación. Mi deseo ferviente es que este estudio médico investigativo, sea como una ventana abierta al mundo para favorecer a tantas mujeres que se vieron mutiladas en su vida reproductiva y de esta manera ser gratificadas con una vida mejor.

60C. CIRUGÍA ENDOSCOPICA CON FINES REPRODUCTIVOS EN LA ERA DE LA REPRODUCCION ASISTIDA.

Fernando Melendez, Ginecologo con Subespecialidad en Reproduccion, GYMZE, Guatemala.

61C. ULTRASONIDO EN EL EMBARAZO CON ZIKA. Monica Garcia, Ginecologa Especialista en Medicina Materno Fetal. Hospital del Valle San Pedro Sula.

62C. USG 4D EN DIAGNOSTICO DE CONTROL PRENATAL. Rubén Fernández, Ginecólogo y Obstetara, Diplomado en Ultrasonografía, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa

63C. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE PARTO DE PRETÉRMINO. Pablo Alberto Martínez Rodríguez, Sub Especialista en Medicina Materno Fetal (Perinatología). Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital SEMESUR, Choluteca, Honduras. Hospital Regional del Sur, Choluteca Honduras.

La prevalencia del parto de pretérmino oscila entre el 6-8% de todas las pacientes que se embarazan y es responsable de hasta el 70% de la morbi-mortalidad neonatal, relacionándose con dos terceras partes de las muertes infantiles durante el primer años de vida. Clásicamente se define como la actividad uterina capaz de producir modificaciones cervicales antes de semana 37; sin embargo aún hoy en día no existe ningún método clínico o laboratorial que nos permita predecir con exactitud qué mujer se encuentra en riesgo de que su embarazo finalice antes de semana 37 de manera espontánea. La tendencia actual y en procura de mejorar las sensibilidades diagnósticas se basan en un estudio minucioso de todos aquellos factores de riesgo periconcepcionales así como el alto *performance* que ha demostrado tener la ultrasonografía para predecirlo; en un intento de identificarles y llevar a cabo acciones e intervenciones preventivas. En cuanto al tratamiento tocolítico propiamente dicho, no existe en la actualidad unificación de criterios en cuanto a indicaciones y contraindicaciones; y la gran mayoría de los agentes farmacológicos con que contamos en la actualidad tienen el inconveniente de ser responsables de un gran número de complicaciones y con tasas de éxito bastante ambiguos. Es por lo tanto imperativo buscar y analizar la mejor

evidencia disponible en la actualidad en cuanto a predicción, prevención y tratamiento de la amenaza de parto de pretérmino.

64C. ENFERMEDADES EMERGENTES Y EMBARAZO.

Heriberto Rodríguez, Ginecologo; Hospital Escuela Universitario; Hospital General San Felipe; Tegucigalpa.

La fiebre Zika es una enfermedades virales emergentes transmitida por diferentes especies del mosquito Aedes, causado por el virus ZIKA (ZIKV), que es un flavivirus de la familia Flaviridae. Fue identificado por primera vez en un mono rhesus centinela en la selva Zika de Uganda, durante una investigación de fiebre amarilla en 1947. Los principales síntomas: fiebre de bajo grado (>38,5), artritis, artralgiyas en manos y pies, eritema maculopapular que se extiende de la cara hacia el cuerpo, conjuntivitis bilateral no purulenta, linfadenopatías cervicales, astenia y cefalea. La mayoría de los casos son asintomáticos; por cada persona sintomática, hay 4 casos sin síntomas. El período de incubación es de 2 a 12 días. El Zika se transmite por la picadura de un mosquito infectado del género Aedes en las Américas: Aedes aegypti and A. albopictus. También se transmite por vía vertical, perinatal, semen, sangre y lesiones accidentales del personal de laboratorio. La enfermedad comparte características clínicas tanto con el Dengue como con la fiebre Chikungunya, pero los síntomas son menos severos que las dos anteriores. El Síndrome de Guillain-Barré, asociado con el Zika, fue identificado en la Polinesia francesa en el año 2014, y más recientemente en Brasil. Una complicación preocupante, identificada por primera vez en Brasil es la asociación de Zika con microcefalia de recién nacidos, cuyas madres habían sufrido la enfermedad durante el embarazo, especialmente en el primer trimestre, es importante reconocer que además de la microcefalia existe afectación a otros órganos por lo que hablamos de un síndrome asociado a Zika. La OMS, el 1o de febrero del 2016, lanzó una alerta internacional sobre el Zika y su asociación con microcefalia y el Síndrome de Guillain-Barré.

65C. RESTRICCIÓN EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO DE INICIO TARDÍO.

Pablo Alberto Martínez Rodríguez, Sub Especialista en Medicina Materno Fetal (Perinatología), Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital SEMESUR, Choluteca, Honduras. Hospital Regional del Sur, Choluteca Honduras.

La Restricción en el Crecimiento Intrauterino (RCIU) complica alrededor del 3-10% de todas las gestaciones y contribuye hasta con el 25% de la mortalidad perinatal y morbilidad neurológica. En base a un mejor entendimiento del proceso

fisiopatológico de la placentación anormal se ha logrado dilucidar como aquellos fetos en los cuales no se da una adecuada remodelación de las arterias uterinas en etapas iniciales de la gestación tienen un riesgo incrementado para no expresar de manera adecuada su potencial genético de crecimiento en la última etapa de su vida intrauterina (RCIU de inicio tardío). Esta premisa nos ha permitido diferenciar a este tipo de fetos en los cuales su afección en la curva de crecimiento como dijimos se debe a factores meramente placentarios, de aquellos fetos en los cuales la alteración en su crecimiento obedece a otro tipo de factores como ser infecciones, malformaciones y/o cromosomopatías y suele manifestarse desde etapas iniciales de la gestación (RCIU de inicio precoz). Esta diferenciación ha venido a revolucionar nuestra conducta en cuanto al manejo de esta patología pues como nos podemos imaginar son 2 tipos de gestaciones con fetos fenotípicamente diferentes y con distintos retos; y es mediante la vigilancia por medio de flujometría Doppler que se puede llevar a cabo las mejores intervenciones encaminadas a procurar los mejores desenlaces perinatales.

66C. MALFORMACIONES CONGENITAS POR USG.

Mónica García, Ginecologa Especialista en Medicina Materno Fetal. Hospital del Valle San Pedro Sula.

67C. ACTUALIZACION EN REANIMACION NEONATAL.

Miguel Zaldaña, Pediatra Neomatologo, Hospital Escuela Universitario. Tegucigalpa, Honduras.

68C. CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO DEL RN PREMATURO.

Ileana Eguigurem, Pediatra Neomatologa, Hospital Escuela Universitario. Tegucigalpa, Honduras

69C. ALIMENTACION EN EL RN PREMATURO Y/O BAJO PESO AL NACER.

Ada Contreras. Pediatra Neomatologo, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

70C. INFECCIONES RECURRENTE EN PEDIATRIA.

Claudia Almendarez, Pediatra, Sub-especialista en Inmunología y Alergia. Tegucigalpa, Honduras.

71C. IMPLANTE COCLEAR EN NIÑOS; EXPERIENCIA EN HONDURAS.

Jorge Osorio. Centro de Neumología y Alergias, San Pedro Sula.

72C. ABORDAJE DE LA EPELIPSIA EN NIÑOS; CASOS CLINICOS CON VIDEO.

Mario Velasquez, Pediatra Neurologo Epilectologo. IHSS; Clinicas Millenium; San Pedro Sula.

73C. COINFECCIÓN POR *Mycobacterium tuberculosis* Y VIH EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. Tatiana J. Drummond S, Infectólogo Pediatra, Hospital Universitario de Caracas, Venezuela.

En estudios morfológicos y de ADN, se ha encontrado tuberculosis (TB) en momias de 5.400 años de antigüedad, bajo la forma de Mal de Pott. El tratamiento recomendado en alguno de los papiros más antiguos, consistía en beber sangre de animales, directamente tomada de la vena. Fragmentos de la columna vertebral en momias egipcias del año 2400 AC, muestran señales patológicas muy claras de deterioro por tuberculosis. Hacia el año 450 AC, Hipócrates señala a la tisis como la enfermedad más diseminada de la época y precisa que ésta casi siempre es mortal. Mucho de los personajes de nuestra historia han padecido TB: San Francisco de Asís, Voltaire, Mozart, Paganini, Simón Bolívar, Chopin, Alexander Graham Bell, entre otros, EPIDEMIOLOGÍA: Para el año 2014, 9.6 millones de personas se enfermaron de tuberculosis en el año 2014, 1.5 millones murieron a causa de la enfermedad, de los cuales 400 mil presentaban coinfección con VIH > 95% de las muertes por tuberculosis se produjeron en países de bajos y medianos ingresos 1,2 millones de personas con VIH desarrollaron TB 550.000 niños se enfermaron de tuberculosis 140.000 niños murieron por tuberculosis, 480.000 personas desarrollaron tuberculosis multidrogoresistente 1/3 de las personas que viven con el VIH en el mundo están infectados con M tuberculosis En Honduras para el año 2014 se reportaron 3400 casos para una tasa de incidencia de 43 casos/100.000 habitantes.

74C. VENTANA CRITICA: LOS PRIMEROS 1000 DIAS

Norma Gonzalez. Pediatra Gastroenterologia, Titular en alimentacion por World Organization Health.

Los beneficios de la leche materna son sustanciales ya que protegen contra un amplio espectro de enfermedades infecto contagiosa disminuyendo la morbi mortalidad dentro de los dos primeros años de vida por lo que debemos hacer educación y promoverla. no existe en la vida un período muy importante como lo es la infancia en el cual una adecuada y balanceada nutrición se relaciona íntimamente con un crecimiento y desarrollo adecuado, Y esta ejerza efectos tanto a corto como a largo plazo sobre la salud del huesped al programar su estado metabólico ,inmunológico , neurologico y microbiológico. Los niveles de inteligencia en los niños que se alimentan al pecho materno Son mayores en comparación con los que reciben formular artificiales Y tienen menor riesgo de alergia a la proteína de leche de vaca, diabetes mellitus tipo 2, obesidad, sobrepeso e hipercolesterolemia.

Estos beneficios permanecen en la vida a un después de haber terminado la alimentación al pecho. Es necesario el dar aporte de hierro en los prematuro desde su nacimiento, y en los Alimentados al seno materno a los 6 meses.

75C. MANEJO DE BRONQUIOLITIS, QUE ES LO ÚLTIMO PUBLICADO? Héctor López Gonzáles, Pediatra y Neumólogo Infantil, Hospital San Francisco, Juticalpa.

Definición; La bronquiolitis es la inflamación de las vías aéreas pequeñas, fundamentalmente en niños menores de 2 años. La bronquiolitis se caracteriza por secreción nasal, tos y dificultad para respirar en lactantes con o sin fiebre, precedido por una infección respiratoria alta, tal como una coriza o una otitis media. En realidad casi nadie tiene problemas en manejar el concepto de bronquiolitis, casi todos sabemos detectar dicha patología, el problema inicia cuando comenzamos a manejar dicha patología, ya sea de forma ambulatoria o intrahospitalaria. Se publica mucho sobre esta entidad y lo que mas llama la atención no solo es la variedad de tratamientos si no también la falta de consenso generalizado en instaurar un MANEJO que sea realmente eficaz -si es que existiera- para poder todos hablar el mismo idioma en el manejo del paciente con bronquiolitis Es por esa razón que la academia americana de pediatría publicó hace un par de años un lineamiento para tratar de definir que fármacos tienen un efecto comprobado útil, cuales definitivamente no aportan beneficio alguno y finalmente cuales podrían ser beneficiosos sin tener certeza segura. No obstante hay otros lineamientos como la guía NICE del reino unido la cual no apoya lo publicado por la AAP.

76C. DERMATITIS ATOPICA: ABORDAJE TERAPEUTICO. Verónica Melendez, Pediatra-Dermatóloga, IHSS, Tegucigalpa.

77C. EMERGENCIAS OFTALMOLÓGICAS EN NIÑOS. Carlos Maldonado, Oftalmólogo. Oftalmocentro, Tegucigalpa

78C. RETINOBLASTOMA. Carlos Maldonado, Oftalmólogo. Oftalmocentro, Tegucigalpa.

El retinoblastoma es un tumor canceroso que se desarrolla en la retina causado por una mutación en la proteína Rb codificada por un gen supresor tumoral denominado RB1. Este tumor se presenta en mayor parte en niños pequeños y representa el 3% de los cánceres padecidos por menores de quince años. Constituye la primera causa de malignidad intra-ocular primaria en los niños y la incidencia anual estimada es de aproximadamente 4 por cada millón de niños. El mal puede ser hereditario o no serlo. La forma heredada

puede presentarse en uno o ambos ojos y, generalmente, afecta a los niños más pequeños. El retinoblastoma presente sólo en un ojo es no hereditario y afecta prevalentemente a niños mayores. Cuando la enfermedad se presenta en ambos ojos, es siempre hereditaria. Debido al factor hereditario, los pacientes y sus hermanos deben someterse a examen periódicamente, incluyendo terapia genética, para determinar el riesgo que tienen de desarrollar el cáncer. El retinoblastoma tiende a extenderse hacia el cerebro y la médula ósea, y más raramente se disemina por los pulmones. Estos son factores de pronóstico adverso, así como la invasión coroidal y a través del nervio óptico.

79C. AUTISMO. Karen Rivera. Psicología UNICAH, Postgrado Terapia Cognitiva Conductual Universidad de Flores Argentina, Master en Logopedia Universidad Gasset Barcelona. Consorcio Médico San Antonio, El Progreso, Yoro

El autismo es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por alteración de la interacción social, de la comunicación (tanto verbal como no verbal) y el comportamiento restringido y repetitivo. Los padres generalmente notan signos en los dos primeros años de vida de su hijo. Estos generalmente se desarrollan gradualmente, pero algunos niños con autismo alcanzan sus hitos del desarrollo a un ritmo normal y luego sufren autismo regresivo. El autismo es altamente heredable, pero la causa incluye tanto factores ambientales como susceptibilidad genética. En casos raros, el autismo está fuertemente asociado con teratología (agentes que causan defectos de nacimiento). Los criterios de diagnóstico requieren que los síntomas se hagan evidentes en la primera infancia, típicamente antes de los tres años. El autismo afecta el procesamiento de información en el cerebro alterando cómo las células nerviosas y sus sinapsis se conectan y organizan; cómo ocurre esto, no está bien esclarecido. Es uno de los tres trastornos del espectro autista (TEA).

80C. MANEJO DEL ESCROTO AGUDO LO QUE EL PEDIATRA Y EL MÉDICO GENERAL DEBE SABER. Alex Gomez, Pediatra Cirujano. Urologo. Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula.

81C. MANEJO ACTUAL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL: EL ROL DE LAS COMBINACIONES. Marcos Rodas. Medicina Interna y Cardiólogo Clínico. Guatemala

82C. ERGONOMIA Y SU APORTE EN LA SALUD LABORAL. Dra. Monica Zambrano. Ergonomista. ERGIOS, Bogotá. Colombia.

83C. INDICACIONES ACTUALES DE LA COLANGIO RESONANCIA MAGNETICA. Carlos Alberto Paz Haslam, Especialista en Diagnostico por Imágenes DIAGNOS, Tegucigalpa.

La colangiopatografía por RM muestra entre sus ventajas la no utilización de radiación ionizante, no necesidad de sedación del paciente, la mejor visualización de los conductos proximales a la obstrucción y por no se modifica con las alteraciones de la secreción biliar. Es una técnica basada en hidrografía por RM que nos permite valorar con gran precisión el contenido y morfología del árbol biliar. Las indicaciones actuales son: Patología del árbol biliar (anomalías congénitas, quistes de colédoco, enfermedad Caroli), etc. Síndromes obstructivos y neoplasias. Es la técnica utilizada cuando la ecografía y la ERCP no son concluyentes o no se pueden realizar, es un estudio adecuado para la valoración de la colangitis y de control de la cirugía biliar. La colangio RM es la técnica no invasiva más sensitiva para detección de litiasis ductal. Sus limitaciones corresponden a los pacientes obesos, coágulos, parásitos, aerobilia y tortuosidad del colédoco pueden confundirse con litos y contraindicación de la RM la presencia de marcapasos, implantes cocleares, etc y en pacientes claustrofóbicos.

84C. INDICACIONES DE LA NEUROGRAFIA POR RESONANCIA MAGNETICA. Carlos Alberto Paz Haslam, Especialista en diagnostico por imágenes, DIAGNOS.

La Resonancia Magnética permite la valoración de nervios periféricos de 2mm, así como la identificación de la estructura fascicular del nervio. Las indicaciones actuales de la neurografía por Resonancia Magnética son: Imágenes del plexo: Presentación clínica no específica y sospecha de plexopatía braquial y lumbosacra. Planificación pre-operatoria antes de neurolisis: Evaluar anatomía y confirmaciones de las anomalías morfológicas del nervio (síndrome de atrapamiento neural, síndrome de salida torácica, etc). Clasificación de la lesión neural: Evaluar y diferenciar lesiones por estiramiento, neuromas, discontinuidad del nervio. Planeación del manejo del paciente para caracterizar y evaluar la extensión de una lesión ocupante de espacio, tumor de vaina nerviosa, enfermedad metastasica, etc. Valorar recurrencia tumoral Vrs lesión post-radiación. Polineuropatía difusa conocida con síntomas atípicos o empeoramiento de los síntomas. Evaluación post-operatoria: excluir re-atrapamiento del nervio o persistencia o existencia de síntomas. Antes de procedimientos como inyecciones peri-neurales (anestésias y esteroides), botox en el síndrome piriforme escaleno. Síndrome de dolor crónico.

85C. FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN PEDIATRIA. Tatiana J. Drummond S., Infectóloga Pediatra, Hospital Universitario de Caracas, Venezuela.

86C. DIAGNOSTICO DEL DOLOR AGUDO BASADO EN CASOS CLINICOS. Juan Salazar. Anestesiólogo. Guatemala

87C. SEGURIDAD GASTRICA Y CARDIACA EN USO DE AINES. Juan Salazar Anestesiólogo. Guatemala

88C. IPERC EN LAS EMPRESAS Y EL ROL DEL MÉDICO. Jorge Barreto, Organización Internacional del Trabajo; Universidad Nacional de Ingeniería. Lima, Perú.

El control del riesgo en las empresas y en todas las actividades laborales está reconocido como una parte integral de una buena práctica gerencial. Para ser efectiva la gestión del riesgo ocupacional debe ser parte integral de la cultura de una organización; debe ser integrado en la filosofía de la empresa, prácticas y planes de negocios, en lugar de ser vistos como un programa o practica separada. Cuando esto se consigue, la gestión del riesgo ocupacional se convierte en una práctica normal de todos en la empresa a través del IPERC metodología que permite una identificación, evaluación, valoración y clasificación de los riesgos con una participación activa de todos para el posterior control de los mismos. En dicha participación el rol del médico es de fundamental importancia mediante una adecuada intervención basada en la prevención. Objetivo, Reconocer la importancia de la gestión de riesgos ocupacionales en el desarrollo de la empresa. Presentar la metodología para la implementación de una gestión integral de los riesgos ocupacionales mediante una activa participación del rol del profesional médico. Metodología, Exposición sobre el diseño, implementación y aplicación del IPERC en las empresas, considerando las distintas etapas para el control preventivo de los riesgos. Resultados, Presentación de enfoques para el desarrollo del IPERC mostrando el impacto sobre la disminución de la siniestralidad en las empresas a través del uso adecuado de la metodología. Conclusiones/Recomendaciones, Se confirma la importancia de socializar e interiorizar el IPERC dentro de las empresas mediante un protagónico rol del profesional médico.

89C. IMPORTANCIA DE MEDIO DOLOR COMO 5° SIGNO VITAL. Juan Salazar. Anestesiólogo. Guatemala

90C. SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA. Carmen Troya, Ginecologo-obstetra. Colposcopia, crioterapia, Ginecología de niñas y adolescentes. Consultorios Especializados, Panamá, Panamá.

91C. MANEJO DE CHOQUE CARDIOGENICO EN HONDURAS ¿QUE SE DEBE HACER Y QUE NO SE DEBE HACER? Francisco Somoza Meicina Interna UNAH Cardiología Intervencionista y Hemodinamia. Hospital Nacional Mario Catarino Rivas; CEMESA; San Pedro Sula.

92C. ACTUALIZACION EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA. Enrique Samayoa. Cardiólogo. Hospital Del Valle, San Pedro Sula.

Es importante para todos los médicos que nos desempeñamos como médico general o en especialidades afines a la Medicina Interna, conocer bien que Insuficiencia Cardíaca Aguda (ICA), poder distinguir que es Insuficiencia Cardíaca Aguda con Fracción de expulsión preservada de la insuficiencia Cardíaca con fracción de expulsión disminuida, que es un choque cardiogénico, que abordaje debemos dar en la emergencia a un paciente que tiene ICA con presión arterial normal o alta o de un paciente con presión arterial menor de 100 mm Hg, en el primer caso podemos usar diuréticos y vasodilatadores, en el segundo caso puede ser necesario uso de inotrópicos, - Hay que poder usar marcadores séricos de Insuficiencia cardíaca para poder distinguir el paciente que tiene signos de Insuficiencia Cardíaca, pero que hay otras patologías asociadas que igual puede tener los mismos síntomas pero no ser insuficiencia cardíaca aguda.- En esta conferencia daremos los conocimientos necesarios para que el médico en la Emergencia pueda tratar adecuadamente a estos enfermos.

93C. SINDROME CORONARIO AGUDO. Gilberto Estrada. Cardiólogo, Fundación Shaio Colombia.

94C. ACTUALIZACION EN HIPERTENSION ARTERIAL. Enrique Samayoa. Cardiólogo. Hospital del Valle.

Después de la aparición de las nuevas Guías de Tratamiento de Hipertensión Arterial, las Guías Europeas en el 2013 y el JNC 8 en el 2014, se pensó que estaba resuelto el problema de tratar la hipertensión arterial, sin embargo seguimos viendo que aun existen áreas en que no se ha definido claramente una conducta terapéutica adecuada y que sigue siendo opinión de expertos, así recientemente han aparecido nuevos estudios como el SPRINT, el HOPE 3 y el PATHWAY que han aportado nueva información a el tratamiento de la hipertensión arterial.- Tenemos que entender que la hipertensión arterial no es una entidad aislada, sino que esta interrelacionada con otros factores de riesgo cardiovascular, que tenemos que conocer y nos pueden hacer variar la terapéutica, tenemos que saber hasta donde debemos bajar la presión arterial, que hacer con nuestro paciente

hipertenso resistente a todo tratamiento, estos enfoques son los que discutiremos en nuestra conferencia de Actualización en Hipertensión arterial

95C. NOVEDADES TERAPIAS INVASIVAS. Oscar Marroquin, Cardiólogo. Cardiomedics, El Salvador.

96C. INNOVACION METODOS NO INVASIVOS. Oscar Marroquin, Cardiólogo. Cardiomedics, El Salvador.

97C. PATOLOGIA ESTRUCTURAL DE CORAZON Y TERAPIA ENDOVASCULAR. Francisco Somoza Meicina Interna UNAH Cardiología Intervencionista y Hemodinamia. Hospital Nacional Mario Catarino Rivas; CEMESA; San Pedro Sula.

98C. INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA. Gustavo Cuellar, Cardiólogo. Cardiomedics, El Salvador.

99C. CRISIS HIPERTENSIVA: QUE HACER Y QUE NO HACER. Gustavo Cuellar, Cardiólogo. Cardiomedics, El Salvador.

100C. DE LA ENFERMEDAD CARDIACA A LA PREVENCION. Gilberto Estrada, Cardiólogo Fundación Shaio Colombia

101C. DIAGNOSTICO TEMPRANO DE CÁNCER DE MAMA EN PAÍSES POBRES UNA FANTASÍA. Flora Duarte, Medicina Interna, hematología y oncología. Directora centro de cáncer Emma Romero de Callejas.

El cáncer de mama es el más frecuente en el mundo 1 de cada 8 mujeres padecerá de la enfermedad. En Honduras ha venido en incremento y es el segundo cáncer más frecuente y la segunda causa de mortalidad en la mujer, según estimaciones de la IARC hay 574 casos nuevos de cáncer de mama y 224 muertes anuales. El cáncer de cérvix sigue siendo el número uno. En países pobres la mortalidad es alta por el diagnóstico tardío, por no haber un diagnóstico temprano en mujeres en desventaja social, la mamografía es no costo/ efectiva o una posibilidad de método de tamizaje. Para estos países esta la alternativa de triple test. El examen clínico de la mama, ultrasonido de mamas y la biopsia por agujas fina guiada por ultrasonido. En 2008 reunión de expertos de breast health global initiative bhgi dieron los lineamientos para países de escasos recursos en que sorpresivamente la mamografía no aparece, cuando conocemos que la piedra angular depende del diagnóstico correcto para dar el tratamiento adecuado. En anticancer nuestro lema es tener alta tecnología al alcance de todos, contamos con: Mamografía

convencional: captura una única imagen de cada mama, en la que la superposición de tejidos puede requerir la realización de estudios complementarios para descartar o confirmar una lesión. La tomosíntesis 3d permite analizar los tejidos capa por capa, con separaciones milimétricas entre sí, despejando dudas y detectando la aparición de lesiones incipientes y caracterizar microcalcificaciones. Principales ventajas: reduce los falsos positivos y los estudios complementarios. La detección precoz es la estrategia para mejorar el pronóstico y la supervivencia de los casos de cáncer de mama.

102C. EXPERIENCIAS DEL CENTRO DE CANCER “EMMA ROMERO DE CALLEJAS” CCERC EN TRATAMIENTO CON LINAC Y BRAQUITERAPIA. Luis Flores. Médico Oncólogo. Centro de Cancer Emma Romero de Callejas, Tegucigalpa.

103C. PROTECCION RADIOLOGICA. Filiberto Rodriguez. Licenciado en Enfermería. Emma Romero de Callejas, Tegucigalpa.

104C. CÁNCER Y EMBARAZO. Yessica Milipza Zelaya Cruz. Ginecóloga y Obstetra. Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas, Tegucigalpa.

La asociación cáncer y embarazo es poco frecuente (1 de cada 1000 embarazos). Se espera que aumente debido a que más mujeres retrasan la gestación a edades más tardías de su vida reproductiva y la edad materna es el predictor más potente del riesgo de cáncer. La asociación entre embarazo y neoplasia ginecológica maligna es inusual, por lo que la experiencia personal de los clínicos es limitada. Las neoplasias ginecológicas más comunes asociadas al embarazo son el cáncer de cuello uterino y el cáncer de ovario. Las incidencias de el cáncer de endometrio y vulva, durante el embarazo son muy bajas y solo se han reportado pequeñas series o pocos casos. Las incidencias varían entre poblaciones. Su diagnóstico puede retrasarse debido a dificultades para diferenciar la sintomatología de los cambios fisiológicos en el embarazo y aplicar las técnicas para diagnósticos usuales en la embarazada. Los procedimientos diagnósticos y de estadificación no difieren de los indicados en una paciente no gestante. Se aplican los mismos criterios de estadiaje. El diagnóstico de un cáncer durante la gestación no significa que necesariamente deba interrumpirse el embarazo inmediatamente. Es importante tener una política clara para manejar las situaciones de diagnóstico tumoral durante el embarazo, y ésta debe comenzar con la existen-

cia de un equipo multidisciplinario que incluya ginecólogo , perinatologo, oncólogos, radiólogos, radiooncologos y psicólogos, que tengan pautas de actuación definidas y que hagan participar en la discusión y toma de decisiones a la madre y a los familiares .el tratamiento y conducta a seguir en los casos de cáncer y embarazo plantea problemas éticos, médicos y religiosos, que afectan a la madre, el feto, su entorno familiar y al médico.

105C. GUÍAS DE MANEJO DE PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES. René A. Henríquez Espinoza Médico Endocrinólogo Centro de Cáncer “Emma Romero de Callejas”, Tegucigalpa.

En las últimas décadas ha habido un aumento considerable de los casos de cáncer tiroideo, particularmente de la variedad papilar clásica, aunque sin ninguna variación significativa en la mortalidad por este tipo de tumor. Mientras que en el pasado el diagnóstico se fundamentaba en la presencia de un nódulo tiroideo, acompañado de una adenopatía cervical, actualmente, la gran mayoría de los casos de cáncer tiroideo se detectan mediante imágenes sonográficas o tomográficas realizadas con otros propósitos o al realizar procedimientos quirúrgicos de condiciones benignas tiroideas. No solamente ha variado la forma de presentación sino que también han aparecido nuevas estrategias en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, como la citología aspirativa con aguja fina, la clasificación del riesgo de recaída, las indicaciones para tratamiento con yodo radiactivo, la interpretación de las herramientas de seguimiento como la tiroglobulina y el ultrasonido, la reclasificación sobre la marcha del riesgo de recaída, las normativas para el seguimiento a largo plazo del tratamiento con levoritoxina, la interpretación de los nuevos marcadores tumorales y los resultados de los nuevos agente quimioterapéuticos. Muchos grupos han desarrollado guías prácticas clínicas con el objetivo de informar a los clínicos, investigadores y a los sistemas de salud de la mejor evidencia disponible acerca del diagnóstico y tratamiento de los pacientes adultos con cáncer tiroideo, tratando de minimizar el daño por sobretratamiento en los pacientes de bajo riesgo, además de tratar apropiadamente y monitorizar los pacientes de alto riesgo, tomando en consideración que estas medidas deben ser realizadas bajo estrictas normas éticas en enfermedades tiroideas.

106C. ENFERMEDADES RARAS CON TRATAMIENTO: UNA REALIDAD QUE TODOS DEBEMOS SABER. Jorge Ortiz Médico Genetista GENZYME, Guatemala.

107C. AVANCES EN LA CIRUGIA ONCOLOGICA. Ángel Ernesto Argueta, Especialista en Cirugía Oncológica y Cirugía General, Centro del Cáncer Emma, Romero de Callejas y en el Honduras Medical Center. Tegucigalpa.

Gracias a la revolución tecnológica y al mejor conocimiento de la biología del cáncer han habido grandes avances en los últimos 40 años en esta cirugía, ya que al tratar la enfermedad en estadios más tempranos la cirugía oncológica es menos agresiva y el pronóstico mejora grandemente con la ayuda de la Quimio y Radioterapia. Así el TAC IRM , 1131 y el PET modernos, procedimientos Radiográficos nos localizan con más precisión el tumor primario y sus metástasis .La Biopsia por Congelación de Márgenes Transoperatoria, nos ayuda a reseca los tumores sin dejar residuos en las márgenes. La Cirugía Laparoscópica o Cirugía Mínimamente Invasiva, reseca tumores a través de pequeñas incisiones con lo que el enfermo se recupera más rápido, con menos dolor y menos días de hospitalización. Cirugía Robótica, similar a la Laparoscópica con sus mismas ventajas, solo que ésta es realizada por un Robot Mecánico a control remoto y guiado a distancia por un cirujano. Nanotecnología, este nuevo campo en fase experimental, consiste en inyectar vía intravenosa partículas de tamaño de 10 a 10,000 nanómetros (un nanómetro es la millonésima parte de un milímetro), dichas partículas van cargadas de medicamentos como la Doxorubicina, estas penetran la célula tumoral y la destruyen, otras partículas llamadas SERS son fluorescentes y se alojan en el tumor primario o sus metástasis y son visualizadas fácilmente por el cirujano que las reseca. Microcirugía. Es una nueva técnica que nos ayuda a trasplantar tejidos de una área a otra en el enfermo permitiendo reconstruir grandes áreas para lo cual se utilizan microscopios, lentes, instrumentos e hilos especiales para realizar la anastomosis de arteriolas, venas, nervios de 1 a 3 mm. La primera microcirugía en Honduras la realice el 2 de agosto de 1996 en el Hospital Escuela.

108C. REGISTRO HOSPITALARIO DE CÁNCER, BENEFICIOS Y EXPERIENCIA EN EL CENTRO DE CÁNCER. Emma Romero de Callejas, Nelli Sarai Padilla Ruíz, Doctora en Medicina y Cirugía. Centro de cáncer Emma Romero de Callejas, Tegucigalpa.

El registro hospitalario de cáncer es un sistema de información diseñado para recolectar, registrar, analizar e interpretar datos sobre las neoplasias malignas y cierto tipo de neoplasia benignas de personas diagnosticadas y/o tratadas en una institución hospitalaria. El objetivo fundamental de los rhc es el control de calidad del diagnóstico, tratamiento y seguimiento sistemático de los pacientes con cáncer,

así mismo tiene como fin atender las necesidades de administración hospitalaria, calidad de atención del paciente, investigación y docencia, se generan informes sobre los casos de cáncer observados en el hospital por año según la localización tumoral, edad y sexo en forma de frecuencias respecto al número total de casos, proporciona información sobre métodos de diagnóstico, distribución de los estadios clínicos, métodos de tratamiento, respuesta al tratamiento y supervivencia en el ámbito institucional. Además sirven de apoyo a la investigación clínica y son fundamentales para las actividades de prevención. El registro hospitalario del ccerc se inició en 1996 con el apoyo de la unión internacional de lucha contra el cáncer, se ha capacitado al personal en diferentes entrenamientos desde 1997 y se han rendido informes desde 1998 hasta el año 2014, basado en el registro se han atendido 10,179 pacientes con cáncer hasta el año 2014 de los cuales 33.5% son masculinos y 66.4% femeninos , las neoplasias más comunes por área topográfica son en el sexo femenino : 1.-genitales femeninos: 30%, 2.-tiroides: 18.40%, 3.-mama: 18.1%, 4.-sistema digestivo :8.60% y 5.-sistema hematopoyético: 5.10%, en el sexo masculino: 1.-sistema digestivo: 16.80%, 2.-sistema hematopoyético: 14.30%, 3.-cabeza y cuello: 12.30%, 4.-genitales masculinos: 10.10% y 5.-sistema respiratorio: 10%.

109C. LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA. Rafael Mojica especialista en hemato-oncología centro de cáncer “Emma romero de callejas” instituto hondureño de seguridad social, Tegucigalpa.

La leucemia mieloide crónica (lmc) también conocida como mielocítica crónica, leucemia mieloguena crónica, es un tumor maligno de la célula madre hematológica pluripotencial cuyo marcador clonal es encontrado en las tres líneas hematológicas y en algunos linfocitos b y t demostrando un origen primitivo por una proliferación descontrolada de linfocitos de apariencia madura desviación a la izquierda y la presencia de cromosomas filadelphia (ph) (bcr/abl) en aproximadamente un 95 % de los casos. El descubrimiento del cromosoma filadelphia en 1960 y su vinculación solida con el genotipo leucémico marcaron el primer cambio cromosómico ligado a una enfermedad maligna y esto sugirió la hipótesis del origen genético del cáncer. De esta manera el avance en el conocimiento de la leucemia granulocítica crónica (lgc) marcó el inicio de la biología molecular y subcelular para explicar los fenómenos oncógenos. Tres años después se mostró que el cromosoma ph, corresponde al gen de fusión producto de la translocación reciproca de los brazos largos de los cromosomas 9 y 22, referidos como t(9,22) (q 34, q11), la cual genera el gen hibrido bcr-abl señalado como causa de la transformación maligna; el defecto

es proliferativo y existen datos de supresión de la muerte apoptótica* programada manteniéndose intacta la diferenciación y la asignación de estirpe*, de tal manera que este conduce al aumento en número de células maduras en la sangre periférica; ahora se ha podido establecer firmemente, que el cromosoma ph y su producto genético correspondiente son la causa de la fase inicial o “crónica” de la lgc. Su incidencia es de 1.25/100,000, un 15% de las leucemias en adultos, rara en niños, edad promedio de aparición a los 50 años, ligeramente mayor en mujeres. Su etiología es desconocida, la irradiación es solamente conocida Como un factor epidemiológico no así lo genético.

110C. CANCER GASTROINTESTINAL. Edgardo Aguilera Médico, Cirujano Oncólogo Centro de cáncer Emma Romero de Callejas, Tegucigalpa.

111C. NUEVO MODELO DE GESTION HOSPITALARIA. Ritza Lizardo. Médico Salubrista, Dirección de Hospitales, Secretaría de Salud de Honduras, Tegucigalpa.

El Gobierno de Honduras a través de la Secretaría de Salud (SESAL) y en el marco del Modelo Nacional de Salud, mediante acuerdo ministerial No. 145 del 20 de Marzo de 2014 publicado en la Gaceta el 9 de Septiembre de 2014 aprobó el Modelo de Gestión Hospitalaria (MGH), el cual define los elementos operativos y metodológicos para organizar y dirigir, administrar, orientar y facilitar en las unidades hospitalarias de la SESAL, el mejoramiento de su desempeño institucional y por ende, asegurar a la población, el acceso a servicios de salud con calidad, con equidad, eficiencia en la producción, y participación ciudadana en su gestión. El nuevo modelo ofrece nuevas oportunidades para la gestión de los recursos en la red hospitalaria pública y establece propuestas para mejorar la gestión hospitalaria. El proceso de implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria en sus cuatro componentes (Conducción, Gestión de Pacientes, Gestión Clínica, Gestión de Recursos), se desarrolló en su primera fase durante dos años, en tres hospitales (San Lorenzo, Enrique Aguilar Cerrato, de la Esperanza y Juan Manuel Gálvez de Gracias Lempira). Dicha implementación se basó en el levantamiento y rediseño de procesos y/o procedimientos para cada uno de los sistemas organizacionales del hospital, aplicando un enfoque sistémico con énfasis en gestión de procesos y en gestión por resultados. Mediante la aplicación del nuevo modelo de acuerdo a la factibilidad y realidad del entorno de estos tres hospitales, se generaron cambios fundamentales en la gestión hospitalaria y se desarrolló el compromiso hacia una mejor actitud y aptitud del personal, con el propósito de mejorar la eficacia, eficiencia y la calidad en la gestión y provisión de los servicios de sa-

lud que ofrece el hospital, orientándose totalmente al usuario, quien es la razón de ser de los hospitales y del nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria. El nuevo modelo durante su implementación permite la transferencia de capacidades desde la perspectiva de capacitación en trabajo, es decir la formación del personal partiendo de contenido conceptual pero privilegiando la aplicación en la práctica y el quehacer diario de los hospitales. Gestión de Recursos orientado a mejorar la utilización de los insumos médico quirúrgicos a través de los Pactos de Stock esto ha permitido que de manera progresiva se vaya mejorando la gestión y los hospitales han realizado transformaciones en los servicios hospitalarios que se prestan a la población considerando siempre que los usuarios(as) son el eje “CENTRAL DEL MODELO DE GESTION”

112C. LA FORMACION EN MEDICINA ORIENTADA HACIA LA ATENCION PRIMARIA DE LASALUD. Engels Alexis Sandoval. Médico General Hospital de Occidente. Santa Rosa de Copán.

Entre los elementos esenciales de un sistema de salud basado en APS están los recursos humanos, quienes deben poseer los conocimientos y habilidades adecuados, además de observar las normas éticas y tratar a las personas con dignidad y respeto. Esta renovación requiere que nuestro país genere condiciones para el desarrollo de los recursos humanos, que ponga énfasis en la calidad y el mejoramiento continuo, el desarrollo de competencias apropiadas para la APS, el desarrollo de equipos multidisciplinarios, y la promoción de la investigación, entre otras. Los recursos humanos son el componente esencial de los sistemas de salud, pero están inadecuadamente preparados para trabajar en contextos basados en APS, ya que los complejos problemas que se observan en cuanto al personal de salud deben ser abordados a través de políticas de largo plazo, sostenibles e integrales, orientados no solamente a la superación de los tradicionales desajustes entre educación y servicios de salud, sino también a resolver problemas de la migración/traslado, el pluriempleo/desempleo, de la carrera funcionaria y del logro de la competencia laboral. Es por esto que es imprescindible diseñar una línea de trabajo para la definición de las competencias de los equipos de salud, que permitiera orientar en la preparación del personal de salud que requieren los sistemas de salud basados en la APS, considerando que: Los recursos humanos debe planificarse de acuerdo a las necesidades de la población. La capacitación de los recursos humanos debe responder a las necesidades de salud y hacerse de forma permanente. Deben caracterizarse las capacidades del personal (perfil y competencias) que permitan su ajuste a una labor específica. Deben de-

sarrollarse políticas y mecanismos que garanticen las condiciones adecuadas de trabajo y el mejor desempeño del personal de salud.

113C. GESTION DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD BASADO EN ISO 9001:2015. Jorge Barreto, Organización Internacional del Trabajo; Universidad Nacional de Ingeniería. Lima, Perú.

En la actualidad mas de un millón de organizaciones en el mundo aplican ISO 9001, mediante la cual se trata de hacer que “las cosas funcionen” tal como lo define la visión de la Internacional Organization for Standarizacion-ISO, promoviendo la estandarización de prácticas para gestionar la calidad en los diferentes servicios. Ello determina la confianza del mercado en las organizaciones ya que una certificación basada en la norma ISO 9001 permite demostrar ante clientes que sus procesos tienen la capacidad de atenderlos con servicios o productos de calidad. Para ello la ISO 9001 busca ayudar a las organizaciones a hacer más eficientes sus procesos, mejorar la satisfacción de sus clientes aumentando la productividad. Es en tal sentido que la actual versión revisada y actualizada ISO 9001:2015 nos permite identificar los riesgos en nuestras organizaciones como un proceso más, requiriendo un análisis exhaustivo de los riesgos que involucre todos los aspectos de la organizaciones; siendo las organizaciones que brindan servicios de salud unas de las más sensibles al respecto. Objetivo, Presentación y desarrollo de los requisitos de la nueva versión de la ISO 9001:20015; mostrando la importancia de su certificación. Metodología, Exposición acompañada de ejemplos sobre la aplicación de los requisitos de la ISO 9001:2015. Resultados, Presentación de casos de éxitos ante la aplicación de la gestión de calidad. Conclusiones/Recomendaciones, Se afirma la necesidad de implementar y certificar los servicios de salud con ISO 9001: 2015 como requisito fundamental para la calidad de atención a nuestra comunidad.

114C. LEY 100 Y LEY ESTATUTUARIA. Dra. Raiza Isabel de Luque Curiel. Abogada Universidad Javeriana especializada en Derecho médico y Jefe de la Unidad Juridica Clinica Shaio, Colombia

115C. IMPLICACIONES DE LA LEY 100 Y LOS MÉDICOS. Dra. Raiza Isabel de Luque Curiel. Abogada Universidad Javeriana especializada en Derecho médico y Jefe de la Unidad Juridica Clinica Shaio, Colombia.

116C. IDENTIFICACION DE CONDICIONES DE RIESGO BIOMECANICOEN LAS EMPRESAS. QUE Y COMO VALOR? Monica Zambrano. Ergonomista. ERGIOS, Bogotá, Colombia.

117C. PROMESA CONTINUA 2015. Miguel Cubano, Promesa Continua 15, Más Que Una Misión Humanitaria, MD, MBA, FACS, USNS COMFORT (T-AH 20).

El 1ro de Abril del 2015 el buque Hospital USNS COMFORT partió de Norfolk Virginia hacia centro, sur américa y el caribe hacia la misión humanitaria “Promesa Continua 2015”. El USNS COMFORT visito 11 países en seis meses y atendió 122,000 pacientes, se realizaron 1576 cirugías con una sola complicación. Además de la atención a pacientes la misión atendió 6875 animales, reconstruyo áreas de recreación, escuelas y dono insumos a hospitales en la región. La misión contó con médicos y personal de salud de varios países incluyendo de los países visitados al igual que personal de organizaciones no gubernamentales. La planeación de la misión incluyendo la selección de los países a visitar se realizó con un año y medio de antelación, en conjunto con las embajadas, ministerios de salud y entes gubernamentales de los respectivos países. Para su ejecución se contó con voluntarios, traductores y las agencias gubernamentales de cada país, en especial los departamentos de salud. En cada puerto la misión estuvo por un periodo promedio de 10 días. Además de las evaluaciones médicas, se distribuyeron miles de lentes y se donaron sillas de ruedas a los más necesitados. En Honduras la cooperación fue verdaderamente excepcional aportando al fortalecimiento de las relaciones entre ambos países.

118C. EL EJERCICIO DE LA MEDICINA Y LOS DERECHOS HUMANOS. Victor Perello, Abogado y Notario, Bufete Perello Paranky, San Pedro Sula.

El ejercicio de la medicina, esta intrínsecamente ligado a los mas básicos derechos humanos, siendo sus objetivos la preservación de la vida, la mitigación del dolor, y el mantenimiento de la dignidad de los pacientes a través de los conocimientos del personal de salud, sin embargo la loable función de médicos y auxiliares conlleva enormes responsabilidades, que no se limitan a aplicar un tratamiento médico científico, implica además una interacción humana en la que el médico esta obligado a satisfacer las necesidades de las personas en los momentos en que son mas vulnerables y dependientes, en esos momentos el personal de salud se obliga a convertirse en garante de los Derechos mas básicos de la persona humana que atiende y su entorno, esto magnifica la necesidad de que el gremio médico fortalezca

sus conocimientos de los Derechos de los pacientes, para crear conciencia de que dichos derechos solo podrán ser garantizados a los pacientes, aplicando tres criterios fundamentales: 1. Entendiendo que el paciente al que presta su auxilio es una persona humana, y que no solo requiere la aplicación de un procedimiento científico, si no que debe atenderse su condición emocional, psicológica y anímica, 2. Entendiendo que el ser humano no solo es un cuerpo, sino también una conciencia viva. 3. Que al momento de atender al paciente, se encuentra en una posición de superioridad, que somete a la persona a su voluntad y su criterio, por lo que cualquier decisión o acción equivocada, maliciosa o antiética repercutirá en la vida del paciente, y de su familia. La persona humana es el fin supremo de la sociedad y el Estado y todos tenemos la obligación de respetarla y protegerla y garantizarle el más alto nivel posible de salud física y mental.

119C. ROL DE MEDICINA PREVENTIVA EN SITUACIONES DE DESASTRES. Douglas Lougee, MD MPH. Elemento Médico, Fuerza de Tarea Conjunta Bravo, Base Aérea Soto Cano, Honduras.

El Desastre es una situación en la que los recursos de respuesta de emergencia locales, regionales y nacionales son abrumados. Hay muchos diferentes escenarios de desastres posibles, pero la comunidad internacional ha llegado a una serie de principios básicos estandarizados que son comunes a la mayoría de las situaciones. El personal médico, incluyendo médicos y enfermeras tiene un papel clave en la respuesta a desastres. El personal médico que se enfrentan de repente con una situación de desastre es probable que respondan mejor si tienen un marco básico de conocimientos que ayuda a cerrar la brecha entre la práctica clínica habitual y lo que se requiere en la mayoría de los desastres. Descripción de la experiencia: Al personal médico militar de los Estados Unidos le han designado la tarea de responder a desastres en varias ocasiones en los últimos años. En 1991, un grupo de pediatras del Ejército de los Estados Unidos fueron enviados a proporcionar cuidados médicos a las poblaciones desplazadas a raíz de la primera guerra del Golfo. De esta y otras experiencias similares, se dieron cuenta de que no habían sido entrenados para funcionar de forma óptima en este entorno. Un curso de capacitación de dos días fue desarrollado con el fin de familiarizar a los médicos de atención primaria, asistentes médicos y enfermeras con los principios básicos de respuesta a desastres. En 2005, la Academia Americana de Pediatría de Estados Unidos solicitó que los pediatras militares asistieran en el desarrollo de un curso de respuesta a desastres para los pediatras. Ambos cursos han introducido a miles de partici-

pantes en las prioridades básicas de respuesta a desastres y técnicas de medicina preventiva. Lecciones aprendidas: Después de ayudar a desarrollar, actualizar, como también enseñar ambos cursos de preparación para desastres, mi experiencia ha sido que los médicos clínicos y enfermeras en general, no están familiarizados con los principios básicos de las operaciones de socorro. Las áreas que son más extrañas para ellos son las prioridades establecidas por la comunidad internacional para la respuesta a desastres y la integración de la atención clínica con la medicina preventiva que es necesario durante situaciones de emergencia. Mi presentación revisara estos conceptos básicos para la audiencia.

120C. ELABORACION DE DOCUMENTOS NORMATIVOS EN SALUD PUBLICA. Adonis Andonie, Médico General, Master en Salud Publica. Secretaria de Salud Departamento de Regulación, Tegucigalpa.

La Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (SESAL) como ente rector y regulador, de acuerdo al Código de Salud vigente, tiene la responsabilidad y el mandato de regular todas las actividades públicas y privadas en el campo de la salud. Por lo tanto, y con una visión sectorial de la calidad, la SESAL ordenará el proceso de normalización sectorial en salud, involucrando a todo el Sector, para lograr reglas comunes tanto en el subsector público como en el subsector privado y garantizar la protección de los derechos legítimos de los clientes/usuarios. La normalización del sector salud, como resultante de un trabajo multi e interdisciplinario, conlleva momentos de consultas y negociaciones para obtener documentos con lineamientos técnicos que orienten a los diferentes actores a cumplir con eficacia, eficiencia y calidad su función de lograr salud para todos. Así mismo, el contar con Normas Técnicas del Sector Salud elaboradas con una amplia participación técnica de las partes interesadas facilitará la aceptación y la apropiación para su puesta en práctica. Con base en todo lo anteriormente mencionado, el presente documento contiene los lineamientos para la elaboración de documentos Normativos del Sector Salud, con el propósito de facilitar las iniciativas que se den en este Sector, y permita el ordenamiento y la homogeneidad de la normalización para obtener resultados deseados en beneficio de los clientes/usuarios.

121-122C. ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA Y ENFERMEDADES VECTORIALES. Tito Alvarado, MD, MI, MPH, MsCTM, Infectólogo Asociado al HEU/HMC.

La enfermedad del virus Zika es causada por el virus Zika (ZIKV) y transmitida por un mosquito del género Aedes. Su

cuadro clínico es de carácter leve, caracterizado por fiebre, acompañada de erupción maculopapular de intensidad variable. Hasta 2007, solo se habían documentado circulación viral y varios brotes de la infección en África tropical y en algunas zonas del sudeste asiático. Posteriormente, desde 2007, varias islas del Pacífico han experimentado brotes, y hasta 2015 han ocurrido brotes en Sudamérica. Actualmente, es considerada por el ECDC (Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades) como una enfermedad infecciosa emergente. En 2014 se informó de un aumento significativo de la incidencia de casos del síndrome Guillain-Barré (GBS) en la Polinesia Francesa; algo parecido junto con un aumento inusual de la microcefalia congénita se observó en niños nacidos de madres infectadas por ZIKV durante el embarazo, en algunas regiones en el noreste de Brasil en 2015, sin que la relación causal esté definitivamente establecida. Por el momento, no existe ninguna vacuna ni tratamiento específico para la infección por ZIKV, solo medidas sanitarias de control de los mosquitos vectores y en medidas personales de protección.

123C. HERRAMIENTAS CLAVES EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE ENF. INFECCIOSAS. Vianka Sandoval, Infectología, Guatemala

124C. NUEVAS ESTRATEGIAS ANTIBIOTICAS DE RESISTENCIA BACTERIANA. Vianka Sandoval, Infectología, Guatemala

125C. INFECCIONES DE LA PIEL Y TEJIDOS BLANDOS. Tito Alvarado, MD, MI, MPH, MsCTM, Infectólogo Asociado al HEU/HMC

Las infecciones de la piel y tejidos blandos incluyen a todos aquellos procesos agudos y crónicos que afectan la piel, mucosas, anexos cutáneos, tejido celular subcutáneo, fascias y músculo estriado. Estas infecciones son muy comunes y son producidas por una amplia variedad de microorganismos (bacterias, hongos, virus, parásitos etc.). Muchos de ellos forman parte de la microbiota de la piel y mucosas y otros son del medio ambiente. Estos microorganismos penetran al organismo a través de las soluciones de continuidad en la piel y mucosas, por heridas traumáticas, quemaduras, mordeduras, como complicaciones de cirugías, o pueden producirse desde un foco de infección distante a través de la sangre o linfa. El espectro clínico de estas infecciones abarca desde procesos leves hasta cuadros graves que comprometen la vida del paciente. Entre los tipos de infecciones se encuentran las siguientes en la piel: impétigos, erisipelas, ectimas, celulitis, abscesos, paroniquias, dematomicosis, fascitis necrotizantes, gangrenas gaseosas y en las mucosas: conjuntivitis, amigdalitis, faringitis, estomatitis, vaginitis,

uretritis etc. El diagnóstico de estas infecciones es, en general clínico y no microbiológico. El diagnóstico microbiológico se reserva para los casos en los que se precisa conocer la etiología de la infección debido a la gravedad del caso, por la sospecha la presencia de un microorganismo poco frecuente en pacientes inmunocomprometidos o porque son infecciones de larga evolución que no cicatrizan dentro de un período de tiempo razonable. En el tratamiento de estas infecciones se impone el juicio clínico y se utilizan una amplia variedad de drogas antibacterianas, antimicóticas, antivirales etc., las que se administran por vía parenteral, o tópica, con duraciones variables y a veces se utiliza la estrategia dosis-respuesta. En ocasiones se realiza el drenaje quirúrgico si el caso lo amerita.

126C. TRATAMIENTO CON HIPOTERMIA EN ASFIXIA NEONATAL. Alejandro Young. Pediatra. Neonatólogo. Instituto Hondureño de Seguridad Social

127C. METODOS DIAGNOSTICOS EN NEUMOLOGIA. Mario Lanza Medicina Interna UNAH. Neumólogo. Intervencionismo en Neumología. Hospital Honduras Medical Center, Tegucigalpa

128C. ACTUALIDAD ASMA. Mario Lanza Medicina Interna UNAH. Neumólogo. Intervencionismo en Neumología. Honduras Medical Center. Tegucigalpa

129C. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL ESTILO DE VIDA (EXPERIENCIA DE JAPÓN). Marvin Rodríguez Moreno, Master en Salud Pública, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Doctorado en Ciencias. Hospital el Progreso/ UNAH – VS. Honduras.

El estilo de vida son patrones de conducta o un conjunto de decisiones que toman las personas que afectan a su salud y sobre las cuales se tienen más o menos control, constituyendo uno de los determinantes que tiene mucha influencia en el estado de salud de la población. Las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial están asociadas con conductas de riesgo como el consumo abusivo de sustancias consideradas como tóxicas (alcohol, tabaco y drogas ilegales), malos hábitos alimenticios, el sedentarismo y el estrés. Las enfermedades relacionadas con el estilo de vida (Seikatsu-shukan-byo), son un grupo de enfermedades cuyo inicio y progreso está relacionado con la conducta y los hábitos de las personas, entre ellas se encuentran la diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, enfermedades cerebrovasculares y el cáncer. La evidencia científica clínica y epidemiológica existente ha demostrado que la adopción de un estilo de vida saludable puede reducir

la mortalidad global por estas enfermedades de hasta un 43 %. A partir de los años 50's, las principales causas de mortalidad en Japón cambiaron de infecciones a LSRD (cáncer, enfermedades cardíacas y cerebrovasculares), representando actualmente el 60 % de todas las causas de muerte, afectando principalmente a las personas mayores de 40 años. Desde 1978 el gobierno de Japón ha formulado, revisado y aplicado políticas para la promoción de la salud, en la actualidad se encuentran trabajando en la segunda etapa del cuarto programa nacional de promoción de la salud en el siglo 21 (Japón Saludable 21), es un plan establecido para 10 años (2013 – 2022), uno de los objetivos principales es: construir una sociedad fuerte donde las personas puedan vivir una vida larga, sana y espiritualmente equilibrada, promoviendo estilos de vida y conductas saludables (nutrición y dieta saludable, actividad física y ejercicio, descanso, disminución del consumo de alcohol y tabaco y la salud oral) y mejorando el ambiente social del país.

130C. HIPERURICEMIA NUEVO SENFOQUES DE GOTAY DAÑO ENDOTELIAL. Helga Garcia, Medicina Interna. Guatemala.

131C. CIRUGIA BARIATRICA: TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD. Lennyn Alvarenga Cirujano General UNAH Cirugía Bariátrica España. Instituto Hondureño de Seguridad Social Regional Del Norte, San Pedro Sula.

Según la OMS la obesidad y el sobrepeso se definen como la acumulación anormal o excesiva de grasa, la que puede ser perjudicial para la salud. Usando el índice de masa corporal cuando está arriba de 25 se considera sobrepeso, arriba de 30 obesidades. Para el 2014 el 13% de la población adulta a nivel mundial tenía obesidad. En Honduras el 2009 el 34.4% de la población tenía sobrepeso y el 20.9% obesidad. Las causas son multifactoriales, incluyendo más de 200 genes y factores ambientales como el aumento en el consumo de calorías de la dieta, sedentarismo y malos estilos de vida entre otros. Se han asociado múltiples comorbilidades que afectan sistema cardiovascular (ateroesclerosis, dislipidemia, hipertensión), pulmonares (apnea del sueño, asma), metabólicas (diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico) y otros a nivel psicológico, genitourinario, gastrointestinal, dermatológico, musculoesquelético e incluso cáncer de colon, mama y útero. La dieta y el ejercicio físico ni los fármacos han demostrado ser suficientes para lograr una reducción sostenida y mantenida de peso, por lo que la cirugía es la única modalidad efectiva. Sus objetivos son tanto reeducar sobre los hábitos alimenticios como prevenir, reducir y tratar las morbilidades asociadas. Se hará en pacientes con un IMC mayor a 40, o si tiene comorbilidades

cuando sea mayor de 35. Estos procedimientos funcionan al reducir la capacidad del estómago para recibir alimentos (restricción), al desviar el alimento en el intestino y lograr reducir la absorción de nutrientes (malabsortivos) o ambas cosas (mixtos). Los procedimientos restrictivos como la manga gástrica que consiste en reducir el 80% del estómago, y los mixtos como el bypass gástrico son los más utilizados. Obteniendo perdidas del exceso de peso alrededor del 75 al 90%, y resolución de morbilidades en 80 a 85% de los casos

132C. IDENTIFICACION DE COMPLICACIONES A LARGO PLAZO EN PACIENTES QUE HAN SIDO SOMETIDOS A CIRUGIA BARIATRICA. Roberto Esquivel, Cirujano Genral. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

133C. EXPERIENCIA DE CIRUGIA BARIATRICA EN IHSS-SPS. Alvaro Funez, Cirugia General UNAH, Servicio Cirugia General IHSS, San Pedro Sula.

134C. CIRUGIA LAPAROSCOPICA COLORRECTAL. Heidy Rapalo Cirugia General UNAH Proctologa. Hospitl Del Valle y Hopital Nacional Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula.

135C. ABORDAJE INICIAL DE LAS LESIONES LARINGOTRAQUIALES EN EL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO. Francisco Ayes, Cirugia General UNAH Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

136C. CIRUGIA CONSERVADORA DE MAMA VERSUS MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA. Marcio Pinto. Cirujano Oncologo. Hospital San Felipe, Tegucigalpa.

Hoy en día el tratamiento quirúrgico de la mama presenta varias opciones; dependiendo del tamaño, localización' extensión del tumor y preferencias del paciente. Cuando se extirpa sólo el tumor se llama tumorectomía. Cuando lo que se extirpa es el cuadrante donde se localiza el tumor, hablamos de cuadrantectomía. Cuando se extirpa la mama entera, se denomina mastectomía. La cirugía conservadora de mama consisten en la preservación de la mama acompañada de radioterapia acompañada de la biospsia selectiva del ganglio centinela con la eventual disección axilar. La mastectomía radical consiste en la total extirpación de la mama en su totalidad con el respectivo vaciamiento de la axila. Varios ensayos aleatorios han documento que la mastectomía es equivalente a la terapia de conservación del seno (tumorectomía con irradiación de toda la mama) como tratamiento local de mama primario para la mayoría de las mujeres con estadio I y II de cáncer de mama (Nivel de evidencia 1) . La efectividad del tratamiento fue confirmada a través de

dos grandes estudios como NSABP B-06 y MILAN I con 20 años de seguimiento. El objetivo de la cirugía conservadora mas radioterapia es ofrecer una sobrevivida equivalente a la mastectomia preservando una apariencia cosmetica aceptable y una baja tasa de recurrencia en las pacientes tratadas con cancer de mama. La cirugía conservadora de mama está contraindicado en pacientes que están embarazadas y que requerirían radiación durante el embarazo; tienen microcalcificaciones difusas sospechosas que aparece en la mamografía; resultado estético insatisfactorio; o tienen márgenes positivos patológicos. En un último estudio Holandes presentado en San Antonio Breast Cancer Symposium 2015 con un total de 37 mil pacientes con seguimiento a 10 años se encontró que las mujeres que se someten a cirugía conservadora de la mama todavía tenía un 20% de mejoría en la supervivencia a los 10 años en comparación con las mujeres que se sometieron a la mastectomía.

137C. FAST (EVALUACIÓN DIRIGIDA CON ULTRASONOGRAFÍA PARA TRAUMA). Michael Owens, Médico de Medicina de Emergencia, Director de Preparación para Emergencias Globales con Fellowship en Respuesta a Desastres, Centro Médico Naval de Portsmouth, Portsmouth, Virginia.

La Evaluacion Dirigida Con Ultrasonografia Para Trauma (FAST) se ha convertido en sinónimo de ultrasonido de cabecera en el trauma. El propósito del ultrasonido de cabecera en el trauma es identificar rápidamente líquido libre en las cavidades peritoneal, pericárdico y espacios pleurales. Los médicos comenzaron a utilizar el examen de FAST en la década de 1980 como un complemento de diagnóstico y es actualmente el examen de imágenes de elección inicial en los Estados Unidos como parte del protocolo de Advanced Trauma Life Support (ATLS) desarrollado por el Colegio de Cirujanos Americano. Descripción de la Experiencia, Según los protocolos de ATLS y las prácticas actuales de manejo de emergencias, el examen de FAST se realiza inmediatamente después de la evaluación primaria. Esta evaluación diagnóstica es ideal, ya que el médico pueda participar concurrentemente en el manejo de la resucitación mientras realiza sin demora el procedimiento del FAST. Con un mínimo de entrenamiento el ultrasonido es de casi un 100% sensible para identificar hemorragia intraperitoneal en pacientes hipotensos que requieran de una laparotomía emergente. El examen de FAST incluye cuatro vistas básicas que se pueden completar en tan sólo unos pocos minutos: 1) Vista del cuadrante superior derecho (también conocido como perihéptico, bolsa de Morrison, o Vista de Flanco Derecho), 2) Vista de Cuadrante superior izquierdo (también conocido como periesplénico o Vista del flanco izquierdo), 3) La Vista

Pélvica (también conocido como Retrovesical, Retrouterino, o Vista del Fondo del Saco de Douglas), y 4) Vista Pericárdica (también conocida como Vista Subcostal o Subxifoideo). El examen del FAST está indicado en pacientes traumatizados con antecedentes de trauma abdominal, hipotensión, o son incapaces de proporcionar una historia confiable debido a la alteración del estado mental. El uso del FAST para trauma es ahora el estándar en ATLS y en la atención del trauma de emergencia. Desde sus humildes comienzos en la actualidad hay un acumulo considerable de datos para apoyar su uso y debe ser una parte de cualquier conjunto de habilidades que deben de tener los proveedores en salud

138C. E-FAST (EVALUACIÓN DIRIGIDA CON ULTRASONOGRAFÍA PARA TRAUMA EXTENDIDA). Michael D. Owens, Médico de Medicina de Emergencia, Director de Preparación para Emergencias Globales con Fellowship en Respuesta a Desastres, Centro Médico Naval de Portsmouth, Portsmouth, Virginia.

La Evaluacion Dirigida Con Ultrasonografia Para Trauma (Fast) se ha convertido en sinónimo de ultrasonido de cabecera en el trauma. La investigación actual muestra que el ultrasonido de cabecera es equivalente o mejor que, la radiografía de tórax para identificar hemotórax o neumotórax en pacientes con trauma. Por esta razón, muchos médicos de trauma incluyen ahora un examen de FAST extendido (EFAST) para evaluar el neumo- y hemotorax así como las lesiones intraperitoneales. Mediante la adición de imágenes de la vena cava inferior (VCI) y las extremidades inferiores para la trombosis venosa profunda (TVP) para el examen EFAST, el médico puede detectar rápidamente cualquier paciente críticamente enfermo con Shock indiferenciado. Según los protocolos de ATLS y las prácticas actuales de manejo de emergencias, el examen de FAST se realiza inmediatamente después de la evaluación primaria. Esta evaluación diagnóstica es ideal, ya que el médico pueda participar concurrentemente en el manejo de la resucitación mientras realiza sin demora el procedimiento del FAST. Con un mínimo de entrenamiento el ultrasonido es de casi un 100% sensible para identificar hemorragia intraperitoneal en pacientes hipotensos que requieran de una laparotomía emergente. El examen de EFAST incluye los cuatro puntos de vista básicos con relación al examen FAST más los pulmones para hemotórax y neumotórax que puede completarse en unos pocos minutos. Si el médico añade dos estudios adicionales que incluyan la evaluación de la colapsabilidad de la vena cava inferior (IVC) y miembros inferiores (TVP), el EFAST se puede utilizar para ayudar en la evaluación de un paciente crítico en estado de shock indiferenciado. El examen del FAST está indicado en pacientes traumatizados

con antecedentes de trauma abdominal, hipotensión, o son incapaces de proporcionar una historia confiable debido a la alteración del estado mental. El examen EFAST más las vistas de la vena cava inferior y las extremidades inferiores amplia el uso del ultrasonido de cabecera para los pacientes que presenten shock indiferenciado. Estas vistas adicionales permiten al médico diagnosticar con eficacia y resucitar al paciente crítico sin demoras significativas.

139C. TRAUMA EN COMBATE. Miguel A Cubano MD, MBA, FACS, USNS COMFORT (T-AH 20).

Después del ataque terrorista de Septiembre 11. 2001 los Estados Unidos de Norte América ha estado envuelto en conflictos en Iraq y Afganistán por los últimos años. Gracias a los adelantos tecnológicos en el cuidado de heridos en combate el 97% de los militares sobrevive sus heridas. La supremacía aérea, los torniquetes, la cirugía de control de daño, cuidado en ruta, proporción 1:1:1 en transfusiones,

mejor equipo protector, disminución de tiempo entre el trauma inicial y tratamiento, y el entrenamiento de los enfermeros de combate son algunos de los factores por los cuales hemos obtenido tan alto por ciento de supervivencia. Las causas más comunes de muerte continúan siendo hemorragia, neumotórax de tensión y daño de vías aéreas. La data obtenida en 62,000 heridos y más de 7000 muertos ha ayudado a desarrollar guías de tratamiento en combate que salva vidas. Los registros de trauma son vitales para desarrollar nuevos tipos de armaduras y técnicas de tratamiento y resucitación. Dentro de las devastadoras consecuencias de un conflicto el trauma en combate siempre genera avances que eventualmente benefician el trauma a nivel civil.

140C. SEXUALIDAD EN EL CLIMATERIO. Carmen Troya, Ginecolgo-obstetra. Colposcopia, crioterapia, Ginecología de niñas y adolescentes. Consultorios Especializados, Panamá, Panamá.