

RESÚMENES CONFERENCIAS MAGISTRALES

1C. NEUMONÍAS: LO QUE DEBEMOS SABER. Dr. Julio Ortega, Pediatra Neumólogo. Centro de Neumología y Alergia, Tegucigalpa, Honduras.

La neumonía adquirida en la comunidad constituye una importante causa de morbimortalidad en la edad pediátrica, y demandan un alto consumo de recursos de los sistemas de salud. Las etiologías infecciosas sobre todo son virales en el grupo de lactantes (Virus Sincitial respiratorio, influenza, parainfluenza, etc), predominando las etiologías bacterianas a medida que progresan en edad, tanto de gérmenes típicos como atípicos. El *Streptococo pneumoniae* y el *Stafilococo aureus* son posiblemente las bacterias más frecuentemente involucradas, mientras en los atípicos sobresale el *Mycoplasma pneumoniae* y la *Chlamidophila pneumoniae*. Los distintos parámetros clínicos obtenidos en un examen físico cuidadoso permiten llegar al diagnóstico de la enfermedad y detectar algunas de sus complicaciones. A la auscultación sobresalen 3 sonidos: los crépitos, la hipoventilación y la respiración tubárica. El infiltrado típico de un consolidado con broncograma no deja duda del diagnóstico radiológico de la neumonía, pero se insiste que no estará presente en todos los casos. La producción bacteriológica en pediatría es sumamente baja, aunque nuevas técnicas como ser la PCR ha mejorado la sensibilidad diagnóstica. Exceptuando el virus para la Influenza, no hay tratamiento específico para los procesos virales, los betalactámicos son de elección en los bacterianos típicos (aunque hay que considerar resistencias bacterianas), los macrólidos y quinolonas son útiles para los atípicos. El derrame pleural es la complicación más frecuente, se clasifica en no complicado y complicado, este último demanda drenaje con o sin toracostomía, sin embargo, la falla terapéutica es indicación de cirugía.

2C. CÁNCER DE PIEL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. Dra. Judith Pineda, Dermato-Oncóloga. CEMESA, San Pedro Sula, Honduras.

3C. ASMA BRONQUIAL EN PEDIATRÍA: MANTENIÉNDOSE AL DÍA. Dr. Julio Ortega, Pediatra Neumólogo. Centro de Neumología y Alergia, Tegucigalpa, Honduras.

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, su prevalencia ha ido en incremento en todos los países del mundo. La inflamación bronquial en asma no ha sido fácil de medir, sin embargo, el uso de biomarcadores como ser la fracción espirada de óxido nítrico, eosinófilos en esputo, mediciones de interleucinas y la periostina abren una nueva perspectiva en el control más objetivo de la enfermedad. La descripción del asma como una enfermedad

o Síndrome heterogéneo ha llevado a la descripción de distintos fenotipos de la enfermedad. La mayoría de Guías y Consensos acerca del Asma (por ejemplo, guías GINA) se hace mención del manejo razonable escalonado de la enfermedad, paso a paso, tomando en cuenta estos fenotipos. El arsenal terapéutico en Asma ha ido en incremento; la línea tradicional comprende los medicamentos de rescate y de prevención, como ser (B2 agonistas de corta y larga acción, anticolinérgicos de corta acción, esteroides sistémicos e inhalados, bloqueadores de leucotrienos, teofilina, etc.), pero se suman en la última década medicamentos y procedimientos útiles como formoterol y sulfato de magnesio en el manejo de la exacerbación y en el manejo crónico la utilidad de Tiotropium (LAMA), azitromicina como antineutrofílico, vilanterol (Ultra LABA), termoplastía y la nueva generación de anticuerpos monoclonales dirigidos a bloquear IgE (omalizumab), los Anti interleucina 5 o antieosinofílicos (Mepolizumab o Reslizumab), Anti Interleucina 13 (lebrikizumab) y otros, todo esto permite a los médicos tener un abanico de posibilidades terapéuticas en el paciente asmático.

4C. ABORDAJE DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN EL PACIENTE ADULTO. Dr. Pablo Toro, Médico Internista. Hospital Santa Teresa, Comayagua, Honduras.

El sistema respiratorio desempeña funciones vitales como el intercambio gaseoso, pero también participa en el equilibrio ácido base, así como en el equilibrio homeostático general, cuando este balance se pierde debido a la pérdida de la función elemental de la respiración suceden una serie de cambios que no solo afectan la función pulmonar sino, inevitablemente llevarán a una falla sistémica si dicha condición no es reconocida ni tratada a tiempo. Desde la definición de Síndrome de Insuficiencia Respiratoria en 1967 por Ashbaugh y col. Varias modificaciones fueron propuestas hasta 1994 en donde la Conferencia del Consenso Americano-Europeo propuso una nueva definición que ha perdurado casi dos décadas y es operativa y útil para los clínicos. La determinación y detección a tiempo de los criterios diagnósticos del síndrome se traducen en la toma de decisiones rápidas y que representan la toma de medidas terapéuticas que pueden revertir parcial o completamente las complicaciones asociadas al mismo. El manejo ulterior del estado inicial del síndrome de insuficiencia respiratoria aguda es en la unidad de cuidados intensivos por medio de la ventilación mecánica invasiva; pero la aplicación temprana de los criterios diagnósticos por medio de los médicos tratantes de las unidades de salud puede significar una referencia a tiempo que significaría menos mortalidad y morbilidad de tan compleja patología.

5C. DERMATITIS ATÓPICA: ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO. Dra. Verónica Meléndez, Dermatóloga Pediatra. Hospital María de Especialidades Pediátricas, Tegucigalpa, Honduras.

La Dermatitis Atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica, recidivante, pruriginosa, caracterizada por episodios de eccema que aparecen en brotes. Se considera una forma crónica de inflamación cutánea con alteración de la función de barrera epidérmica, que culmina con piel seca y sensibilización mediada por IgE a alimentos y alérgenos ambientales, recidivante, predilección por pliegues cutáneos. Se calcula afecta del 5 - 20 % de la población infantil, su prevalencia disminuye con la edad, el 50-65% la desarrollan antes del año de edad. Es la primera manifestación de la Marcha Atópica, y se asocia con alergia alimentaria, rinitis, asma y conjuntivitis. Es multifactorial, y el principal factor patogénico es el daño a la barrera cutánea, con mutación de la filagrina. Se caracteriza por prurito y eccema; agudo con vesículas y eritema, subagudo costras y escamas, y crónico manifestado por liquenificación. Tiene tres etapas por edad, iguales lesiones, diferente patrón geográfico: 1. Lactante: 2-24 meses, lesiones en mejillas, pliegues, tronco; 2. Escolar: 4-14 años, fosas cubitales, poplíteas y cara; 3. Adulto: 15 -23 años, pliegues, manos, genitales. Su diagnóstico es clínico, en base a criterios, y deben estar presentes, y al estarlo son suficientes para el diagnóstico: prurito, eccema en patrón según edad y curso crónico y recidivante, entre otros. Para el manejo evaluamos la severidad. La piedra angular del manejo farmacológico en crisis son los esteroides tópicos, y de mantenimiento los inhibidores de la calcineurina. En ausencia de cura, el objetivo del tratamiento es el control a largo plazo con reducción de signos, síntomas, recurrencias, y prevenir la progresión. Los emolientes y educación son indispensables.

6C. MANEJO DE CRISIS ASMÁTICA EN EL PACIENTE ADULTO. Dr. Pablo Toro, Médico Internista. Hospital Santa Teresa, Comayagua, Honduras.

El asma es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente en el mundo. Puede afectar a cualquier ser humano independientemente de la raza, sexo o edad. Su prevalencia se está incrementando en todos los países incluidos los del tercer mundo. El asma es una enfermedad heterogénea que se caracteriza por obstrucción reversible al flujo de aire en la vía aérea, cuyos síntomas principales son la tos, disnea y sibilancias, con la característica de presentarse en formas de exacerbaciones agudas que pueden poner en riesgo la vida del paciente si no se detecta la magnitud de la crisis y se toman las medidas necesarias en el área de emergencia. En la actualidad se describen varios fenotipos de asma que están relacionados con la presencia o no de antecedentes alérgicos, o por la edad a la que se presenta, pero independientemente del fenotipo la severidad de las crisis debe ser

abordada de manera protocolizada en los hospitales, es por esa razón que se debe homogenizar dichas recomendaciones para obtener resultados favorables y reducir la mortalidad asociada con estas complicaciones.

7C. USO RACIONAL DEL LABORATORIO PARA LA CLÍNICA DE INMUNOLOGÍA Y ALERGIA DESDE LA PERSPECTIVA DEL MÉDICO GENERAL. Dr. Jorge Fernández, Médico Salubrista Inmunólogo y Alergólogo. Hospital Viera, Tegucigalpa, Honduras.

El diagnóstico y seguimiento de enfermedades que involucran los fenómenos inmunopatológicos en forma directa e indirecta, requieren con frecuencia del auxilio del laboratorio, por lo que el médico general debe estar familiarizado con exámenes generales que brindan orientación al diagnóstico, pronóstico y seguimiento, como también pruebas especiales básicas para el manejo de enfermedades atópicas, autoinmunes, inmunodeficiencias, infecciones, traumatismos y toxicidades y neoplasias. Del laboratorio general se discuten hallazgos del hemograma, sobre todo de la serie blanca, los reactantes de fase aguda para inflamación y la prueba de Coombs en anemia y transfusión. Para las enfermedades alérgicas se presentan los indicadores relacionados con la respuesta de hipersensibilidad inmediata, con la IgE total y específica; en tanto que para la patología autoinmune se discute sobre las pruebas trazadoras y las de seguimiento como los ANA, ENA y el complemento sérico. En algunas ocasiones se requiere el estudio de la respuesta inmunitaria mediada por inmunoglobulinas o por células, por lo que se hace necesario visualizar la respuesta de anticuerpos a infecciones pasadas, o retar la inmunidad retardada con prueba de tuberculina. La cuantificación de diferentes tipos de células como eosinófilos en sangre o mucosas para valorar respuesta alérgica en determinados aparatos o sistemas, o de linfocitos generales, cooperadores y citotóxicos que puede resultar esencial en la determinación de estados primarios o adquiridos de inmunodeficiencias. Al final se mencionarán las pruebas de ácidos nucleicos, que han comenzado a tomar preeminencia en el manejo de diversas patologías.

8C. DERMATITIS ALÉRGICA POR CONTACTO: ABORDAJE REGIONAL. Dra. Verónica Meléndez, Dermatóloga Pediatra. Hospital María de Especialidades Pediátricas, Tegucigalpa, Honduras.

Las dermatitis de contacto (DC) son aquellos procesos inflamatorios que aparecen secundariamente al contacto con agentes externos. Constituyen uno de los principales motivos de consulta en dermatología y son una de las causas principales de dermatosis profesionales, con una prevalencia que se ha incrementado en los últimos años. Existen dos grupos principales, en función del mecanismo patogénico que los producen. La Dermatitis irritativas por contacto (DIC) que aparecen por efecto citotóxico directo, mientras que las

Dermatitis Alérgicas por contacto (DAC) son secundarias a una respuesta de hipersensibilidad tipo IV frente a diferentes alérgenos. Las manifestaciones clínicas son muy variadas, se caracteriza por grados variables de eritema, vesiculación, descamación y liquenificación, signos que también están presentes en otros procesos eczematosos tales como el eccema atópico, el eccema seborreico y el eccema dishidrótico. Las pruebas epicutáneas constituyen la principal herramienta diagnóstica para confirmar una DAC, permiten reproducir la lesión primaria en contacto con la sustancia a la que el paciente está sensibilizado, sin embargo, su correcta interpretación requiere de una correcta correlación entre anamnesis (historial de exposición) y examen físico, haciendo énfasis en la localización de las lesiones. Hay diferentes patrones clínicos más frecuentes de DAC dependiendo de su localización. El conocimiento de estos patrones no solo ayudará al médico en el diagnóstico diferencial, sino que también le permitirá sospechar el posible alérgeno y su forma de aplicación.

9C. BASES BIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LA ALERGIA.

Dr. Jorge Fernández, Médico Salubrista Inmunólogo y Alergólogo. Hospital Viera, Tegucigalpa, Honduras.

Atopia es la tendencia personal y/o familiar, generalmente en la niñez o adolescencia, a sensibilizarse y producir anticuerpos IgE en respuesta a alérgenos comunes, generalmente proteínas. Como consecuencia, estos sujetos pueden desarrollar cuadros típicos como asma, rinoconjuntivitis, eccema, enfermedad digestiva u otras afecciones. Los términos atopia y atópico se deben reservar para describir la predisposición genética a sensibilizarse a alérgenos comunes del medio ambiente a los que está todo el mundo expuesto, pero ante los cuales la mayoría no produce una respuesta IgE prolongada. Es decir, la atopia es la definición clínica de los sujetos que presentan una alta respuesta de anticuerpos IgE. El término atopia no puede ser usado hasta que la sensibilización IgE haya sido comprobada, bien por la determinación de anticuerpos IgE en suero o bien por un resultado positivo en prueba cutánea. La prevalencia de las enfermedades atópicas está en pleno ascenso en diferentes regiones del mundo, llegando a cifras de entre 20 a 50% para rinitis, asma o eccema. Aunque la principal respuesta inmunológica es de hipersensibilidad inmediata mediada generalmente por IgE, otras, como complejos inmunes o hipersensibilidad retardada también se ven involucradas, tal es el caso del complejo eccema / dermatitis que presenta esencialmente una respuesta mediada por células. Clínicamente, se registra la marcha alérgica del atópico como el marco referencial de la atopia, en la que desde la niñez se comienzan a expresar manifestaciones alérgicas, preferencialmente en piel, vías respiratoria y digestiva. Se han descrito múltiples síntomas y signos asociados a la atopia, conocidos como estigmas atópicos, pero quedan aún otras manifestaciones por caracterizar, en la medida que se reconocen como atópi-

cas otras entidades clínicas que por ahora permanecen sin filiación etiológica. Por ejemplo, en este congreso se están presentando dos signos clínicos, el dermatografismo mixto o bifásico y la melanosia antecubital atópica, como dos expresiones semiológicas que no se han reconocido en la comunidad médica nacional e internacional.

10C. PREVENCIÓN EN SALUD VISUAL. Dr. Marco Robles, Oftalmólogo. Centro Médico Santa Rosa, Santa Rosa de Copán, Honduras.

Honduras posee una alta incidencia de pacientes con capacidades visuales limitadas, por múltiples razones asociadas a casos de refracción no corregidos, cataratas, glaucoma, retinopatía diabética entre otras, afectando el desarrollo de una vida plena y activa. De nuestros pacientes, 6 de cada 10 presentan enfermedad por exposición al ambiente y 2 de cada 10 enfermedades más serias pero tratadas a tiempo son prevenibles. A lo largo de 6 años de experiencia como profesional de la oftalmología, he podido ver la necesidad de atención en oftalmología en la zona del occidente, tratando diferentes casos de ceguera por catarata, retinopatía diabética, glaucoma, entre otras, que resultan en pacientes con ceguera legal, la cual no le permite al paciente desarrollar su vida cotidiana de manera plena. Si estas enfermedades son detectadas y tratadas tempranamente se puede prevenir pérdida visual permanente o ceguera. Si evitamos un caso de ceguera no solo ayudamos a un paciente si no que ayudamos a un núcleo familiar ya que esta persona podrá ayudar con labores en la casa y no necesitar de otra persona que lo cuide. Otras enfermedades más comunes se pueden manejar con educación, las cuales previenen un problema como ser enfermedades por exposición al medio ambiente, las cuales se previene utilizando gafas de protección para el sol, ya que estamos en un medio muy hostil para nuestros ojos, por el sol, polvo, humo etc.

11C. IMPORTANCIA DE LA TIPIFICACIÓN DEL VPH Y CÁNCER DE CÉRVIX. Dr. José Manuel Palomo, Ginecólogo Oncólogo-Mastólogo. Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

¿Qué es el VPH?: El virus del papiloma humano es un virus común que infecta la piel y las mucosas. Existen más de 100 tipos del VPH. Cerca de 30 tipos se esparcen a través del contacto genital directo. Los de "ALTO RIESGO": A los 13 tipos de VPH de alto riesgo se les conoce por los números 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68. Los tipos 16 y 18 son los más peligrosos, causando el 70% de los cánceres cervicales. La prueba de TIPIFICACIÓN DE VPH (DIGENE- ADN TEST) utiliza tecnología molecular para determinar si usted tiene uno o varios tipos del virus VPH. Funciona detectando "código" genético del virus, y su ADN. Ha quedado demostrado que la capacidad de identificar a mujeres en riesgo es mayor cuando ambas pruebas,

la de tipificación del VPH DIGENE y la del Papanicolaou se realizan juntas. ¿Quiénes deben de hacerse la Prueba de VPH DIGENE?: Mujeres mayores de 30 años se pueden beneficiar al hacerse esta prueba de VPH a la vez que la de Papanicolaou. Pero es recomendada debido a los altos costos en nuestro país en mujeres con diagnóstico previo de VPH ya sea clínico o citopatológico. El hacerse ambas pruebas les ofrece la mayor tranquilidad a las mujeres de 30 años de edad y mayores (el grupo que es más propenso al cáncer cervical). Si usted no tiene el VPH y su Papanicolaou resulta normal, puede estar confiada de que no tiene células anormales que pudieran convertirse en cáncer cervical sin ser detectadas. Si usted sí tiene el VPH y/o su Papanicolaou resultó anormal, usted y su médico ya saben que se necesitan más análisis para determinar si tiene células anormales que tengan que tratarse.

12C. CONTROL PRENATAL: DISCORDANCIA ALTURA DE FONDO UTERINO Y EDAD GESTACIONAL. Dra. Wendy Cárcamo, Ginecología y Obstetricia -Medicina Materno Fetal. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

El crecimiento fetal es un fenómeno multifactorial complejo que depende de factores genéticos y ambientales. De manera esquemática, el crecimiento fetal está controlado por factores placentarios, fetales y maternos; es indisoluble del crecimiento placentario y requiere un aporte de nutrientes continuo y adaptado a cada período de la gestación. El crecimiento intrauterino requiere un aporte energético continuo y adaptado a cada período del embarazo. Cualquier modificación cualitativa o cuantitativa de dicho aporte conlleva alteraciones del crecimiento fetal. Casi todas las alteraciones tienen consecuencias fenotípicas evidentes al nacer, que se relacionan con las modificaciones inducidas del crecimiento fetal, como el retraso del crecimiento intrauterino o la macrosomía. DEFINICIONES: Se considera un feto pequeño para edad gestacional (PEG) el que tiene un peso fetal estimado (PFE) inferior al percentil 10 y mayor al percentil 3 para edad gestacional (EG) con estudio Doppler dentro de la normalidad. Se define el CIR como: (I) la presencia de un PFE inferior al percentil 3; o (II) la presencia de PFE inferior al percentil 10 con alteración del flujo cerebro-umbilical o de las arterias uterinas. Diagnóstico: clínico: Evaluando la altura uterina en cada visita. Diagnóstico ecográfico: La estimación ecográfica del peso fetal requiere 3 pasos: 1. La correcta asignación de un feto a su edad gestacional, 2. La estimación del peso a partir de las biometrías fetales, y 3. El cálculo del percentil de peso para la edad gestacional. En segundo trimestre se valorará el crecimiento fetal de acuerdo al crecimiento longitudinal entre el primer y segundo trimestre. Las revalorizaciones del PFE se realizarán en intervalos superiores a los 15 días. Diagnóstico del tipo de alteración: la hemodinamia fetal.

13C. AVANCES EN CÁNCER DE MAMA. Dr. José Manuel Palomo, Ginecólogo Oncólogo – Mastólogo. Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

Pruebas para detectar células tumorales circulantes (CTC): En muchos cánceres de seno algunas células se separan del tumor e ingresan a la sangre. Estas células tumorales circulantes se pueden detectar con pruebas de laboratorio sensibles ayudando a predecir qué pacientes pueden tener cáncer de seno que se ha propagado fuera del mismo. Estudios por imágenes recientes: Gammagrafía mamaria (imagenología molecular). En este estudio, se inyecta en una vena un *trazador* ligeramente radiactivo que se une a las células del cáncer de seno, y luego se utiliza una cámara especial para detectarlas. Tratamiento: Cirugía oncológica. La cirugía con conservación del seno a menudo se puede usar para los cánceres de seno en etapas tempranas. Sin embargo, los senos pueden quedar con tamaños o formas diferentes en algunas mujeres. Si el tumor es más grande, puede que ni siquiera sea posible, y que se necesite una mastectomía en lugar de la cirugía con conservación del seno. Algunos médicos resuelven este problema mediante la combinación de cirugía oncológica y cirugía plástica (cirugía oncológica). Normalmente se trata de moldear de nuevo el seno cuando se hace la cirugía inicial, tal como hacer una reconstrucción parcial del seno después de cirugía con conservación del mismo o una reconstrucción total después de la mastectomía. La cirugía oncológica puede conllevar que haya que operar el otro seno para que ambos senos sean más parecidos. Medicamentos de terapia dirigida Inhibidores de PARP: estos muy probablemente sean útiles contra los cánceres por mutaciones *BRCA*, y han demostrado ser algo prometedores en el tratamiento de algunos tipos de cáncer de seno. Medicamentos contra la angiogénesis: para que los cánceres crezcan, los vasos sanguíneos tienen que desarrollarse para nutrir a las células cancerosas. Es posible que el bloqueo del angiogénesis resulte útil en el tratamiento del cáncer de seno.

14C. ULTRASONIDO EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO. Dra. Wendy Cárcamo, Ginecología y Obstetricia -Medicina Materno Fetal. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

El ultrasonido entre las 11 a 13.6 semanas de gestación es una herramienta que nos proporciona información fundamental en relación a la vida fetal como ser: enfermedades placentarias, enfermedades cromosómicas, parto Pretérmino, enfermedades estructurales. Aplicaciones Clínicas: 1. Vitalidad, 2. Edad Gestacional (LCC, repetir 3 veces,) 3. Número de Fetos y Establecer Corionicidad (Signo de lambda (bicorial) y signo T (monocorial) diagnostican 100% antes de la semana 16, Lambda presenta tejido corial entre las dos capas de amnios, STFF hay aumento de TN en receptor, repliegue de membrana o discordancia de vejigas. 4. Valorar

la Anatomía Fetal (Búsqueda de alteraciones estructurales tempranas como Mega vejiga, holoprosencefalia, onfalocelo. 5. Búsqueda de marcadores (Translucencia Nucal, Hueso Nasal 6. Tamizaje por Edad Materna (predicción por Doppler para predicción de preeclampsia y RCIU, Parto Pretérmino, Anemia fetal. TN AUMENTADA EN CARIOTIPO NORMAL 1. Muerte fetal (20% con TN > 6.5mm antes de las 20 SDG, los que no mueren, progresan a hidrops, 12% muerte fetal con TN arriba de P99. 2. Defectos estructurales (45% con TN > 6.5mm. 3. Retraso Psicomotor (No se ha asociado arriba de 3.5 mm) 4. Cardiopatía congénita (TN > 5.5 mm - 232/1000 Punto de corte TN P99 Sensibilidad 30-40%, Especificidad 98-99% LR (+) 25. OTROS MARCADORES DE PRIMER TRIMESTRE: 1. Hueso Nasal Principalmente para T21, Marcador de segunda línea en primer trimestre, pero en segundo trimestre es uno de los marcadores más fuertes que hay 2. Ducto Venoso marcador de Falla de bomba cardíaca, Ausencia de onda A o reversión de la misma (cualitativo) detecta hasta 91% cromosomopatías. OTROS MARCADORES ESTUDIADOS: Diámetro cordón umbilical, LCC, FCF, Longitud Oreja, Longitud de Fémur y Húmero, Regurgitación tricúspide.

15C. GLOBESIDAD: UNA VISTA METABÓLICO-MOLECULAR. Dr. Tirzo I. Godoy, Médico Internista con orientación en sobrepeso y obesidad. Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa, Honduras.

16C. "PARECE, PERO NO ES". Dra. Judith Pineda, Dermato-Oncóloga. CEMESA, San Pedro Sula, Honduras.

17C. TRANSPORTE DE PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO. Dra. Scheybi Miralda, Pediatra Intensivista. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

El transporte de enfermos entre hospitales constituye una necesidad de primer orden en el Sistema Sanitario, que conlleva costos humanos y material de considerable magnitud. Su principal objetivo reside en proporcionar a los enfermos aquellos medios diagnósticos y de tratamiento más adecuados a su problema médico, independientemente que éstos estén o no disponibles en dicho hospital. El esfuerzo que supone la debida atención al enfermo y la necesidad de coordinación entre el centro emisor y el receptor, exigen una homogeneización de los criterios de traslado, de las maniobras diagnósticas y terapéuticas previas necesarias y la elección del medio de transporte. Se ha establecido previamente que los pacientes pediátricos críticamente enfermos tienen más posibilidades de sobrevivir en centros regionales con unidades de cuidado intensivo pediátrico que en hospitales que no cuenten con este recurso. El transporte interhospitalario constituye una fase crítica en el manejo de pacientes pediátricos gravemente enfermos, ya que durante el traslado las complicaciones pueden no ser detectadas, la

estabilidad fisiológica no está completamente establecida y la reanimación en los vehículos de transporte se hace difícil. Por lo anterior, es fundamental que previo al traslado se logre una estabilización de estos pacientes, la que involucra la identificación y manejo de las potenciales complicaciones vitales que podrían presentarse en el transporte y las intervenciones necesarias a fin de prevenir un eventual deterioro fisiológico. Lo anterior implica obtener y mantener la vía aérea permeable, adecuada oxigenación y ventilación, soporte hemodinámico y protección del sistema nervioso central. No existen en la literatura pediátrica nacional reportes que determinen la situación actual del transporte interhospitalario del niño grave, así como las diferentes fases del mismo, destacando la estabilización previa al traslado, la activación, las técnicas para una transferencia adecuada y los aspectos logísticos necesarios para el manejo de estos pacientes durante el transporte terrestre.

18C. FUNDAMENTOS LEGALES DE LOS MÉDICOS PRACTICANTES ANTE LA IATROGENIA, NEGLIGENCIA Y ERROR MÉDICO. Dr. Álvaro Julián Fúnez, Cirujano General. Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

19C. AVANCES Y DESAFÍOS EN EL CONTROL, ELIMINACIÓN Y ERRADICACIÓN DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN EN HONDURAS PAI. Dra. Ida Berenice Molina. Centro Nacional de Biológicos, Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras.

20C. CIRUGÍA METABÓLICA EN EL PACIENTE CON DM-II. Dr. Roberto Esquivel, Cirujano General, Laparoscópica y Bariátrica. Honduras Medical Center, Tegucigalpa, Honduras.

21C. TELEMEDICINA: EXPERIENCIA DE NUEVOS MODELOS DE ENSEÑANZA EN SALUD. Dra. Reyna Durón, Especialista en Neurología. Universidad Tecnológica Centroamericana, Tegucigalpa, Honduras.

La telemedicina es una herramienta de uso creciente en el mundo industrializado y ahora en países en desarrollo. Sus aplicaciones principales son de tipo clínico (tele-consultas) y educativo (teleconferencias). Su primer beneficio es la integración de la tecnología de información y comunicación a los servicios de salud para reducir costos y dar a la población la atención especializada y sub-especializada. Por otro lado, los médicos generales, médicos en servicio social y médicos graduados que atienden en el nivel de atención primaria o en hospitales regionales, requieren frecuentemente de interconsultas con especialistas para resolver problemas médicos. Esto evitaría la referencia innecesaria hacia las consultas externas y emergencias de los hospitales de primer nivel. El segundo beneficio de la telemedicina es ser un recurso innovador y eficiente en el aspecto educativo del personal de salud mediante teleconferencias virtuales o tele-

consulta sub-especializada con expertos en otras regiones locales o en países. Los mejores programas de telemedicina en el mundo han mostrado tener un costo neutral o mínimo, además de índices de satisfacción favorables para el paciente y el proveedor. La mala conectividad del internet, la escasa banda ancha, y la estabilidad de la energía eléctrica son un reto para países como Honduras, donde ya hemos realizado estudios piloto. Para hacer esta transferencia de tecnología a hospitales y clínicas regionales, será necesaria la capacitación en la herramienta para fines educativos y de análisis de casos de pacientes. Las primeras experiencias con esta metodología en Honduras son prometedoras y han mostrado la viabilidad de establecer redes de telemedicina que conecten al personal de salud de zonas rurales y urbanas en este país. La telemedicina es una herramienta que fortalecería la atención primaria en salud.

22C. HEPATITIS C: UN CAMBIO DE PARADIGMA. Dr. Tito Alvarado, Médico Internista/Infectólogo. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

La hepatitis C constituye un enorme problema de salud pública mundial. Se han descrito 6 genotipos mayores y 11 subtipos distribuidos por el Mundo transmitidos al humano por vía parenteral. La infección asintomática en 85% de los casos, en fase crónica produce cirrosis, insuficiencia hepática, manifestaciones extrahepáticas y hepatocarcinoma en 80% de las personas; se considera la causa principal de trasplante hepático en USA. En Honduras, un estudio demostró que 7% sufre la infección. En el manejo inicial de la enfermedad, se ha utilizado Interferón no pegilado, solo o con Ribavirina, obteniéndose resultados insatisfactorios. Entre 2001 y 2011, el tratamiento estándar fue Interferón pegilado y Ribavirina durante aproximadamente 48 semanas, obteniéndose respuesta viral sostenida (RVS) entre 40% y 50%, con poca tolerabilidad y efectos adversos. Después de 2011, inicia la terapia triple con Interferón pegilado, Ribavirina y Telaprevir o Boceprevir, tratamientos más cortos, con resultados de RVS entre 65% y 75%. En 2014 se utilizaron drogas antivirales orales (1 tab./día-Sofosbuvir o Simeprevir; ambos aceptados por la FDA en 2013), y Ledipasvir, Dasabuvir-Ombitasvir, solos o combinados con Ribavirina, durante 12-24 semanas, lográndose RVS de 90%-100%). *Se desarrollaron nuevos fármacos antivirales de acción directa de segunda generación con menos efectos/interacciones: Daclastavir, Ombistair, Paritraprevir, Dasabuvir, Elbasvir, Grazoprevir, Velpatasvir y otras drogas pangenotípicas: Gleaprevir, Pibrentasvir, prescritas (1tab/día) durante 8-12 semanas. Ambos grupos con RSV cercanos a 100%.* La OMS tiene como objetivo global eliminar la hepatitis C para 2030, pero enfrenta dos obstáculos: a) Ineficacia gubernamental en detección de casos, y b) Elevado costo de fármacos. Se imponen entonces, acuerdos gubernamentales con las compañías farmacéuticas, para disminuir precios, como única vía para asegurar el cumpli-

miento del eslogan: *“testar y tratar a la mayor brevedad posible”*. Es posible declarar que el tratamiento de la hepatitis C constituye un nuevo paradigma con evidencia científica incuestionable de que la enfermedad es curable.

23C. ABORDAJE DE LAS DEMENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. Dr. Edwing García, Psiquiatra. Centro Médico Santa Rosa, Santa Rosa de Copán, Honduras.

La demencia involucra manifestaciones sindrómicas progresivas con impacto a nivel cognitivo y conducta, caracterizada por alteraciones en las esferas de memoria, pensamiento, comportamiento y reducción en la autonomía para desempeñar actividades de la vida diaria. La prevalencia de demencia en población mayor de 65 años se estima entre un 6-10% aproximadamente, cifras con tendencia al alza debido al progresivo envejecimiento de la población. El incremento en la población con demencia representa para el sistema de salud un reto creciente. De allí la importancia de realizar un diagnóstico oportuno y una intervención precoz para mejorar la calidad de vida de la población afectada, tanto a nivel individual por la condición de salud como por el impacto generado en la familia y/o cuidadores. El abordaje de las demencias en el nivel primario de atención es clave por lo que los profesionales de salud a cargo de este sector, deben estar plenamente capacitados para identificar el deterioro cognitivo y establecer pautas de abordaje de acuerdo a cada necesidad particular, incluyendo acciones de promoción de salud en los escenarios macrosocial, micro ambiental e interpersonal. Por otra parte, es importante entender la complejidad clínica de las personas que sufren demencia, a menudo polimedicadas debido a las comorbilidades que se presentan en presencia de trastornos neurocognitivos mayores. La comprensión de criterios diagnósticos, el uso de herramientas para tamizaje, elección de tratamientos adecuados, dilemas relacionados con la comunicación del diagnóstico, asesoramiento ético y legal, papel de los profesionales de la medicina en el seguimiento de pacientes y familiares durante el curso de la enfermedad, supresión del tratamiento o toma de decisiones al final de la vida son de vital relevancia. Se presenta una actualización en el manejo de las demencias compartiendo resultados de experiencias clínicas y algoritmos para toma de decisiones en el nivel primario de atención.

24C. CRISIS HIPERTENSIVA. Dra. Johana Bermúdez, Médico Internista/Dermatóloga. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

25C. FIEBRE AMARILLA: UNA AMENAZA EN POTENCIA. Tito Alvarado, Médico Internista/Infectólogo. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

Fiebre amarilla: enfermedad viral transmitida por mosquitos (*Aedes*), ampliamente distribuida en América Latina y África subsahariana, producida por el virus ARN de la familia *Flavi-*

viridae. El ciclo de transmisión selvático involucra primates y al vector *Haemagogus* (América del Sur), y *Aedes africanus* (África). El ciclo urbano involucra al hombre y *A. aegypti* (frecuente en Honduras, con miles de casos el siglo pasado), siendo potencial su re-emergencia. Incubación (3-6 días). Espectro clínico: desde la infección subclínica hasta la forma grave mortal. La mayoría de pacientes desarrollan la forma leve: fiebre, cefalea, fotofobia, dolor lumbosacro y de extremidades inferiores, mialgias, anorexia, vómitos, durante 1 a 3 días. Aproximadamente 15% desarrolla la forma grave consistente en dos fases: una aguda (fiebre, cefalea, mialgias, vómitos); con remisión de síntomas (24-48hrs.), seguida de una fase tóxica final (retorno de fiebre, ictericia, epistaxis, hematemesis, melena, oliguria, disfunción hepática, renal, cardiovascular y muerte). Alteraciones laboratoriales: leucopenia, trombocitopenia, aumento del tiempo de protrombina, transaminasas, creatinina, bilirrubinas. ECG muestra bradicardia sinusal. La convalecencia se asocia con: meses de fatiga, ictericia, transaminasas elevadas. Serología: demuestra anticuerpos IgM-IgG en la primera semana (diagnóstico definitivo); IgG (aumenta 4 veces el título, en dos sueros). El virus se aísla en células de cerebro de ratón lactante. Tratamiento: sintomático, pacientes graves ingresan a UCI con monitoreo estricto, medidas de apoyo (fluidos, fármacos vasoactivos, oxígeno, prevención de hipoglicemia, corrección de acidosis metabólica, manejo de coagulopatía y soporte renal). No existe tratamiento antiviral específico disponible. Prevención: medidas de control del mosquito y protección personal. La vacunación es el método más práctico y seguro de viajeros que visitan países en riesgo. La vacuna atenuada 17D (Aventis Pasteur) es una de las más exitosas: inmunogénica y altamente protectora. Una dosis (0,5 ml) induce inmunidad casi de por vida (>95%).

26C. SÍNDROME FEBRIL EN PACIENTE VIH POSITIVO. Dr. Oscar Alvarenga, Médico Internista. Hospital Regional de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras.

27C. DETECCIÓN Y TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SÍNDROME METABÓLICO. Dra. Johana Bermúdez, Médico Internista/Dermatóloga. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

28C. TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO “LA HORA DE ORO”. Dr. Roberto Álvarez, Neurocirujano. Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras.

29C. ABORDAJE DEL PACIENTE SUICIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA. Dr. Octavio López, Psiquiatra. Hospital Mario Mendoza, Tegucigalpa, Honduras.

El intento suicida se define según la OMS (1986) así: es el acto sin resultado letal deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, conociendo o esperando un resultado letal (el cual no ocurre). A nivel mundial el suicidio consumado afecta a unas 800,000 personas por año, según el centro de

prensa de la OMS, esto equivale a una tasa 16 por 100,000. En Honduras, Según el IUDPAS se suicidaron 394 personas en el año 2017, existiendo un aumento del treinta por ciento en comparación al 2016. Se presentó una tasa para el 2017 de 43.6 víctimas por cada cien mil habitantes. Demográficamente los departamentos con mayor prevalencia de suicidios son Atlántida (58.4), Yoro (57.4), Cortés (56.2), Comayagua (51.2), Santa Bárbara (47.2) y Copán (46.6). Los departamentos de Comayagua y Copán pasaron del nivel intermedio al nivel superior. Otro aspecto importante acerca del suicidio es que por cada intento suicida existen entre 3 a 7 intentos suicidas (OMS 2018). Sólo en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza se ingresan aproximadamente entre 350 a 400 pacientes anuales por intento suicida. En Honduras donde se carece de Centros Asistenciales con Psiquiatras y donde la atención en Psiquiatría está centralizada, son los médicos de atención primaria los que reciben al paciente con riesgo suicida o con un intento suicida. Ante una conducta potencialmente suicida es importante considerar los factores protectores y de riesgo; la presencia, el grado y determinación de la ideación suicida; la planeación, accesibilidad y la letalidad del acto pensado y el motivo que lleva al individuo a suicidarse.

30C. OSTEOMIELITIS Y ARTRITIS SÉPTICA. Dr. Vernon Hernández, Ortopeda y Traumatólogo, Reconstrucción de Miembros Inferiores. Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

Las infecciones osteoarticulares son una patología infecciosa infrecuente en la infancia y que cuando ocurre afectan generalmente a niños pequeños, menores de 5 años. Difíciles de reconocer en las fases precoces de la enfermedad. La osteomielitis generalmente se clasifica según su patogenia y evolución: 1) osteomielitis aguda hematógena. Es más frecuente presentación en la infancia; 2) osteomielitis secundaria a un foco contiguo de infección: después de un traumatismo abierto, herida penetrante, herida postquirúrgica infectada, tras el implante, material ortopédico, o secundario a una infección subyacente como celulitis. Esta es menos frecuente de presentación en los niños que la anterior; y 3) osteomielitis crónica, y la artritis séptica como afección articular. Aproximadamente el 50% de los casos ocurren en los primeros 5 años de vida, es más frecuente en niños que en niñas, y que aunque puede afectarse cualquier hueso, la localización más frecuente son los huesos largos de las extremidades inferiores *Staphylococcus aureus* es el patógeno más frecuente en todos los grupos de edad, siendo la causa del 70 al 90% de las osteomielitis. Los síntomas más frecuentes son fiebre, dolor agudo persistente que se va incrementando en el miembro afecto, acompañado de inflamación y enrojecimiento del tejido que está sobre el hueso. El niño cojea o se niega a caminar, El lactante presenta irritabilidad, rechazo del alimento, e inmovilidad por el dolor. El diagnóstico de osteomielitis se debe basar en la sospecha clínica precoz ante los signos y síntomas de la enfermedad

previamente descritos, confirmado con el apoyo del laboratorio y las técnicas de imagen. El tratamiento antibiótico inicial es generalmente empírico, seleccionando el antibiótico en función de la edad que permiten suponer el agente infeccioso más frecuente. Cuando se dispone del resultado de los cultivos se modificará la terapia antibiótica en función de la sensibilidad del microorganismo aislado.

31C. VERTEBROPLASTÍA CON BALÓN, UN TRATAMIENTO MODERNO Y MÍNIMAMENTE INVASIVO PARA FRACTURAS VERTEBRALES. EXPERIENCIA EN HOSPITAL DE OCCIDENTE. Dr. Roberto Álvarez, Neurocirujano. Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras.

En 1984 se realizó la primer vertebroplastía con éxito en Francia en el tratamiento de un hemangioma vertebral, desde este tiempo su aplicación ha sido expandida incluyendo ahora el tratamiento de fracturas vertebrales compresivas que causan dolor intenso refractario a otras terapias, los mejores resultados se obtienen con las fracturas por osteoporosis y algunas por neoplasias. La introducción de la técnica con balón (kyphoplasty) vino a mejorar los resultados y la seguridad con la que se practica, ésta consiste en introducir cemento acrílico en una vértebra fracturada de manera percutánea previo la creación de una cavidad mediante la insuflación de un balón. Estudios posteriores demostraron la eficacia y seguridad del procedimiento disminuyendo dramáticamente los costos y días hospitalarios; aún en pacientes con comorbilidades y/o alto riesgo anestésico/quirúrgico sin límites por la edad; razones que justifican la introducción de esta cirugía en el Hospital de Occidente como la principal opción terapéutica en pacientes adultos mayores con dolor severo a causa de fracturas vertebrales por osteoporosis debido al margen de alta seguridad y mínima invasión siguiendo los criterios adecuados, hemos realizado 12 vertebroplastías desde el 2012 observando resultados sumamente positivos y muy similares a la casuística de países con amplia experiencia en cirugía mínimamente invasiva de columna. Debemos evolucionar por tanto en cuanto a tratamientos modernos no invasivos en columna que han demostrado todos los beneficios mencionados con el fin de favorecer a pacientes mayores que hasta hoy en nuestro país no tienen acceso en su mayoría a mejorar su calidad de vida en relación a dolor por causas espinales.

32C. CONFERENCIA ESPECIAL. 30 AÑOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN EL OCCIDENTE DE HONDURAS: PASADO, PRESENTE Y FUTURO. Dr. Ricardo Domínguez, Médico Internista. Hospital de Occidente. Dr. Eleazar Montalván, Médico General. Dra. Aida Rodríguez, Médico General. Dra. Lucía Domínguez, Médico General. Santa Rosa de Copán, Honduras.

En 1986 inició el Servicio de Endoscopia en el Hospital de Occidente. Se hizo evidente tempranamente que exis-

tía alta incidencia de neoplasia de estómago. Iniciamos la recolección de datos de cáncer gástrico demostrándose esta incidencia. En el año 2000 se presentó el primer reporte de datos en el Congreso Mundial de Cáncer de Estómago, despertando el interés de la comunidad científica internacional. Se formó una iniciativa de investigación con el objetivo de caracterizar la neoplasia de estómago en la zona, con cooperación de la Universidad de Carolina del Norte y la ONG Central América Medical Outreach (CAMO). Los primeros estudios epidemiológicos de cáncer gástrico lograron colocar a Honduras en el primer lugar de incidencia en América Latina (Globocan 2008-2012). Se iniciaron estudios que demostraron existencia de polimorfismos genéticos de riesgo para neoplasia de estómago en la región. Se reportó la prevalencia de *Helicobacter pylori*, siendo 88% de la población portadora de esta bacteria. Se logró establecer la virulencia y la resistencia bacteriana del mismo. En el año 2009 este centro de investigación fue seleccionado para participar en el estudio multicéntrico de erradicación de *Helicobacter pylori* más grande de América, presentado en el 2011. Desarrollamos estudios relacionados con diferentes factores de riesgo (fogón, EBV, etc.). Se realizó el primer estudio de supervivencia de cáncer de estómago en Centroamérica. Asimismo, se desarrolló el primer registro de cáncer regional, implementando metodologías innovadoras como el mapeo geoespacial y la localización de casos por medios satelitales. Actualmente se realizan dos ensayos clínicos de fase dos, aleatorizados, doble-ciego para la quimioprevención de neoplasia de estómago en sujetos con lesiones premalignas. El principal aporte para caracterización de cáncer gástrico en Honduras proviene de esta iniciativa. Nuestro objetivo es informar a la población médica sobre los avances nacionales en cáncer gástrico, *Helicobacter pylori*, e inspirar a futuros investigadores.

33C. OBESIDAD INFANTIL. Dr. Guillermo Villatoro, Endocrinología Pediátrica. Hospital María de Especialidades Pediátricas, Tegucigalpa, Honduras.

La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa perjudicial para la salud. En menores de 5 años peso/talla mayor a tres desviaciones estándar, entre los 5 a 19 años IMC mayor de dos desviaciones estándar por encima de la mediana establecida (patrones de crecimiento de la OMS). La causa fundamental es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. La obesidad exógena, 95% de los casos, es un desorden complejo y de etiología multifactorial. La obesidad secundaria o sindrómica supone menos del 5% de los casos. En el 2016, 41 millones de niños menores de cinco años y más de 340 millones entre 5 a 19 años tenían sobrepeso u obesidad. El diagnóstico se establece con una buena anamnesis y examen físico, en general si el paciente tiene talla normal o alta se trata de obesidad exógena y cuando se asocia a talla baja sospechar causa sindrómica o endocrinológica. Estu-

dios laboratoriales en obesidad leve y patrón de crecimiento adecuado: función renal y hepática, estudio lipídico, hemograma completo. Ante la sospecha de una posible alteración endocrinológica: glucosa/insulina si hay acantosis nigricans, Ecografía abdominal si hay elevación de transaminasas 3-5 veces su valor normal. Curva de tolerancia a glucosa, está indicada durante la adolescencia, antecedentes familiares de diabetes tipo 2, pacientes con glucosa en ayuno mayores de 100 mg /dl. Función tiroidea y cortisol libre en orina solo ante sospechas específicas de enfermedad. La obesidad leve y moderada de causa nutricional puede ser diagnosticada, tratada y seguida en nivel de atención primaria. El tratamiento es en base a una alimentación adecuada, ejercicio que implica cambios en el estilo de vida y en casos específicos algunos medicamentos aprobados en la edad pediátrica. Complicaciones asociadas: Enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico, e incremento del riesgo de cáncer.

34C. PIE DIABÉTICO Y SU MANEJO ORTÉSICO. Dra. Melissa Mejía, Médico Fisiatra. Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

De las enfermedades no transmisibles la Diabetes Mellitus (DM) ocupa la cuarta causa de mortalidad prematura. Actualmente 415 millones de adultos tienen diabetes y para el 2040 esta cifra aumente a 642 millones. La OMS define pie diabético como grupo de síndromes en los cuales la neuropatía, la isquemia y la infección llevan a la disrupción tisular, produciendo morbilidad y posible amputación. El 15% se diagnostican con DM al presentar pie diabético, un 20% están en riesgo de tener una úlcera y 25% serán amputados. La DM incrementa de 10-20 veces el riesgo de amputación de miembros inferiores, 30% de los pacientes amputados tiene probabilidad de amputación de extremidad contralateral en los siguientes 3 años y el 50 % en los 5 años, considerándose la amputación como marcador de mortalidad. Entre los factores de riesgo se encuentran la neuropatía, angiopatía y las infecciones. La evaluación del paciente consiste en examinar la integridad de la piel, evaluación del pulso pedio y tibial, reflejos osteotendinosos, índice tobillo/brazo, pruebas de sensibilidad con monofilamento y diapasón. Dentro de las medidas eficaces para el tratamiento del pie diabético están la educación del paciente, desbridamiento de tejido necrótico, limpieza y manejo de la herida, uso de zapatos adecuados, uso de plantillas y zapatos de descarga para disminuir la presión de úlceras, el tratamiento debe ser multidisciplinario y oportuno. Existen dificultades para la rehabilitación del paciente con pie diabético y son pocos los referidos a las unidades de rehabilitación, el descontrol metabólico, el riesgo cardiovascular y riesgo de una nueva amputación. Una amputación afecta los aspectos físicos, psicológicos y funcionales de la persona. La elaboración de prótesis tiene un alto costo, pero resulta más oneroso mantener a una persona sin empleo por carácter de prótesis.

35C. TALLA BAJA EN PEDIATRÍA: ABORDAJE DESDE APS. Dr. Guillermo Villatoro, Endocrinología Pediátrica. Hospital María de Especialidades Pediátricas, Tegucigalpa, Honduras.

Talla baja en pediatría se define de tres maneras: 1.-Talla/ edad por debajo de -2 Desviaciones Estándar (DE) de la media para la edad, sexo o talla por debajo del percentil 3 (< P3). 2.- Velocidad de crecimiento cm/año por debajo de Percentil 25. 3.- Talla/edad, 7 cm por debajo de la media de la talla diana familiar. Una vez definida la talla baja se procede a determinar el patrón de crecimiento en base a dos parámetros: Edad ósea (EO) y velocidad de crecimiento (VC) en cm/año. Los patrones pueden ser: Intrínseco, Retardado y Atenuado. 1.- Patrón Intrínseco: EO acorde con edad cronológica y VC normal (> percentil 25).2.- patrón Retardado: EO retrasada más de un año y VC normal. 3.- Patrón Atenuado: EO retrasada y VC anormal o por debajo de percentil 25 (< percentil 25). Es en este último patrón se revisa la relación entre segmentos corporales superior e inferior para ver si el paciente es simétrico o asimétrico, en el caso de ser simétrico se hacen los estudios por deficiencia de hormona de crecimiento. Esta clasificación por patrones de crecimiento es mutuamente excluyente y ello permite hacer estudios específicos para encontrar la etiología de la falta de crecimiento, pues cada patrón tiene causas diferentes de talla baja. Entre las causas y factores relacionados con talla baja, existen desde variantes normales del crecimiento como talla baja familiar y el retardo constitucional del crecimiento y pubertad, así como enfermedades crónicas que involucran cualquier órgano o sistema del cuerpo como síndromes de malabsorción, cardiopatías congénitas, déficit de hormonas tiroideas, alteraciones psicológicas como la de privación psico-afectiva, síndromes genéticos tanto por alteración cromosómica o de genes específicos, hasta el déficit de hormona de crecimiento. La mayoría de casos se manejará en primer nivel de atención.

36C. HIPOGLICEMIANTE ORALES EN DIABETES MELLITUS TIPO 2: TERAPIAS NUEVAS Y SUS BENEFICIOS. Dra. María Alejandra Ramos, Endocrinóloga. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

37C. ACTUALIZACIÓN SOBRE BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN GINECOLOGÍA. Dr. Kristian Navarro, Uroginecólogo. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

Estudios iniciales de cultivos de orina cuantitativo de un gran número de pacientes han encontrado lo que se conoce como una bacteriuria real, estableciendo diferentes probabilidades de producción de pielonefritis, complicación más temida durante este tipo de episodios. Un número importante de este grupo de pacientes se presenta con ausen-

cia de síntomas, sin probabilidad de complicación. Esto es lo que se conoce como Bacteriuria asintomática. *E. coli* se convierte en el agente etiológico más frecuente en este tipo de infecciones. Es conocido la variedad de serogrupos y serotipos determinado por los antígenos O y H somáticos y flagelares y su combinación. Con diferentes niveles de virulencia es lo que explicaría el comportamiento de las cepas en cada individuo. La realización de una serie de estudios clínicos y moleculares ha cambiado nuestro entendimiento de la bacteriuria asintomática durante los últimos 50 años. Es considerada ahora una entidad benigna y protectora. No se debe tratar la bacteriuria asintomática, excepto durante el embarazo, previo a tratamiento urológico invasivo. Esto mejorará nuestras tasas de resistencia y sobre todo incrementará la calidad de vida de la población.

38C. CONSEJERÍA EN ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. SISTEMA DE SALUD DESCENTRALIZADO DE HONDURAS. Dr. Marlon Estrada, Médico Salubrista. Secretaría de Salud de Honduras, El Paraíso, Honduras.

La consejería es un proceso de información, educación, comunicación y apoyo, en el que partiendo de las percepciones y necesidades de los adolescentes se aborda aspectos relacionados con la vida, de una forma integral para tomar decisiones informadas al momento de una conversación. El objetivo de la consejería es facilitar al adolescente la toma de sus propias decisiones, a través de un proceso y análisis de sus alternativas de acción, para que puedan ser aplicadas en su realidad vivencial. El principio de la consejería será, que el adolescente sea protagonista de sus propias acciones para asumir la responsabilidad de sus propios actos. Las cualidades y competencias básicas del consejero, ser una persona bien enfocada, con pensamiento flexible, genuino, sincero interés por la persona y deseos de trabajar con adolescentes. Además, poseer la habilidad de reconocer los casos que requieran ayuda profesional más allá de sus competencias como consejero. Cada sesión de consejería sigue un patrón general que se puede organizar en cinco momentos, es conveniente valorar las oportunidades para aprovechar cada momento, para ello la comunicación es fundamental, siendo necesario un emisor y un receptor, los mensajes que damos a las personas que atendemos pueden ser de vital importancia para sus vidas, la interpretación de los mensajes depende de las creencias y atribuciones que el receptor posea y haga. No es indispensable contar con un local fijo para realizar la consejería, lo fundamental es la actitud, la prudencia, el profesionalismo del consejero y la privacidad del ambiente facilita la confianza del adolescente.

39C. REVISIÓN CLÍNICA DE LA PACIENTE GINECOLÓGICA. Dr. Kristian Navarro, Uroginecólogo. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

40C. TRASTORNOS DE LA VOZ. Lic. José Castro, Foniatría – Audiología. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

La fonación es una función utilizada para la comunicación desarrollándose antes que el hombre aprendiera a hablar. La voz es una parte integral en la vida contribuyendo con el habla y el lenguaje para la comunicación oral. Las cuerdas vocales generan un tono que se modifica en la faringe, paladar, lengua y labios para producir sonidos instintivos o palabras que conllevan al lenguaje oral. Los múltiples actos de protección laríngea como el toser pueden causar alteración en la fonación. Una tos excesiva puede causar trauma e inflamación, la cual afectará las características vibratorias de las cuerdas vocales. De la misma manera, los movimientos rápidos y aleatorios de las cuerdas vocales en reposo pueden interferir con el movimiento vibratorio normal. Disfunciones o interrupciones de arcos reflejos de etiología neurológica pueden crear alteraciones en los movimientos de las cuerdas vocales y otras estructuras laríngeas interfiriendo con la fonación y con la vida. El mal uso o abuso de la voz frecuentemente causan problemas vocales. Pueden contribuir a cambios en el tejido laríngeo que resultan en la formación de nódulos, pólipos, y úlceras de contacto. Las alteraciones vocales pueden incluir ronquera, fonostenia, voz entrecortada, rango fonatorio reducido, afonía, alteraciones en el timbre vocal, tensión vocal, temblor fonatorio y dolor con o sin sensaciones físicas adicionales. El diagnóstico diferencial se enfoca en descubrir la etiología. Este procedimiento involucra el examen y observación de la alteración vocal enfocándose en la resolución del problema. El análisis del trastorno vocal involucra el examinar componentes individuales como la situación del problema, síntomas, historia médica, calificación de las características perceptivas auditivas, medición de eventos de acción acústica, aerodinámica, vibratoria y muscular, examen de las estructuras laríngeas y sus funciones, evaluación de otras funciones corporales y otros sistemas como se considere apropiado.

41C. USO DE LA ENDOSCOPIA EN NEUROCIRUGÍA. Dr. Osly Vásquez, Neurocirujano. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

El uso de la endoscopia en Neurocirugía ha tenido un desarrollo acelerado a nivel mundial, en nuestro país comenzó en el 2001 con los primeros casos de tercer ventriculostomía para hidrocefalia congénita, la curva de aprendizaje se com-

pletó a medida que captamos y seleccionamos más pacientes. En julio del 2005 comencé la cirugía endoscópica de Hipófisis, en el año 2012 realicé la exéresis del primer tumor de Angulo Pontocerebeloso vía endoscópica, en el 2014 comencé el abordaje de quistes aracnoideos con abordaje mínimo, resección de Craniofaringiomas, clipaje de aneurismas y otras patologías. Durante el 2015 hasta marzo del 2018 hemos realizado 92 procedimientos neuroendoscópicos para diferente patología, en la presente revisión describimos las diferentes técnicas y la experiencia en el Hospital Escuela Universitario.

42C. TRASTORNOS AUDITIVOS POR ALTOS NIVELES DE PRESIÓN SONORA. Lic. José Castro, Foniatría – Audiología. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

Cotidianamente y debido a la modernidad de la vida en ciudades pequeñas, grandes y en metrópolis, se está expuesto a sonidos ambientales que generan riesgos auditivos. Desde enseres de cocina hasta las máquinas industriales en fábricas. Los sonidos de alta intensidad resultan ser dañinos, aun siendo breve o extensa su duración. Estos altos niveles de presión sonora pueden dañar las estructuras delicadas del oído interno, causando pérdida de audición inducida por el ruido. La pérdida de audición inducida por el ruido puede ser inmediata o puede tomar más tiempo. Puede ser temporal o permanente y afecta ambos oídos. El trauma acústico genera daño auditivo unilateral. Aun cuando la lesión auditiva pase desapercibida al inicio, ésta podría ir en aumento lastimando más la dinámica de la audición, augurando hipoacusia en el futuro. Puede presentarse dificultad en la binauralidad auditiva generando alteración en la localización de los sonidos ambientales. También disacusia, no escuchando de manera presta lo que otros le dicen. No deja en la mayoría de los casos estar presente el tinitus en uno en ambos oídos. Estos signos/síntomas pueden presentarse de manera aislada pero generalmente hacen presencia en conjunto modificando negativamente el panorama auditivo. La audición depende de una serie de complejos procesos, convirtiendo las ondas sonoras que llegan a los oídos en señales eléctricas al llegar al cerebro. La dinámica auditiva es un proceso complejo. Los traumas acústicos o el daño auditivo causado por exposición a altos niveles de presión sonora son prevenibles. Conociendo los riesgos del ruido, se puede llevar a cabo una higiene auditiva para proteger la audición de todo riesgo. Se puede y se debe de hacer un análisis de los diferentes ambientes que cotidianamente se frecuentan y determinar cuáles presentan riesgos para la audición. Estos riesgos auditivos afectan de igual manera a toda la población.

43C. MALFORMACIONES OSTEOARTICULARES MÁS FRECUENTES Y CÓMO RESOLVERLAS. Dr. José B. Avilés, Ortopeda y Traumatólogo, Neuroortopeda. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

Las malformaciones congénitas se presentan en 6 % de los nacidos vivos, y de ellas 1% son múltiples, estas se pueden definir como la formación anómala del tejido fetal, alterado por un ambiente perjudicial o la degradación del tejido a consecuencia de factores genéticos. La mayoría de las malformaciones congénitas, son de causa desconocida, y muchas veces se asocian a otras malformaciones orgánicas como malformaciones cardíacas, de vías urinarias o sistema digestivo. Por ello es de suma importancia valorar al paciente en forma integral: 1. Examen clínico completo 2. Evaluación cardiológica 3. Evaluación por nefrología 4. Evaluación por genetista 5. Apoyo psicología a la familia 6. Apoyo de rehabilitación y terapia ocupacional 7. Evaluación por anestesiología, si va a requerir cirugía. Las causas más frecuentes de las malformaciones congénitas pueden ser: Genéticas, Causas intrauterinas: pérdida de líquido amniótico, útero bicorne, Mecánicas: bridas amnióticas, Efecto de sustancias tóxicas: alcohol, Droga: talidomina, warfarina, fenitoína, aspirina, Pesticidas, Radiación, Agentes virales, Carenciales: vitamina A, Causas vasculares, Enfermedad de la madre: diabetes, toxemia, hipertensión. Las deformidades que se presenta con mayor frecuencia son: Luxación congénita de cadera, pie equino-varo congénito (pie Bot), Metatarso aducto, varo congénito, hallux valgus congénito, pseudoartrosis congénita de tibia, pie plano, astrágalo vertical. En miembro superior: polidactilia, sindactilia, mano hendida, escápula alta (síndrome de Sprengel), macrodactilia, sinostosis radio cubital. Los abordajes quirúrgicos deben ser indicados lo más pronto posible teniendo en cuenta los riesgos anestésicos y la adecuada elección de la técnica usada para corregirla, en la actualidad se requiere de un entrenamiento especializado para resolverlo de la mejor manera posible a diferencia del pasado donde el traumatólogo o el cirujano intentaban corregir muchas de estas malformaciones sin resultados óptimos.

44C. ALTA PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD EN HONDURAS. Dra. Melissa Mejía, Médico Fisiatra. Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Discapacidad se define como las deficiencias en la estructura o funcionamiento, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación en cualquier grado de severidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe Mundial de Discapacidad (2011) estima que el 15% de la población mundial presenta algún grado de discapacidad

y el riesgo de discapacidad es más alto a mayor edad. La discapacidad representa un problema importante de salud pública en Honduras ya que uno de cada 20 sujetos entre 18 a 65 años de edad tiene una discapacidad, proporción que se incrementa en los sujetos de 51 a 65 años de edad y en adultos mayores de 60 años uno de cada dos presenta algún grado de discapacidad. En población infantil entre 5 y 17 años de edad, en los municipios de Ojojona uno de cada cinco niños y en Valle de Ángeles uno de cada nueve niños presenta alguna discapacidad. La capacidad de respuesta institucional de salud es muy limitada en cuanto a infraestructura, aditamentos y personal capacitado en el área de rehabilitación. Actualmente en nuestra Honduras la prevalencia de discapacidad es alta en comparación con los datos nacionales brindados por el INE en el 2002 y los internacionales reportados por la OMS (2011). Aunque el país cuenta con un amplio marco legal, es necesario fortalecer la formulación y aplicación de políticas públicas o estrategias para la prevención, diagnóstico, manejo y mitigación de la discapacidad a través de rehabilitación basada en la comunidad (RBC) y fortaleciendo la respuesta institucional en prevención y abordaje de la discapacidad en población general, además de la necesidad de establecer programas de inclusión de las personas con discapacidad al mundo escolar y laboral. Debemos comenzar a concientizar a nuestras autoridades y población en general sobre el tema de discapacidad y rehabilitación.

45C. USO DE FACTORES DE CRECIMIENTO EN LESIONES DEPORTIVAS. José B. Avilés, Ortopeda y Traumatólogo, Neuroortopeda. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

Lesión deportiva se refiere a cualquier daño que se le haga al organismo practicando una actividad deportiva, siendo

amateur o profesional. Las lesiones que se producen en el plano óseo son: fracturas, esguinces, luxaciones, siendo la lesión del ligamento cruzado anterior de la rodilla la más temida. En el plano muscular las más frecuentes son: contracturas musculares y desgarros. Las lesiones producidas a nivel de los tendones: tendinitis, tenosinovitis y rupturas parciales y completas. Estas lesiones tienen algo en común, el tejido lesionado es tejido conjuntivo (TC), también llamado tejido conectivo, cuya función primordial es de sostén e integración sistémica del organismo. La reparación de los daños se consigue sustituyendo a las células parenquimatosas no regeneradas por elementos del tejido conjuntivo, lo cual con el tiempo produce fibrosis y cicatrización. Este proceso comprende cuatro fenómenos: Formación de nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis), migración y proliferación de los fibroblastos, Depósito de Matriz Extra Celular MEC, Desarrollo y organización del tejido fibroso (remodelación). La reparación comienza poco después de la inflamación. La regulación de este proceso depende de las interacciones entre los factores de crecimiento, las células vasculares y la MEC. El tratamiento con Plasma Rico en Plaquetas, PRP, consiste en la aplicación de plasma autólogo con una concentración supra fisiológica de las plaquetas, que son activadas para que liberen los factores de crecimiento y sustancias activas de sus gránulos α . El objetivo de esta terapia es favorecer, estimular o iniciar el proceso de cicatrización, regeneración o curación del tejido dañado, aplicándose localmente de forma ambulatoria o bien como complemento a una técnica quirúrgica. Actualmente los resultados son muy buenos dando una gran esperanza para el tratamiento de lesiones deportivas y múltiples patologías.

RESÚMENES CONFERENCIAS SIMPOSIO

1CS. ADOLESCENCIA Y SUS CONFLICTOS EN EL SIGLO XXI. ANÁLISIS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES. Dra. Holly Argentina Palacios, Médico Psiquiatra. Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

RIESGOS Y BENEFICIOS DE LAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC'S) EN LOS ADOLESCENTES: UNA PROPUESTA DE ABORDAJE. Dr. José Luis Cruz, Médico Psiquiatra. Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

La adolescencia es una etapa normal del proceso de crecimiento y desarrollo es la transición desde la niñez a la adultez y se extiende según la OMS de los 10 a 19 años de edad. Durante esta etapa de la vida el individuo experimenta cambios tanto físicos como psicosociales encaminados a formar una identidad propia, pero a la vez dichos cambios lo vuelven vulnerable e influenciado al entorno que de ser desfavorable repercute negativamente en la personalidad. Hoy en día las actividades que más realizan los adolescentes son el uso de las TIC, (computadoras, televisión, videojuegos y los teléfonos móviles) creando una nueva preocupación, tanto para el personal de salud como para la familia, ya que son herramientas de doble filo posibilitando la aparición de comportamientos adictivos que pueden trastornar el desarrollo normal, alterando el estilo de vida y como consecuencia la aparición de conductas disruptivas e incluso favoreciendo el sedentarismo y obesidad. Entre las ventajas de las TIC se pueden enumerar: la ubicuidad, adaptabilidad, accesibilidad a la información y una comunicación veloz; pero también contribuyen de forma negativa a perder la privacidad y hacer de la vida más pública, aislamiento social, un alto desarrollo de valores ligados a la violencia, adicción a dichas tecnologías, bajo rendimiento académico tales desventajas se ven reflejados en el cambio radical de la conducta del adolescente que se vuelve defensivo frente a sus padres, familia y amigos, además el abandono de actividades que eran de su interés. La propuesta sería ayudar tanto a los padres y adolescentes enfocándose en la promoción de valores morales, el uso eficiente, racional y responsable de las TIC, la guarda de intimidad y privacidad en la red entre otros pues es bien sabido que el objetivo no será prohibirlas, si no regular el uso y fomentar la autorregulación.

FACTORES DE PROTECCIÓN EN ADOLESCENTES: EMPATÍA Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS. Dra. Zeni Evelyn Duarte, Médico Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, Tegucigalpa, Honduras.

Según el Observatorio Nacional de la Violencia de los 6757 homicidios ocurridos en el 2013, 90.6% fueron hombres en un rango de edad entre los 20 a 24 años de edad, lo

cual demuestra que los jóvenes son un grupo vulnerable. Violencia, Vulnerabilidad y Riesgo, es uno de los ejes integradores del Modelo Educativo Universitario, y uno de los Objetivos y Metas del Milenio (ODM), ahora objetivos del desarrollo sostenible(ODS) para el 2030, en donde se propone "*Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible...*" promovidos por la Organización de Naciones Unidas (ONU). Estudios que buscan dar respuesta a los factores generadores y promotores de la violencia, han encontrado que los adolescentes menos empáticos son más inestables emocionalmente, más agresivos, menos amables y responsables con más conductas antisociales, mayores problemas escolares y menos adaptación social. A diferencia de aquellos que al ser más empáticos presentan más estrategias cooperativas, son más extrovertidos, abiertos, amables y responsables. Y además tienden a resolver conflictos a través del diálogo y menos a través de la agresividad. La empatía es entonces un promotor de la conducta pro social, la cual no es posible generarla sin crear los planos que permitan la intersección de horizontes, que pueda llevar al cambio, la tolerancia y la adaptación. Por ende, que enseñar a promover la empatía y resolución de conflictos sea una estrategia importante en la prevención de la violencia juvenil.

2CS. EVALUACIÓN INTEGRAL DEL PIE DIABÉTICO. Dr. Lennin Reynaldo Paz, Ortopeda y Traumatólogo, Hospital Regional de Occidente, Santa Rosa de Copán; Dr. Melvin Castillo, Cirujano Vascular Periférico, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

La Diabetes Mellitus en cualquiera de sus variantes es por hoy una de las enfermedades con mayor prevalencia a nivel mundial, llegando a generar un impacto negativo en los pacientes que la padecen, en nuestro país esta se ve agravado por múltiples factores como la falta de acceso a medicamentos, inaccesibilidad para acudir con un médico especialista, desapego a tratamiento y la falta de personas entrenadas en identificar adecuadamente las lesiones asociadas a la misma en todas sus presentaciones. Las afecciones y consecuencias ocasionadas por el pie diabético representan actualmente un impacto negativo importante en una cantidad importante de pacientes atendidos en los hospitales de nuestro país. Uno de los agravantes más importantes encontrados en nuestra experiencia clínica radica en una inadecuada evaluación y tratamiento de las lesiones iniciales que presentan estos pacientes, las cuales evolucionan a lesiones e infecciones severas las cuales terminan en tratamientos agresivos que incluyen largas hospitalizaciones y la realización de cirugías de amputaciones mayores, esto representa un impacto negativo en los estilos de vida, autoestima y evolución clínica de los mismos. Es por esto que es de suma importancia crear una conciencia en

los médicos de las repercusiones de esta afección y crear programas y lineamientos de una correcta evaluación clínica para ser empleados por los médicos encargados de la evaluación inicial del paciente, así como de la creación de equipos de trabajo formados por médicos generales, internistas, cirujanos generales, cirujanos vasculares, ortopedas, fisiatras y psiquiatras con el fin de dar la atención con calidad y calidez que necesitan estos pacientes. Es nuestro objetivo como una estrategia de Atención Primaria en Salud, brindar las pautas a seguir para que todos los médicos identifiquen, clasifiquen y manejen lesiones de pie diabético de acuerdo con los estándares actuales para brindar un manejo integral a los mismos.

3CS. ATENCIÓN PRIMARIA EN EPILEPSIA: TIEMPO DE AVANZAR.

ESTATUS EPILÉPTICO: LO QUE TODO MÉDICO DEBE SABER. Dra. Harlis Estrada, Neurólogo. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

EPILEPSIA REFRACTARIA: QUÉ ES Y COMO MANEJARLA. Dra. Sofía Alejandra Dubón, Neuróloga. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

CIRUGÍA DE EPILEPSIA: UNA OPCIÓN DE TRATAMIENTO QUE TODO MÉDICO DEBE CONOCER. Dr. Rafael Aguilar, Neurocirujano. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

QUÉ HAY DE NUEVO EN EPILEPSIA: AVANCES Y RETOS. Dra. Reyna Durón, Neuróloga. Universidad Tecnológica Centroamericana, Tegucigalpa, Honduras.

Las epilepsias siguen constituyendo un problema de salud de escala mundial, afectando en promedio al menos uno de cada cien habitantes. Las últimas décadas han traído más esperanza a los pacientes, tan castigados históricamente por el estigma, los prejuicios y las brechas en el acceso a mejores diagnósticos y tratamientos. Las novedades han estado ocurriendo en varios campos: la evolución en las clasificaciones de crisis y síndromes epilépticos, el surgimiento de diversos dispositivos electrónicos insertados en el cuerpo para inhibir las descargas, las nuevas técnicas y herramientas quirúrgicas, los avances en las causas inmunes/inflamatorias y las terapias inmunes resultantes, el desarrollo de nuevos fármacos, la disponibilidad creciente del diagnóstico genético y la mayor conciencia social sobre la enfermedad. También se ha avanzado en diversos aspectos legales relacionados a la no discriminación laboral y la reglamentación de las licencias para conducir. Las novedades que se plantean al futuro son las opciones de tratamiento genéticas, que también plantean dificultades bioéticas por la posibilidad de edición genética, la realización de tamizaje neonatal

para diagnóstico genético-metabólico temprano que podrían resultar en discriminación y exclusiones en la cobertura de salud por aseguradoras. Otros retos están en el campo de la investigación, relacionados al financiamiento y la facilitación de la investigación en ciencias básicas y epidemiológicas. El reto de las epilepsias prevenibles y la conciencia social son de gran atención desde el punto de vista en salud pública. Un reto educativo inmediato para la atención primaria en salud en Honduras, es la capacitación del personal de salud en el diagnóstico y manejo de las epilepsias, siendo especialmente necesaria la capacitación a médicos generales, así como el establecimiento de guías nacionales de manejo de las epilepsias en este país donde son escasos los especialistas en neurología y epilepsia.

4CS. DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE CÁNCERES FRECUENTES EN HONDURAS, MEDIANTE ESTUDIOS CONVENCIONALES Y MÍNIMAMENTE INVASIVOS.

INDICACIÓN DE BIOPSIA EN LESIONES PALPABLES Y NO PALPABLES PARA EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA. Dra. Yeri Suyapa Jiménez, Patóloga. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

El cáncer de mama en nuestro país es el segundo más frecuente en la mujer, es multifactorial entre ellos la raza, genéticos, hereditarios, ambientales y edad, estadísticas internacionales mencionan que es más frecuente entre la cuarta y quinta década de la vida sin embargo en las últimas décadas se han observado casos en personas más jóvenes desde la tercera década por lo que es necesario incrementar medidas de prevención como concientizar a la mujer para que se realice periódicamente el examen palpable y de ser necesario estudios por imágenes, mamografía y ultrasonografía de acuerdo a indicación médica, en las lesiones palpables si se observan características sospechosas de malignidad se debe estudiar el tejido con biopsia por aspiración con aguja fina o gruesa para obtener diagnósticos más rápidos y con buena sensibilidad y especificidad si esta es realizada con guía ecográfica, el abordaje de las lesiones no palpables es con escisión de toda la lesión marcada previamente con aguja guiada por ecografía, para realizar el estudio histológico el tejido es fijado en formol buferado (PH neutro) por 8 a 24 horas de acuerdo al tamaño de la pieza, posteriormente se realizan cortes histológicos de todo el material, se colorean con Hematoxilina-Eosina para ser examinados al microscopio óptico y así descartar o confirmar malignidad. El tipo histológico de cáncer más frecuente es el ductal, el segundo en frecuencia es el lobulillar, originados de células ductales y lobulillares, todos los cánceres de mama deben ser estudiados con pruebas especiales de inmunohistoquímica como ser receptor de progesterona, estrógenos y HER-2 estos son muy importantes para determinar tratamiento y pronóstico.

DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE CÁNCER DE PRÓSTATA CON BIOPSIAS DE AGUJA GRUESA Y RTUP. Dra. Flor de Azalea Girón, Patóloga. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

El carcinoma de próstata es un cáncer frecuente entre hombres de 65 y 75 años de edad, los carcinomas pueden oscilar desde lesiones indolentes que nunca provocan daño a tumores agresivos mortales. La incidencia de carcinoma prostático sugiere ser consecuencia de factores exógenos como la dieta, inflamación crónica, comportamiento sexual, exposición baja a radiación ultravioleta, así como lesiones genéticas adquiridas, entre las que más se evidencian genes de fusión, mutaciones y deleciones. Los carcinomas de próstata se desarrollan habitualmente en la glándula periférica externa y es sospechado usualmente en el examen por tacto rectal, la mayoría de los cánceres localizados son silentes y se detectan en controles de rutina de las concentraciones del PSA en hombres de edad avanzada. La biopsia de próstata por aguja gruesa y guiada por ultrasonido transrectal es el método más común de diagnóstico de carcinoma de próstata. Entre las complicaciones más comunes de la biopsia por aguja se encuentra la infección, sangrado, retención urinaria y disfunción eréctil. Microscópicamente los carcinomas de próstata son adenocarcinomas con diferenciación variable, en la actualidad el tratamiento más frecuente es la prostatectomía radical y el pronóstico se basa en el estadio anatomopatológico, estado de márgenes y el grado de Gleason. La evaluación de las concentraciones del PSA tras el tratamiento es muy útil para controlar la enfermedad progresiva o recidivante.

UTILIDAD DE LA BAAF EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE TIROIDES. SISTEMA BETHESDA. Dr. César Durán, Patólogo. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

La biopsia por aspiración con aguja guiada por ultrasonido es el estudio de elección para determinar si un nódulo tiroideo es benigno o maligno, el material extraído por este procedimiento es posteriormente evaluado al microscopio óptico por el patólogo, la sensibilidad del método es del 65 al 98% (media, 83%) y especificidad de 72 al 100% (media, 92%). Los hallazgos citológicos son reportados según el Sistema Bethesda que tiene seis categorías diagnósticas: I. muestra no diagnóstica, II. Benigno, III. Atipia de significado indeterminado o lesión folicular de significado indeterminado, IV. Neoplasia folicular o sospechoso para neoplasia folicular, V. sospechoso para malignidad y VI. Maligno; cada categoría conlleva un porcentaje de riesgo para cáncer que va del 0 al 3% para la categoría "Benigno" y hasta casi el 100% para la categoría "Maligno", con base en estas asociaciones de riesgo se ha establecido el manejo para cada caso. El Sistema Bethesda ha disminuido la cantidad de muestras citológicas inadecuadas y resecciones tiroideas innecesarias al introducir criterios estandarizados y reproducibles para

interpretar los hallazgos citológicos con el fin de proveer información útil para el manejo de los pacientes. En Honduras este sistema se está usando de forma creciente por los patólogos en atención a las necesidades del médico tratante.

REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICAL SEGÚN BETHESDA, LO QUE EL CLÍNICO DEBE DE SABER. Dr. Adoni J. Duarte, Médico Residente Postgrado de Patología, Facultad de Ciencias Médicas UNAH. Tegucigalpa, Honduras.

La prevención y detección temprana del cáncer cérvico-uterino es una prioridad en el país, ya que representa uno de los principales problemas de Salud Pública, siendo la primera causa de muerte por cáncer en la mujer a partir de los 25 años de edad. El cáncer de cérvix tiene una progresión gradual que implica diferentes grados de displasia que pueden existir en una fase reversible de la enfermedad. La citología cérvico-vaginal es el método de tamizaje de elección para la detección temprana de estos padecimientos. La clasificación de Bethesda es una nomenclatura creada para incorporar los conceptos citológicos y de terminología actualizada. El informe según Bethesda incluye los parámetros de tipo de muestra, calidad de la muestra, clasificación general e interpretación de los resultados, que sustituye el término de "diagnóstico" ya que los hallazgos morfológicos deben integrarse a un contexto clínico. El sistema está diseñado para la interpretación de las anomalías de las células epiteliales que son agrupadas en dos categorías: ASCUS y ASCH. El término ASCUS representa la Atipia Epitelial de Significado indeterminado ó ASGUS que significa Atipia Glandular de Significado indeterminado. El término ASCH indica la presencia de células escamosas atípicas en el que las lesiones epiteliales incluyen la Lesión Escamosa Intraepitelial De Bajo Grado (LIEBG), Lesión Escamosa Intraepitelial De Alto Grado (LIEAG). El personal de salud debe promover la detección temprana mediante la orientación consejería y la toma de citología cervical de rutina para la detección temprana de cáncer cérvico-uterino. El tratamiento de las lesiones precursoras se realiza en segundo y tercer nivel en clínicas de detección temprana, específicamente en la unidad de patología cervical.

1CMR. NÓDULO Y CÁNCER DE TIROIDES.

INTRODUCCIÓN. Dra. María Alejandra Ramos, Endocrinóloga. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN. Dr. Carlos Rivera, Radiólogo Intervencionista. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO. Dra. Mazlova Toledo, Patóloga. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.
EVALUACIÓN PREOPERATORIA LABORATORIAL. Dra. María Alejandra Ramos, Endocrinóloga. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

EVOLUCIÓN PREOPERATORIA ULTRASONOGRÁFICA.

Dr. Carlos Rivera, Radiólogo Intervencionista. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

ABORDAJE QUIRÚRGICO.

Dr. Roberto Esquivel, Cirujano General, Laparoscópica y Bariática. Honduras Medical Center, Tegucigalpa, Honduras.

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS.

Dr. Roberto Esquivel, Cirujano General, Laparoscópica y Bariática. Honduras Medical Center, Tegucigalpa, Honduras.

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO Y ESTADIFICACIÓN.

Dra. Mazlova Toledo, Patóloga. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

TRATAMIENTO POSTQUIRÚRGICO.

Dra. María Alejandra Ramos, Médico Internista-Endocrinóloga. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.