

# CONFERENCIAS MAGISTRALES

## RESUMENES

**2C. MANEJO DE EMERGENCIA DEL ESTATUS EPILEPTICO EN ADULTOS.** Jorge Arturo Cruz Rodríguez, Especialista en Medicina Interna y Neurología, Miembro de la American Academy of Neurology, Hospital SEMESUR y Hospital y Clínicas Sinaí, Choluluteca.

Los estudios poblacionales muestran una incidencia anual, incluyendo todos los grupos de edad y tipo de convulsiones de 41 por 100,000 habitantes. Aunque se puede presentar a cualquier edad, existe un patrón bimodal, donde se presenta con mayor frecuencia en los menores de un año de edad y los más de 60 años. Los adultos mayores son el grupo etario con mayor riesgo, presentándose una incidencia anual de 86 por 100,000 habitantes y un riesgo de 3 a 10 veces más que otros grupos. Las principales causas son las concentraciones sanguíneas bajas de las drogas antiepilépticas en pacientes con epilepsia crónica (34%), causas sintomáticas remotas (24%), eventos cerebrovasculares (22%), anoxia o hipoxia (10%), causas metabólicas (10%), abstinencia alcohólica y drogas (10%). En niños en más del 50 % de los casos ocurre en presencia de fiebre e infección. Debido a la heterogeneidad del estatus epiléptico, ninguna clasificación ha sido completamente aceptada, algunas se basan en la edad del paciente, localización, semiología clínica, patrón EEG o combinación de cada uno de ellos, lo que indica la necesidad de encontrar una definición operacional, la cual defina convulsiones que duren más de 5 minutos sin recuperación del estado de conciencia. El objetivo principal del tratamiento es el cese de toda actividad clínica y electroencefalográfica, de las convulsiones haciendo uso de medicamentos de primera línea como las benzodiazepinas, segunda línea donde la Fenitoina y Fosfenitoina son de elección y recientemente se incorpora Acido Valproico y Levetiracetam como alternativas, y si no responde a estos medicamentos el uso de barbitúricos y anestésicos se hace indispensable, asociado a la intubación del paciente. Siempre es importante establecer la causa del Estatus epiléptico a través de estudios de imagen y laboratorio.

**8C. CIRROSIS HEPÁTICA EXPECTATIVA DE VIDA** Susana Elena del Carmen Pineda Padilla Médico especialista en Gastroenterología Hospital Escuela y Medical Center.

La cirrosis hepática es causada por alcoholismo, esteatosis hepática no alcohólica, hepatitis B y C, siendo la esteatosis la causa más común. Una vez hecho el diagnóstico de cirrosis el riesgo de muerte es 4.7 veces mayor que la población en general y la cirrosis descompensada aumenta 9.7 veces. La expectativa de vida es de 10-13 años y puede ser de 2 años si la persona está descompensada. El 65% de los alco-

hólicos que dejan las bebidas tienen una expectativa de vida de 3 años. El gasto económico en los Estados Unidos es de 2 billones y costos indirectos de 10 billones anuales. Las probabilidades de desarrollar complicaciones son de 47% ascitis, 28% encefalopatía y 25% sangrado gastrointestinal. La incidencia de hepatocarcinoma es de 5% anual. La cirrosis es una enfermedad que está aumentando en incidencia en nuestro país sobre todo por alta incidencia de síndrome metabólico que tenemos en nuestro país. Para poder mejorar la expectativa de vida de pacientes cirróticos tenemos que hacer varias modificaciones, tratar la enfermedad de base en el caso de las hepatitis vírales, conciencia en el paciente de su enfermedad y dejar los agresores como el alcohol, cambio en el estilo de vida que incluye ejercicios y cambio en hábitos alimentarios. En la medida de posible evitar las descompensaciones ya que cada descompensación disminuye la expectativa de los pacientes.

**9C. HELICOBACTER PYLORI: ¿A QUIÉN TRATAR Y CON QUÉ?** Marco Sánchez. Médico especialista en Gastroenterología y Endoscopia, Jefe servicio de Gastroenterología. Hospital Escuela. Tegucigalpa.

Aun cuando la prevalencia de *H. pylori* este disminuyendo en algunas partes del mundo, la infección permanece presente en 28% a 84%, dependiendo de la población estudiada. *Helicobacter pylori*, es una causa importante en el desarrollo y su erradicación está recomendada en el tratamiento de la úlcera gástrica y duodenal, el cáncer gástrico temprano y el linfoma asociado a tejido linfóide de la mucosa gástrica. Su tratamiento ha sido sugerido para la prevención del cáncer gástrico en personas con alto riesgo. La infección puede tener un rol en el riesgo de úlcera en pacientes que ingieren dosis bajas de aspirina, o inician terapia con antiinflamatorios no esteroideos, en la anemia por deficiencia de hierro sin causa determinada, en la purpura trombocitopenia idiopática y la dispepsia no investigada y funcional. La infección por *Helicobacter pylori* cada vez es más difícil de tratar. El aumento en la prevalencia de cepas resistentes a los antibióticos de los esquemas tradicionales ha conducido a una disminución importante (de menos del 50% en algunos estudios), en las tasas de erradicación. Otra causa a considerar, es el apego sub-óptimo del paciente en la toma de su tratamiento. Al seleccionar el tratamiento, el paciente debería ser interrogado sobre la exposición previa a antibióticos. El tratamiento de primera línea, con triple terapia que incluya claritromicina deberá reservarse para pacientes sin antecedentes de exposición a macrólidos, quienes residan en áreas donde la resistencia a la claritromicina por el microorganismo sea baja. Actualmente, se recomienda, la terapia cuádruple como primera línea que incluya bismuto, o

la terapia concomitante, que consiste en IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol.

**10C. ACTUALIZACIÓN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.** Helga Codina. Médico especialista en Medicina Interna, Subespecialista en Reumatología. Instituto Hondureño de Seguridad Social.

LES enfermedad reumática sistémica, heterogénea, con alta prevalencia en mujeres, producida por trastorno en la inmunomodulación, con base genética e influencia hormonal y ambiental. Descripción de múltiples posibles manifestaciones, para sospechar el diagnóstico clínico y ayudas laboratoriales, incluida la utilidad de la banda lúpica. Menciones de patologías diferenciales y detalle del tratamiento de acuerdo a la gravedad de las manifestaciones conteniendo sus efectos adversos. Especificación de factores pronóstico. Entre las novedades más relevantes se revisan la patogenia de la anemia crónica, la estimación del riesgo cardiovascular, el síndrome antifosfolípido, la predicción del daño acumulado y los avances más recientes en el tratamiento, incluyendo los tolerógenos y las terapias biológicas. También se revisan las contribuciones más relevantes sobre las terapias clásicas, como la optimización del uso de los glucocorticoides y los antipalúdicos, así como el papel que pueda desempeñar la vitamina D.

**11C. ARTRITIS REUMATOIDE.** Francisco Godoy. Médico Especialista en Medicina Interna, Subespecialista en Reumatología. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

La AR es la forma más común de poli artritis crónica. Los criterios de clasificación para la AR se han revisado en 2010 para permitir el diagnóstico y la investigación sobre esta enfermedad que conlleva una importante discapacidad física. La incidencia y la prevalencia de RA generalmente aumentan proporcionalmente con la edad hasta aproximadamente los 70 años, luego declina. Las mujeres son más frecuentemente que los hombres. La incidencia de AR es de 20-50 casos por 100.000 al año, La prevalencia de AR varía entre 0.2-1.2% La AR es una enfermedad multifactorial que incluye componentes genéticos y ambientales. Tiende a ocurrir en familias. Los alelos HLA-DRB1 que codifican un epítipo compartido Poco se sabe sobre los factores ambientales que pueden desencadenar la AR. La infección puede desempeñar un papel en algunas personas. Existen interacciones complejas entre las hormonas sexuales femeninas y la AR. El inicio de la AR es poco frecuente en el embarazo y la AR son más comunes en las mujeres nulíparas. La intensidad y duración del tabaquismo, así como la obesidad, son factores de riesgo para la AR, Así como la presencia de anticuerpos anti-citrulinados. El impacto en los pacientes es importante dentro de los 10 años de aparición, al menos el 50% de los pacientes son incapaces de mantener un traba-

jo a tiempo completo. Aquellos cuya enfermedad comienza temprano (antes los 45 años) son más propensos a ser severamente discapacitados que aquellos cuya enfermedad comienza a mayores edades de 70 años. De ahí la importancia de un diagnóstico temprano y manejo precoz utilizando racionalmente varios medicamentos llamados drogas de acción lenta capaz de frenar esta enfermedad además de contar con el apoyo de cirugía ortopédica. Se calcula que la discapacidad por AR podría verse reducida en un 40% si se hacen buenas gestiones de salud.

**15C. ARTROSIS.** Milton Faustino Rodas. Médico especialista en Ortopedia y Traumatología.

Es el Resultado de cambios mecánicos y eventos biológicos que desestabilizan el equilibrio entre la síntesis y degradación del cartílago articular, matriz extracelular y hueso subcondral. El Cartílago articular Está formado por agua 70%, agregados moleculares 25% (Colágeno tipo II y proteoglicanos) y células 5% (condrocitos). Los factores predisponentes no modificables son la edad mayor, sexo femenino, raza blanca y las articulaciones de carga, principalmente las rodillas y las caderas. Los factores modificables son el sobrepeso y la ocupación. La artrosis es el resultado de la disparidad entre el stress aplicado al cartílago articular y la capacidad de este para soportarlo, la deformación del cartílago produce insuficiencia de colágeno, la que causa pérdida de los proteoglicanos de la matriz extracelular, lo que lesiona los condrocitos y libera enzimas proteolíticas produciendo mayor pérdida de proteoglicanos y destrucción progresiva del cartílago articular. Como respuesta hay esclerosis del hueso subcondral, formación de osteofitos, quistes subcondrales y fibrosis de la capsula articular. El síntoma principal es el dolor de tipo mecánico, puede haber rigidez articular matutina, tumefacción, limitación de la función; y en los casos avanzados, perdida funcional, deformidad articular, atrofia muscular e inestabilidad. La clasificación más utilizada, es la clasificación radiológica: Artrosis grado I que es un estrechamiento del espacio articular, Artrosis grado II que consiste en estrechamiento del espacio articular, esclerosis del hueso subcondral Artrosis gradoIII que cursa con estrechamiento del espacio articular, esclerosis y osteofitos. Artrosis grado IV donde hay un estrechamiento del espacio articular, esclerosis, osteofitos y quistes subcondrales. El Tratamiento puede ser no farmacológico: Educación, pérdida de peso, ejercicios de bajo impacto e instrumentos de apoyo, y el tratamiento Farmacológico: Analgésicos no opioides y opioides, AINES, inhibidores COX 2, inyecciones intraarticulares con esteroides de depósito y ácido hialurónico, y fármacos modificadores de los síntomas (Glucosamina, condroitín, diacereina e insaponificables de perseá gratisima y glicina) finalmente el Tratamiento quirúrgico: Limpiezas articulares, osteotomías y artroplastias.

**16C. TOS DE DIFÍCIL MANEJO.** Carlos Enrique Guillén Ayala. Médico especialista en Otorrinolaringología. Hospital SEMESUR Choluteca.

La tos es uno de los motivos de consulta más frecuente. La mayoría de las veces obedece a un problema agudo y la causa es evidente; pero si es una tos diaria y persiste más de 3 semanas se considera como tos persistente o crónica. Es un mecanismo para la movilización de las secreciones, cuerpos extraños y factores irritantes para el tracto respiratorio. Según sus características la tos crónica se divide en tos específica (asociada a síntomas y signos que indican un problema subyacente) e inespecífica (seca que no se relaciona con ninguna causa conocida). La etiología de la tos crónica: Reflujo gastroesofágico, Infección, Asma, Aspiración de cuerpo extraño, Foco Otorrinolaringológico (goteo postnasal). La tos en este caso obedece a estimulación mecánica de la rama aferente del reflejo de la tos en la vía aérea superior provocada por las secreciones que descienden de la nariz o los senos. Aparte de las infecciones víricas, los gérmenes más habituales que producen infecciones a este nivel son: *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *M.catarrhalis* y *S.aureus*. El patrón típico es el niño en edad preescolar que comienza con infecciones repetidas de vías altas que conllevan a una hipertrofia adenoamigdalina, otitis e incluso a cuadros obstructivos durante el sueño. En niños mayores, la presencia de rinitis persistente o hipertrofia de cornetes debe hacernos pensar en la presencia de atopia. El diagnóstico se hará por la Historia clínica, antecedentes alérgicos, respiratorios, digestivos, Características de la tos, ¿Cuándo tose?, Antecedentes familiares de atopia en primer grado fibrosis quística, tuberculosis, Exploración física, Estudio radiológico, Función pulmonar, Estudio microbiológico, Phmetría, Endoscopias (broncoscopia) y ORL flexible. La tos es un síntoma y no una enfermedad por lo que nuestro objetivo fundamental es identificar su causa para tratarla.

### **17C. SE PUEDE CURAR LA DIABETES CON CIRUGIA?**

Lennyn Alvarenga. Médico especialista en Cirugía General y Laparoscopia Avanzada. Subespecialidad en cirugía Bariátrica, endocrina y metabólica. Hospital Vall d'hebron, Barcelona. España.

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 sus comorbilidades, especialmente la DMT2. Para 1995 existen publicaciones con remisión después de un bypass gástrico aun-

que 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, Desde 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.

**18C. MANEJO QUIRURGICO DE LA OBESIDAD.** Lennyn Alvarenga. Médico especialista en Cirugía General y Laparoscopia Avanzada. Subespecialidad en cirugía Bariátrica, endocrina y metabólica. Hospital Vall d'hebron, Barcelona. España.

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; obesidad. 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 el sistema cardiovascular (ateroesclerosis, dislipidemia, hipertensión), pulmonar (apnea del sueño, asma), metabólico (diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico) y otras a nivel psicológico, genitourinario, gastrointestinal, dermatológico, musculoesquelético e incluso cáncer de colon, mama y útero. La dieta, el ejercicio físico o los fármacos no han demostrado ser suficientes para lograr una reducción sostenida y mantenida de peso, por lo que la cirugía es la única modalidad de verdad 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 (malabsorción) o ambas co-

sas (mixtos). Los procedimientos restrictivos como la manga gástrica, y los mixtos como el bypass gástrico son los más utilizados. Con ellos se logra obtener pérdidas del exceso de peso alrededor del 75 al 90%, y resolución de morbilidades en 80 a 85% de los casos.

**20C. DIVERTICULITIS AGUDA.** MARIO FABRICIO DISCUA. Médico especialista en cirugía general y laparoscopia. Hospital Roberto Suazo Córdova, La Paz. Honduras.

La enfermedad diverticular es una patología frecuente en nuestra población, la cual corresponde a la herniación de la mucosa a través de puntos de debilidad en la pared colónica. La inflamación y/o perforación de los divertículos suele provocar un cuadro clínico en muchas ocasiones grave y de urgencia, el cual debe ser diagnosticado y resuelto de forma óptima. El diagnóstico clínico se confirma con la tomografía computada de abdomen y pelvis, y de acuerdo a los hallazgos se clasifica y decide la terapéutica adecuada. En los casos de diverticulitis simple donde solo ocurre la inflamación del divertículo, el reposo intestinal y los antibióticos endovenosos son la terapia más efectiva. Ante la presencia de diverticulitis complicada (absceso, peritonitis purulenta o fecaloidea) existen múltiples opciones que comprenden desde el drenaje del absceso vía percutánea, operación de Hartmann, resección y anastomosis primaria, y lavado laparoscópico. En la presente charla se expone la etiopatogenia, diagnóstico, tratamiento médico y las múltiples alternativas quirúrgicas en los pacientes con diverticulitis aguda complicada.

**21C. MANEJO QUIRÚRGICO DE LAS SECUELAS DE LA LUXACIÓN CONGÉNITA DE RODILLAS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO FALLIDO EN SU INFANCIA.** José B. Aviles. Médico especialista en ortopedia y traumatología, Neurortopedia; especialista en enfermedades Neuro musculares Centro Hondureño de Deformidades Oseas (CHDO). Médico asistencial Centro Hondureño de Deformidades Oseas CHDO.

La luxación congénita de rodilla es un proceso raro, con una mayor incidencia en el sexo femenino (2,1). Existen tres grados de severidad según la clasificación de Laurence y Fisher: Grado I: Hiperextensión de la rodilla sin desplazamiento de las superficies articulares. Grado II: Subluxación con deslizamiento de la epífisis tibial sobre la cara anterior del fémur. Grado III: Luxación anterior completa de la tibia sobre el fémur. La incidencia de esta patología es de 0.017 por cada 1.000 nacidos vivos. En algunos casos se asocia a luxación de cadera (45%), malformaciones en los pies (30%) o a determinados síndromes como el Síndrome de Larsen, Ehlers-Danlos o el Síndrome de Down. En nuestro sistema de salud se tratan efectivamente con medios conservadores los primeros dos grados de luxación, pero existe un grupo de pacientes q no recibieron tratamiento al momento de na-

cer y otro grupo de pacientes que los tratamientos fracasaron; en el presente trabajo se presenta un caso el cual llevo a nuestro servicio a los 24 años de edad presentado deformidades severas que de forma progresiva han afectado la marcha y la calidad de vida de la paciente. Ante tal deformidad en nuestro medio no existía la posibilidad de corregir tales deformidades con cirugías convencionales.-En la actualidad nuestro gremio médico cuenta cada día más con sub especialista que mejoran las expectativas de los tratamiento quirúrgicos a través de la implementación de técnicas no convencionales. El presente trabajo muestra las técnicas quirúrgicas no convencionales realizadas en un solo tiempo quirúrgico y su resultados. La obtención de buenos resultados con la implementación de estas técnicas no convencionales nos hace ponernos a la vanguardia de los estándares de atención actual.

**23C. DUELO PERINATAL.** José Luis Cruz Flores. Médico especialista en Psiquiatría. Universidad nacional autónoma de Honduras y DIME.

El duelo es un proceso psicológico "normal" que se produce por la muerte de una persona querida. Es una experiencia emocional, universal y dolorosa que se vive en diferentes momentos: impacto y crisis, turbulencia afectiva, desesperanza reversible, reorganización y revinculación. El duelo perinatal puede ser de los más difíciles e indescriptibles en vista que es la experiencia de los padres que comienza tras la pérdida de un bebé por aborto involuntario, muerte fetal, neonatal o la interrupción voluntaria por anomalías fetales que podría desencadenar resultados sociales, psicológicos y biológicos negativos a largo plazo, particularmente cuando es repentino y traumático. Se caracteriza por ser una respuesta emocional compleja, a menudo expresada de forma diferente entre hombres y mujeres. El duelo perinatal no solo incluye la pérdida de un hijo, supone la pérdida de un proyecto de vida que a veces no puede ser reconocido socialmente, expresada ni apoyada en público. Considerando lo anterior es importante la necesidad de hablar sobre este tema ya que en muchos casos los profesionales de la salud no sabemos cómo actuar ya sea por falta de conocimiento o la propia tendencia inconsciente de evitar situaciones negativas y dolorosas, sin embargo, somos los llamados a conducirlos, orientarlos y ayudarlos prestando atención al tono de la voz, gestos, postura y mirada sin menospreciar la pérdida y reconocer los casos en que sea necesario el abordaje psicoterapéutico o farmacológico especializado.

**25C. ASMA EN PEDIATRÍA. GUÍAS ACTUALES.** Lourdes Regina Morales Luna. Pediatra Neumóloga. Hospital Escuela Universitario.

El asma es una enfermedad crónica que representa uno de los principales problemas de salud a nivel mundial afectando a más de 300 millones de habitantes y que se relaciona

con la pérdida progresiva de la función pulmonar, limitación de las actividades cotidianas, menor calidad de vida y muerte prematura, así como un gran impacto socioeconómico. Es una enfermedad heterogénea, de base genética y origen multifactorial, de evolución crónica y curso variable, que se expresa en la clínica por diversos fenotipos. El diagnóstico de asma establece un reto en la práctica clínica especialmente en lactantes y preescolares. Las bases para el diagnóstico son clínico, funcional y la exclusión de diagnósticos alternos, incluyendo enfermedades como fibrosis quística, o malformaciones broncopulmonares. Los síntomas clásicos son tos de predominio nocturno, que se exacerba con risa o llanto, dificultad respiratoria, sibilancias, opresión torácica, variables en tiempo e intensidad. En menores de 5 años es frecuente la tos y sibilancias episódicas durante infecciones respiratorias virales, o tos nocturna como único síntoma. Según edad del paciente se demostrará obstrucción reversible del flujo aéreo mediante espirometría y/o flujometría. Los objetivos del tratamiento son el control de síntomas diurnos y nocturnos, reducir el riesgo de exacerbación y pérdida de función pulmonar, así como evitar efectos adversos. El tratamiento farmacológico se establece según el nivel de control y gravedad, riesgo de exacerbación y el fenotipo asmático. El tratamiento escalonado del asma se inicia con medicamento de rescate ( $\beta_2$  agonista de acción corta) sin embargo, la piedra angular para lograr el control, la constituyen los corticosteroides inhalados, con revisión de respuesta cada 2-3 meses de tratamiento, ajustando dosis o agregándose otras terapias. Previo a modificar el tratamiento se debe verificar adherencia, accesibilidad a medicamentos, control ambiental, así como detectar y tratar comorbilidades frecuentes en niños como rinitis o reflujo gastroesofágico.

**26C. ABORDAJE INICIAL DE LA PAREJA.** Marvin Lazo Cabrera. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Sub-especialista en Infertilidad y Reproducción Asistida (Biólogo de la Reproducción), Diplomado en Endoscopia Ginecológica. Jefe del servicio de ginecología y obstetricia Hospital San Lorenzo.

La incidencia de infertilidad en el mundo va en aumento con cifras que varían entre 15 y 20%, este aumento se debe principalmente por la tendencia actual de posponer embarazos a edades más avanzadas la contaminación ambiental, aumento de enfermedades de transmisión sexual, obesidad, drogadicción y hábitos nocivos, la distribución aproximada de los factores causales según diversos estudios está el factor masculino de un 30-50%, ovárico 20-30%, tubario 15-20%, cervical 5-10% en más de 30% de los casos se observan factores múltiples, en el 60% de las parejas infértiles se logra un embarazo. La investigación básica requiere ser integral y organizada, el estudio comienza de acuerdo a lo que sugiera el interrogatorio. Los objetivos en la evaluación

implican, descubrir la causa o causas de la infertilidad, establecer un pronóstico, y ofrecer tratamiento. La historia clínica es indispensable dirigida al hombre y a la mujer en busca de la causa de infertilidad, dentro de los estudios iniciales, espermograma en busca de factor masculino, histerosalpingografía en busca de factor tubario, histeroscopia, laparoscopia, ultrasonido en busca de factor ovárico, exámenes laboratoriales, FSH, LH, estradiol, prolactina, progesterona en día 21, para llegar a un tratamiento, médico quirúrgico o técnicas de reproducción asistida.

**27C. OBESIDAD Y REPRODUCCIÓN.** Sayra Carolina López Fuentes. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Subespecialista en Biología de la Reproducción Humana Hospital SEMESUR; Choluteca.

La función reproductiva es controlada por el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal y es muy sensible a las condiciones ambientales, la dieta, contaminantes químicos y diferencias epigenéticas. La obesidad es la enfermedad crónica más común en los Estados Unidos, casi dos tercios de las mujeres y tres cuartas partes de los hombres tienen sobrepeso u obesidad. En 1998 el National Institutes of Health definió obesidad en relación al índice de masa corporal, esta relación varía por sexo, edad, raza y etnia; es una enfermedad crónica caracterizada por exceso de grasa, cuya etiología es un desbalance entre la energía ingerida en los alimentos y la energía gastada, este desbalance es promovido por complejas interacciones entre inadecuados hábitos dietéticos, disminución del ejercicio físico y antecedentes genéticos. El exceso de energía almacenada en las células de grasa que aumentan en número o se agrandan, resulta en un tejido adiposo disfuncional que resulta en un incremento sistémico de citocinas proinflamatorias e incremento en la liberación y acumulación de especies reactivas de oxígeno que conducen a inflamación crónica y stress oxidativo que producen daño en el ADN; con consecuencias patológicas como diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y disfunciones reproductivas. El status oxidativo de las células moduladoras de la angiogénesis, es crítico para el desarrollo folicular, formación del cuerpo lúteo, diferenciación endometrial, y crecimiento embriogénico, además el stress oxidativo es un mecanismo poderoso que daña el espermatozoide, eventualmente produce infertilidad masculina. Las alteraciones epigenéticas tienen impacto sobre la función reproductiva en general se divide en dos áreas, efectos somáticos y efectos en línea germinal. Las modificaciones epigenéticas son dinámicas y reversibles y cambian en respuesta a los patrones dietéticos, actividad física y pérdida de peso, los marcadores epigenéticos relacionados con obesidad, pueden constituir objetivos terapéuticos para la prevención de trastornos relacionados con la obesidad incluyendo patologías reproductivas.

**29C. MANEJO QUIRÚRGICO DE LA INFERTILIDAD.** Norman Gustavo Morales Alvarado. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Sub Especialidad en Biología de la Reproducción Humana, Adiestramiento en Endoscopia Ginecológica. Hospital Escuela Universitario. Profesor Titular II Facultad de Ciencias Médicas UNAH

Infertilidad se define como la ausencia de embarazo después de un año de relaciones sexuales sin protección. En la época actual, la Fertilización In Vitro (FIV) se ha convertido en el tratamiento para la mayor parte de los problemas de infertilidad, sin embargo, aún existen patologías relacionadas con infertilidad que pueden ser manejadas y resueltas mediante técnicas quirúrgicas. Estas técnicas, enmarcadas bajo el nombre de endoscopia ginecológica, incluye la laparoscopia e Histeroscopia tanto diagnostica como quirúrgica, se han utilizado con éxito para resolver patologías asociadas a infertilidad primaria o secundaria. En el caso de la laparoscopia, esta se ha utilizado para el manejo del factor tubárico en patologías como el hidrosalpinx, oclusión tubárica distal (fimosis de fimbrias, adherencias tubarias) endometriosis tubárica o deseo de recanalización tubárica posterior a esterilización quirúrgica; además de resección de endometriomas o quistes persistentes en ovarios, o simplemente para corroborar permeabilidad tubárica mediante cromopertubación. En cuanto a la Histeroscopia, permite una visualización directa de la cavidad uterina, y las anomalías presuntivas de las imágenes radiológicas pueden diagnosticarse con mayor certeza. Se precisan diagnósticos en entidades como: útero didelfo, tabicado, *uni* o *bicollis*. Es el estándar de oro en el diagnóstico y resección de tabiques, miomas submucosos, pólipos o adherencias, asociados a infertilidad y Pérdida Gestacional Recurrente. Una mujer sueca de 35 años se convirtió en septiembre de 2014 en la primera del mundo en dar a luz un bebé tras recibir un trasplante de útero, en la Universidad de Göteborg, siendo MATS BRANNSTROM, el jefe del proyecto investigador. Se realizó FIV (extrajeron 11 óvulos) y, tras realizarse exitosamente el trasplante de útero, procedente de una mujer menopaúsica, se le transfirió un único embrión. Ya hay otras 4 mujeres que han dado a luz mediante esta técnica quirúrgica.

**31C. USO DE ASPIRINA EN EMBARAZO. HERIBERTO RODRÍGUEZ GUDIEL.** Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Subespecialista en Medicina Materno Fetal. Hospital San Felipe y Hospital Escuela Universitario.

La aspirina inhibe la ciclooxigenasa (COX). Al disminuir el tromboxano (TXA<sub>2</sub>), modifica la relación PGI<sub>2</sub>/TXA<sub>2</sub> y tiende a reestablecer el balance fisiológico alterado por la invasión trofoblástica fallida. La administración continua de aspirina a dosis entre 0,3 y 1,5 g/kg por día parece inhibir con más efectividad la actividad COX de las plaquetas que la actividad COX de las células endoteliales. Las células endoteliales son nucleadas y pueden resintetizar COX, a dife-

rencia de las plaquetas anucleadas, que están permanentemente inactivadas. Solo las nuevas plaquetas formadas de megacariocitos pueden renovar TXA<sub>2</sub>, pero entonces ellas se vuelven incapaces de producir más, cuando se repite la administración de aspirina. Al revés, las células endoteliales renuevan PGI<sub>2</sub> de manera rápida. De esta manera, es apropiado prescribir un tratamiento preventivo con aspirina en embarazos en mujeres con historia de preeclampsia severa de inicio temprano o RCIU severa, o un síndrome antifosfolípido (donde los anticuerpos anticardiolipina pueden interferir con la síntesis endotelial de PGI<sub>2</sub>) son indicaciones para la prevención con dosis bajas de aspirina, de 100 a 150 mg. Parece necesario empezar el tratamiento preventivo tan temprano como sea posible, a las 13 semanas o aún antes, dependiendo de las bases fisiopatológicas señaladas y la historia obstétrica. El tratamiento se continuará hasta las 35 semanas. Algunas veces, el tratamiento puede iniciarse antes de la concepción (enfermedades autoinmunes, tales como el síndrome antifosfolípido), combinada con heparina o corticoesteroide. La terapia de prevención con dosis bajas de aspirina no es efectiva en mujeres con enfermedades médicas, como hipertensión crónica, nefropatía crónica o trasplante renal, diabetes.

**33C. INFECCIONES DE LA PIEL Y TEJIDOS BLANDOS.** Tito Alvarado, MD, MI, MPH, MsCTM. Infectólogo Asociado al Hospital Escuela Universitario y Hospital Medical Center.

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, dematocosis, 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 es-

tas 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.

**34C. AVANCES: ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA.** Tito Alvarado MD. MI, MPH. MsCTM. Infectólogo Asociado al Hospital Escuela Universitario y Hospital Medical Center.

El 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 había documentado en 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, y posteriormente en otros países de América. Actualmente, la relación causal entre el virus y la microcefalia está definitivamente establecida, así como el síndrome congénito de Zika con sus múltiples alteraciones neurológicas motoras y sensitivas. Además, existe evidencia parcial que este virus destruye a las células de reproducción en los testículos y ovarios produciendo esterilidad en ambos sexos. En relación a tratamiento y prevención, se esperan los resultados clínicos del uso de azitromicina en mujeres embarazadas infectadas por el virus, ya que experimentalmente en ratones se descubrió que esta droga inhibe la infección del virus en células neurológicas progenitoras de estos animales. La vacuna contra el virus se encuentra en fases clínicas avanzadas. En consecuencia, al no disponer de estas medidas contra el virus, solo nos queda aplicar las recomendaciones sanitarias del Ministerio de Salud en el control de los mosquitos vectores y las medidas personales de protección.

**36C. ACTUALIDADES EN TUBERCULOSIS.** Diana Suyapa Varela Bustillo. Médico Especialista en Medicina Interna. Infectóloga del Hospital Escuela Universitario.

La tuberculosis es una infección causada por bacterias del complejo *M. tuberculosis*, que se transmite por partículas infecciosas a través de la tos. Esta enfermedad continúa siendo una de prioridad en salud pública a nivel mundial. Según el Reporte Global de Tuberculosis, en el 2015 se reportaron 10.4 millones de casos nuevos, de los cuales 480,000 fue-

ron de Tuberculosis Multidrogoresistente. En Honduras se reportaron 2,906 casos nuevos y recaídas este mismo año. Además es una de las 10 principales causas de muerte por enfermedades infecciosas, aun por encima de la infección por VIH. Por esta razón la OMS planteo La estrategia "Eliminemos la Tuberculosis" que tiene como meta para el 2035, reducir en 95% los casos de muerte asociada a Tuberculosis, y en un 90% la tasa de incidencia en comparación con el 2015. Uno de los pilares de esta estrategia es el diagnóstico temprano con pruebas de droga susceptibilidad a fármacos anti tuberculosis de primera línea, y el tamizaje sistemático de contactos y grupos de alto riesgo. Para el diagnóstico el cultivo sigue siendo el estándar de oro. A partir del 2007 con el cultivo en medio líquido (MGIT 960) se acorta el tiempo de identificación de la especie a 14 días, con una sensibilidad ligeramente mayor a la del cultivo en medio sólido, una ventaja para la instauración oportuna de tratamiento. En el 2011 la OMS aprobó el uso de **GeneXpert MTB/rif**, una prueba molecular que amplifica el ADN de *M. tuberculosis* de forma automatizada en 2 horas, capaz de detectar cepas resistentes a Rifampicina. Esta prueba representa un gran avance en países de alta prevalencia, como el nuestro, y de mucha utilidad para la detección temprana de casos de fármaco resistencia.

**39C. PERIODO CRÓNICO SIN PATOLOGÍA DEMOSTRADA. ENFERMEDAD DE CHAGAS.** Jorge Mitelman. Profesor Titular IUCS Fundación HA Barceló, Secretario Ciencia y Técnica IUCS Fundación HA Barceló, Director consejo de enfermedad de Chagas SIAC.

La Enfermedad de Chagas se clasifica en: Fase Aguda: Que incluye el Vectorial, Congénito, y Transfusional. La Fase Crónica aquella en la cual no hay evidencia de patología demostrable y con Patología demostrable. La cardiopatía Puede ser Sin dilatación, con arritmias supra ventriculares y con dilatación más Insuficiencia Cardíaca. La Etapa preclínica, subclínica o inaparente es aquella donde los pacientes tienen serología positiva para Chagas, carecen de síntomas clínicos, su examen físico cardiovascular es normal y los estudios complementarios son normales (ECG, Rx Tx, PEG, ECO). Además el examen del aparato digestivo es normal. La Enfermedad de Chagas se puede estudiar mediante; Serología para Chagas (Elisa/HAI/IFI), Examen clínico, EKG, Radiografía de tórax, Prueba de Esfuerzo, Ecocardiograma y Doppler, Holter de 24 Hs. Y además mediante estudios del aparato digestivo (transito esofágico, SEG, ecografía de vesícula y vías biliares). Estudios condicionales, PVT, VFC; Dispersión QT, Cámara Gamma La ausencia de cambios electro cardiográficos, descartaría la cardiomiopatía chagásica crónica en la mayoría de los casos con infección crónica (buena especificidad). No obstante el uso de otras herramientas diagnósticas revelarían hallazgos anormales en aproximadamente 20 a 30 % de los pacientes asintomático con ECG normal: Esta tasa de anomalías de magnitud similar a la de los pacientes que desarrollan en-

fermedad clínica representa un desafío al valor de la clasificación convencional (Reunión expertos TDR/OPS 2005) Surge así el concepto que la simple presencia de serología reactiva debe ser considerada como factor de riesgo de desarrollo de miocardiopatía y de muerte súbita. Que esto pueda ocurrir en un tiempo alejado no quita que debamos prevenirlo configurando protocolos que tiendan a evitar el remodelado, mejoren la disfunción endotelial y homogenicen los períodos refractarios. Análisis de riesgo Mitelman-Giménez. Score Integrado para detectar precozmente alteraciones que conducirían al desarrollo de complicaciones cardíacas en pacientes crónicos sin patología demostrada.

**40C. MANEJO ACTUAL DE ICC ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS DISPONIBLES ACTUALMENTE.** Carlos E Ramos Midence. Médico Especialista en Medicina Interna y Cardiología. Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa, Honduras.

La Falla Cardíaca es una condición que afecta una importante población alrededor del mundo y en nuestro país. Se acepta que la mitad de los pacientes que tiene esta condición fallecen en menos de 5 años. La mortalidad asociada a esta condición sobrepasa a la que ocurre en algunas formas de cáncer. En la falla cardíaca ocurre la activación del sistema renina angiotensina aldosterona y del sistema simpático, por lo cual el bloqueo de estos 2 sistemas ha demostrado disminuir la mortalidad y morbilidad asociada a esta condición. A través de diversos estudios existen estrategias firmes para guiar el uso de los fármacos que ayudan en el tratamiento de la misma. La disminución de la frecuencia cardíaca a través de la intervención farmacológica en los Canals If que existen en el nodulo sinusal y el uso de un bloqueador de los receptores de angiotensina con inhibidor de la nepresilina ya han sido incluidos en la nuevas guías de manejo de falla cardíaca. El conocimiento de las estrategias que demuestran ayudar en el tratamiento de la falla cardíaca es un conocimiento muy valioso para ayudar a los pacientes afectados por esta condición.

**41C. CÁNCER DE PIEL Y CAMBIO CLIMÁTICO.** Rafael Valle Pinto. Dermatólogo. Hospital San Marcos de Ocotepeque.

La predisposición al cáncer de piel es en parte genética, siendo más frecuente en las personas de piel blanca, que corresponde a tipo I, II y III de la clasificación de Fitzpatrick. Sabemos que la incidencia del cáncer de piel está aumentando debido entre otros al cambio de nuestros hábitos de vida, como la incorporación de actividades al aire libre y el abuso de bronceado sin adoptarse las medidas de protección adecuadas. El calentamiento global y la reducción de la capa de ozono también están directamente ligados al incremento del cáncer de piel. El ozono que contiene la estratosfera absorbe la mayor parte de la radiación ultravioleta procedente del sol, en particular la radiación de menor

longitud de onda, que es la más nociva. Se calcula que la concentración anual media de ozono ha descendido aproximadamente un 4% por década. Aumentando los días de sol y creciendo el número de horas de exposición a la radiación ultravioleta, que es el agente cancerígeno más conocido en la actualidad. Clásicamente se han considerado a los rayos UVB como los más dañinos ya que los UVC son filtrados por la capa de ozono. En la actualidad, la reducción de la capa de ozono hace que disminuya la filtración de los rayos UVC. Los tipos de cáncer de piel más frecuentes son Carcinoma Basocelular (85% a 90%), Carcinoma Espinocelular (10% a 15%), Y Melanoma Maligno (3% a 5%).

**53C. METÁSTASIS HEPÁTICAS DEL CÁNCER COLORECTAL.** Hoover R. Henríquez Cooper. Médico especialista en Cirugía Oncológica, Subespecialidad en Cirugía Gastrointestinal Alta, Bariátrica y Laparoscópica, Cirugía de trasplante, Cirugía Hepato- Bilio-Pancreática. Calgary Alberta, Canadá.

El Hígado es el sitio más frecuente para las metástasis hematógenas del Cáncer Colorectal (CCR). El 25% de los pacientes con CCR tienen metástasis hepáticas sincrónicas, y eventualmente entre el 50-60% de los pacientes a quienes se les reseco su CCR primario desarrollaran metástasis hepáticas metacrónicas. El principal determinante para la sobrevida de los pacientes con MHCCR es la extensión hepática de estas metástasis. Por lo tanto, cuando no son tratadas en forma adecuada, la sobrevida de los pacientes puede ser estimada en meses. A pesar de contar con mejores terapias regionales, mejores quimioterapias, y excelentes agentes biológicos, la sobrevida de estos pacientes raramente sobrepasara los 3 años en la ausencia de la intervención quirúrgica. Sin embargo en las ultimas 3 décadas, se ha demostrado que la cirugía para las MHCCR, realizada por cirujanos hepato-pancreato-biliares (HPB) es segura y que potencialmente puede ser curativa. Actualmente, podemos asegurar que la sobrevida a 5 años de estos pacientes, seguida de una resección hepática con márgenes negativos es del 40%, y la sobrevida a 10 años puede alcanzar casi el 20%. Dado a estos resultados la cirugía hoy en día, es considerada como el tratamiento primario en cierto grupo de pacientes con MHCCR.

**56C. TRASPLANTE RENAL EN PAÍSES EN VÍA DE DESARROLLO.** Hoover R. Henríquez Cooper. Médico especialista en Cirugía Oncológica, Subespecialidad en Cirugía Gastrointestinal Alta, Bariátrica y Laparoscópica, Cirugía de trasplante, Cirugía Hepato- Bilio-Pancreática. Calgary Alberta, Canadá.

La población mundial sobrepasa los 7 billones de habitantes. Más del 80% habitan en los catalogados países en vía de desarrollo (PVD). Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son las responsables de más del 60% de las muertes y el 80% de estas ocurren en PVD. El aumento de las ECNT se manifiesta en el incremento del número de

muerdes, por ejemplo, muertes por enfermedad renal crónica. La pandemia de la DM amenaza más a los PVD. En Latino América se estima que en 20 años la población de personas con DM aumentara en un 88%, 98% en África y 91% en Asia. Comparado con un 18% en Europa. Para el 2030 más del 80% de los diabéticos serán de PVD. Tanto para los países desarrollados como para lo PVD, la DM tipo II ha reemplazado a la glomerulonefritis como la principal causa enfermedad renal terminal (ERT). Para la mayoría de pacientes con ERT que habitan en PVD, el trasplante renal (TR) es la única opción terapéutica viable para prolongar la vida. El poderío económico de los países desarrollados permite que sus habitantes con ERT tengan acceso a la terapia de remplazo renal (diálisis) mientras aguardan por un trasplante. Sin embargo en PVD, estas terapias no son accesibles para la mayoría de los afectados, lo que significa que este diagnóstico es una sentencia de muerte. Los altos costos de la diálisis, limita que los afectados con ERT que viven en PVD recibían tratamiento; Este último enunciado hace que el TR sea de mayor necesidad y urgencia que en los países ricos. Aun así solo el 10% de los trasplantes realizados en el mundo son en hechos en PVD, cuando los costos del TR son hasta 50% menores.

#### **59C. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS DE PREECLAMPSIA.**

Jorge Cerrato Ferrufino. Médico Especialista en Ginecología-Obstetricia, Subespecialista en Medicina Materno Fetal.

La preeclampsia es un síndrome definido por la nueva aparición de hipertensión en la segunda mitad del embarazo que es generalmente, pero no siempre, acompañada de proteinuria; la preeclampsia es un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte materna. La prevalencia varía a nivel mundial desde 1.8 a 16.7%. en los últimos 10 años no hemos logrado disminuir la incidencia de esta patología, La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia de preeclampsia es siete veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados. Dentro de las barreras que tenemos es el manejo médico ineficaz debido a la presentación insidiosa de la enfermedad, la naturaleza impredecible que muchas veces conlleva a un tratamiento tardío con la presencia de resultados perinatales adversos tanto maternos como fetales. Se ha intentado crear programas con la finalidad de disminuir la mortalidad por esta enfermedad, aumentando la conciencia en las mujeres sobre la necesidad de recibir atención de emergencia, apoyando a los sectores de salud en casos de surgir complicaciones durante el parto con una intervención médica rápida, eficaz e incrementando así la probabilidad de éxito terapéutico ;Un objetivo importante de la atención prenatal es detectar preeclampsia incipiente y evitar su progresión La investigación que se ha desarrollado alrededor de detección del primer trimestre para la preeclampsia ha ofrecido una oportunidad significativa para replantear el potencial de las estrategias de prevención. Motivo por el cual considero que la paciente debe ser evaluada en base a perfiles de

riesgos, Se identificó que el 77% de las mujeres tenían al menos un perfil de riesgo. Siendo los más importantes perfiles Metabólico, cardiovascular, Protrombótico, de riesgo placentario, y el perfil de riesgo personal, encontrándose el IMC incrementado como la variable individual para riesgo de preeclampsia.

**60C. ZIKA Y EMBARAZO.** Mónica García Santacruz, Ginecóloga y Obstetra, Fellowship en Medicina Fetal, Kings College Hospital; Certificada por la Fetal Medicine Foundation.

La Organización Mundial de la Salud (OPS) en 2015 publicó una alerta respecto al incremento de los casos de microcefalia en Brasil, en Diciembre del 2015 la OPS informó la identificación del ARN del virus del Zika por medio de una prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa en muestras de líquido amniótico de dos mujeres embarazadas. En el 2016 la Organización Mundial de la Salud, declaro a la Infección por el Virus del Zika emergencia Mundial de Salud Pública y para Abril del 2016 la CDC confirma que el Virus del Zika causa Microcefalia y otros trastornos neurológicos. nuestro país, considerado país endémico para Zika, Dengue, Chikunguya, es mandatorio considerar a todas las embarazadas como de Riesgo Alto a presentar Afectación Fetal por Zika; las Guías Internacionales de manejo para la mujer embarazada que viaja o vive en áreas de exposición al Virus del Zika recomiendan que el control prenatal debe incluir el estudio serológico por Zika y un ultrasonido de morfología fetal detallado entre las 18 y 24 semanas de gestación, El hallazgo ultrasonográfico más frecuente es la microcefalia que se define como una circunferencia cefálica igual o superior a 2 desviaciones estándar por debajo de la media para la edad gestacional, otros hallazgos ecográficos sugestivos de daño neurológico, encontrados: calcificaciones intracraneales, ventriculomegalia, disgenesia de cuerpo calloso, disgenesia de vermis, dilatación de cisterna magna, lisencefalia, talamos hipoplásicos, convulsiones antenatales y cerebelo hipoplásico calcificaciones en cristalinos, cataratas, nistagmos y artrogriposis. En Honduras tenemos casos confirmados de Microcefalia y Artrogriposis asociados a Infección por Virus de Zika, por lo que recomendamos incluir en el control prenatal de las mujeres embarazadas el estudio de morfología fetal detallado e insistir en la consejería para la erradicación del mosquito transmisor del virus.

**66C. INFECCIÓN POR VPH Y CÁNCER DE CÉRVIX.** Carmen Bethania Rosales. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Oncología. Hospital san Felipe. Instituto Hondureño Seguridad Social.

Los virus del papiloma humano (VPH) son un grupo de más de 200 virus relacionados. Más de 40 tipos de VPH pueden transmitirse fácilmente por contacto sexual directo, de la piel y de las membranas mucosas de personas infectadas a la piel y a las membranas mucosas de sus parejas. Pueden

transmitirse por contacto sexual vaginal, anal y oral. Los tipos de VPH que se transmiten sexualmente corresponden a dos categorías: Los VPH de bajo riesgo, los cuales no causan cáncer pero pueden causar verrugas en la piel. Por ejemplo, los tipos 6 y 11 de VPH causan 90% de todas las verrugas genitales. Los tipos 6 y 11 causan también papilomatosis respiratoria recurrente, una enfermedad menos común en la que tumores benignos crecen en las vías respiratorias que van de la nariz y la boca a los pulmones. Los VPH de alto riesgo, los cuales pueden causar cáncer. Se han identificado cerca de una docena de tipos de VPH de alto riesgo. Dos de estos, los tipos 16 y 18 de VPH, son responsables de la mayoría de los cánceres causados por VPH. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) calculan que más de 90% y de 80%, respectivamente, de hombres y mujeres activos serán infectados por al menos un tipo de VPH alguna vez en sus vidas. Casi la mitad de estas infecciones son por un tipo de VPH de alto riesgo. La mayoría de las infecciones por VPH de alto riesgo ocurren sin síntomas, desaparecen en 1 o 2 años y no causan cáncer. Sin embargo, algunas infecciones por VPH pueden persistir por muchos años. Las infecciones persistentes por tipos de VPH de alto riesgo pueden resultar en cambios celulares que, si no se tratan, pueden evolucionar a cáncer.

**67C. SÍNDROME DE SOBREPOSICIÓN ASMA EPOC.** Suyapa María Figueroa Eguigurems. Médico especialista en Medicina Interna y Neumología. Hospital Escuela Universitario.

El síndrome de sobre posición Asma EPOC es hoy por hoy una condición clínica cada vez más reconocida. Con una prevalencia de aproximadamente un 20%, siendo importante mencionar que se ha demostrado un incremento no solo de la morbilidad sino también de la mortalidad por esta condición, existiendo un heterogéneo patrón inflamatorio en el que pudieran participar Eosinófilos, neutrófilos o patrones inflamatorios mixtos, existiendo evidencia de participación de datos de inflamación sistémica. Es de suma importancia el reconocimiento de estos sub grupos y saber escoger el tratamiento que mejor se ajuste a cada condición clínica. Les invito a que juntos revisemos la evidencia sobre el tema y nos adentremos en estos nuevos paradigmas y mejores alternativas terapéuticas para nuestros pacientes.

**70C. APLICABILIDAD DE LA SEMIOLOGÍA Y LABORATORIO INICIAL DE LEUCEMIA Y LINFOMAS.** David E Cortés. Médico Especialista en Medicina Interna, Hematología y Oncología. Instituto Hondureño de Seguridad social, Hospital y Clínica del Valle, San Pedro Sula. Honduras.

Las leucemias y linfomas son un grupo de neoplasias caracterizadas por una proliferación clonal de los progenitores hematopoyéticos en la médula ósea, y en los ganglios linfáticos respectivamente. Hay una ligera predominancia del

sexo masculino tanto para leucemia como linfomas y se pueden presentar tanto en niños como en adultos. En el caso de leucemias, se puede sospechar en los pacientes que presentan: palidez, debilidad, equimosis, fiebre y disminución de peso. El linfoma se puede presentar con adenopatías, esplenomegalia, disminución de peso, fatiga, fiebre, diaforesis nocturna o prurito. La primera herramienta de sospecha diagnóstica en leucemia es el hemograma con la revisión del frotis de sangre periférica y posteriormente aspirado con biopsia de médula ósea. Para una clasificación definitiva, y con fines pronósticos es necesario estudio de citometría de flujo con estudio citogenético. En el caso de linfoma es necesario el estudio de biopsia escisional con estudio de inmunohistoquímica. Para el estadiaje hay que completar estudio de TAC de cuello, tórax y abdomen. Cuando sea posible, se debe realizar tomografía con emisión de positrones, que tiene mayor exactitud diagnóstica y nos brinda pronóstico. Con el avance en los métodos diagnósticos y en el tratamiento dirigido, principalmente en la leucemia mieloide crónica y en los linfomas no Hodgkin CD 20 positivos, en los últimos 10 a 15 años hemos tenido mejores tasas de respuesta al tratamiento y ello se traduce en una mayor supervivencia.

**87C. ALTERACIÓN DEL SISTEMA AUTONÓMICO EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS.** Luisa Gimenez. Profesora. Adjunta IUCS-Fundacion HÁ Barceló, Buenos Aires, Argentina. Docente Investigadora UCU (Universidad Concepción Uruguay. Entre Rios). Fellow-Ship SIAC.

Se han propuesto factores vasculares, inflamatorios, inmunológicos y neurológicos para explicar la compleja y multifactorial acción del parásito en el organismo, que posiblemente actuarían interrelacionándose para desarrollar y desencadenar la enfermedad cardíaca. El tripanosoma *Cruzi* afecta la función cardíaca en forma compleja<sup>1</sup>. El parásito posee una neurominidasa y se ha postulado que la misma puede afectar los grupos de ácido siálico de los esfingolípidos de las membranas de las fibras de conducción cardíaca del sistema autónomo y de las células endoteliales del miocardio y los vasos sanguíneos. Habría un desequilibrio autónomo consistente en disfunción simpática y parasimpática en los pacientes chagásicos, que predispone a sus arterias coronarias a un estímulo constrictor. La importancia clínica de estos hallazgos radica en relacionarlos con los síntomas de angina referidos por los pacientes y en su contribución hacia el avance a miocardiopatía chagásica crónica, de los pacientes que posean esta anomalía del vaso motión en la fase crónica sin patología demostrada. La inflamación y fibrosis serían la causa de la denervación de las fibras vagales, de la destrucción de las células neuronales ganglionares y la circulación de anticuerpos antimuscarínicos, que provocarían desensibilización y regulación en baja de los receptores específicos. La patogénesis de las alteraciones simpáticas es similar al de las vagales, presentando denervación y presencia de anticuerpos beta-adrenérgicos. La presencia de megavisceras digestivas también sugeriría y

confirmaría el compromiso del sistema nervioso autónomo. El pronóstico y valor clínico sobre los disturbios autonómicos es aun día material de debate por muchos autores. Actualmente la disautonomía se estudia mediante la detección de anticuerpos anti receptores muscarínicos, el estudio de la dispersión del qt y la variabilidad de la frecuencia cardíaca mediante Holter. La prueba ergométrica graduada es un método de diagnóstico incruento, confiable y de relativo bajo costo que puede contribuir al diagnóstico temprano de las alteraciones disautonómicas y de la repolarización ventricular y así identificar a los pacientes chagásicos con mayor riesgo de muerte súbita arritmogénica. La consistente correlación entre la detección de anticuerpos antirreceptores a neurotransmisores con el alargamiento en la dispersión del QT y el acortamiento en la variabilidad de la frecuencia, son datos que afianzan la estrategia de búsqueda de marcadores de riesgo. La esperanza de descubrir “**el marcador único**” es poco consistente con la realidad. Es importante entonces desarrollar, colectivamente, una estrategia que incluya y pondere la mayor cantidad de marcadores de riesgo posibles, diseñando un algoritmo que abarque desde lo humoral, por ejemplo, anticuerpos antirreceptores, más fáciles de estudiar y más abarcativos, hasta la aplicación de técnicas cardiológicas de creciente complejidad.

#### **88C. ERGOMETRÍA EN ENFERMEDAD DE CHAGAS.**

Sabra, Ahmad- Becario Investigador Instituto Universitario de Ciencias de la Salud-Facultad de Medicina. Médico Cardiólogo. Unidad Cardiología Hospital Álvarez. Buenos Aires, Argentina.

La Enfermedad de Chagas o Tripanosomiasis americana, se define como una afección parasitaria hística y hemática producida por el protozoo flagelado, *trypanosoma cruzi*, hematófilo que se anida y reproduce en el tejido. Se calcula que en todo el mundo y principalmente en América Latina hay 10 millones de infectados, de los cuales un 30 % de los enfermos crónicos presentan alteraciones cardiológicas y un 10% neurológicas y digestivas o ambas. La disautonomía es una de las manifestaciones más precoces de esta enfermedad, por la afectación del sistema nervioso autónomo, que estaría relacionada con la presencia de anticuerpos que actuarían contra los receptores muscarínicos, el primero estimulando y luego bloqueando. Esto generaría bradicardias extremas y efectos sobre la conducción cardíaca, que muchas veces es responsable de la aparición de cuadros sincopales y muerte súbita. La disfunción autonómica tiene una acción importante en la génesis de muerte súbita, ya que la inervación no uniforme del corazón del paciente chagásico puede dar por resultado una dispersión mayor de la refractariedad ventricular. Diversos estudios demostraron la importancia de la afectación del sistema autónomo en los pacientes y sus graves consecuencias. Los pacientes chagásicos asintomáticos, sin cardiopatía demostrable que representan el 70 % de los pacientes, presentaron durante la ergometría

una alta prevalencia de signos de disautonomía, como la incompetencia cronotrópica y la prolongación del intervalo QTc durante el esfuerzo. La prueba ergometría graduada es un método de diagnóstico incruento, confiable y de relativo bajo costo que puede contribuir al diagnóstico temprano de las alteraciones disautonómicas y de la repolarización ventricular y así identificar a los pacientes chagásicos con mayor riesgo de muerte súbita arritmogénica.

**92C. CÁNCER DE MAMA EN EDAD REPRODUCTIVA.** Elmer Rene Turcios Cadénas. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Oncología. Hospital San Felipe. Instituto Hondureño Seguridad Social.

A nivel mundial el cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres, es responsable del 26% de todos los cánceres nuevos en mujeres diagnosticándose más de 1,000,000 casos nuevos al año. El cáncer de mama en edad joven se define como aquel diagnosticado antes de los 35 años de edad. 3% de la incidencia de esta enfermedad la podemos diagnosticar durante el embarazo que corresponde 1/3000 embarazos. El manejo de esta coexistencia es multidisciplinario, siendo posible durante el embarazo, a pesar de que hay pocos estudios prospectivos que evalúen esta condición. La cirugía es segura y puede realizarse en cualquier trimestre del embarazo, con riesgo mínimo para el feto. La quimioterapia es segura administrada durante el segundo y tercer trimestre con ciclofosfamida y doxorubicina sin 5-fluoracilo. El uso de trastusumab y tamoxifeno no se recomienda durante el embarazo. El pronóstico por estadios clínico es similar al de una mujer no gestante administrando el mismo tratamiento. A medida aumenta la edad en la mujer aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de mama, y este riesgo es mayor hasta un 80% en mujeres con mutaciones genéticas del BRCA1 y BRCA2. La mujer menor de 30 años que recibe tratamiento oncológico con quimioterapia tiene mayor probabilidad de poder embarazarse en un futuro después de recibir quimioterapia, que aquella que recibe tratamiento en edad más cerca de la menopausia. Cuando la mujer tiene más de 40 años son propensas en entrar a menopausia, sobre todo si se usa ciclofosfamida, cisplatino y adriamicina, con los taxones hay pocos estudios que indique efectos adversos a la fertilidad. No hay estudios prospectivos que evalué la fertilidad en los hijos de las pacientes que recibieron manejo con quimioterapia durante el embarazo.

**98C. SEPSIS EN PEDIATRÍA: REVISIÓN DE LITERATURA.** Scheybi Miralda Méndez. Médico especialista en Pediatra, subespecialista en cuidados Intensivos. Emergencia Pediatría Hospital Escuela Universitario.

La sepsis y el choque séptico se mantienen como las principales causas de muerte intrahospitalaria en el paciente pediátrico, los últimos avances en la comprensión de estas condiciones sugieren que para disminuir el riesgo de mor-

bilidad y mortalidad además de los progresos en el manejo intrahospitalario, se necesita implementar mejoras en la atención prehospitalaria en forma de acciones de diseminación de utilidad de protocolos manejables por médicos generales, aunque aún no se dispone de experiencia para su implementación en servicios de emergencias atendidos por paramédicos. Los beneficios para el paciente y la institución también se logran si se realiza reconocimiento y manejo agresivo temprano del paciente en el cuarto de emergencias hospitalarias. Se expone el manejo básico en el departamento de emergencias previo a la transferencia del paciente a la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Se realiza revisión del tema basada en publicaciones por expertos obtenidas de búsqueda de literatura en motores de búsqueda PUBMED, Scielo y Science-Direct™ y Google

Académico™, incluyéndose la literatura de mayor impacto de los últimos 5 años de acuerdo al autor. Se genera una revisión que incluye elementos que pueden ser tomados por médicos generales o pediatras ubicados en salas de emergencias de hospitales de área o regionales, además se expone la problemática metodológica y de investigación sobre estos temas y se destacan las nuevas definiciones, criterios y protocolos para facilitar la identificación temprana en el contexto pre hospitalario o comunitario para disminuir riesgo de mortalidad y morbilidad intrahospitalaria, también se abordan las controversias actuales en el manejo inicial de líquidos, como es la aplicación de protocolos basados en inicio rápido de administración de líquidos intravenosos para resucitación en bolos.