

## RESUMENES CONFERENCIAS MAGISTRALES (CM)

**CM01. LA ENIGMÁTICA SECRECIÓN VAGINAL: DIAGNOSTICO Y MANEJO.** Dr. Miguel Crespin, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

**CM02. MANEJO DE LA CANDIDIASIS RECURRENTE.** Dra. Alicia Cerrato, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

**CM03. PROLAPSO DE ORGANOS PÉLVICOS.** Dr. Kristian Navarro, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

El prolapso de los órganos pélvicos (POP) se caracteriza por el descenso del útero, cúpula de la vagina, vejiga o intestino en el interior de la vagina o incluso más allá de su apertura. Esta patología no causa mortalidad, pero puede tener un gran impacto sobre la calidad de vida. Llega a afectar hasta el 50% de las mujeres que han tenido partos vaginales, pudiendo ocasionar síntomas en el 21% de los casos. La etiología del POP es compleja y multifactorial, y los principales factores de riesgo son el parto vaginal, la edad avanzada y la obesidad. Las opciones terapéuticas son el tratamiento conservador, el mecánico o la intervención quirúrgica. Esta última constituye la base de la reparación del POP, especialmente para prolapso sintomáticos o en un estadio avanzado y recientemente ha incorporado el empleo de mallas sintéticas no absorbibles. Estas se han asociado a diferentes complicaciones como se ha comunicado por organismos que alertan sobre su utilización, como la Food and Drugs Administration (FDA) en el año 2011, que advierte a los profesionales de la salud y a los pacientes del riesgo del uso de mallas, como la erosión vaginal, dolor, infección, complicaciones urinarias, sangrado y perforación de órganos. Actualmente, los ginecólogos se encuentran inmersos en una revisión de las vías de acceso, los procedimientos y los injertos protésicos más indicados para sus pacientes, y parece un buen momento para que se produzca un acercamiento, un esfuerzo de entendimiento de los problemas de su compartimiento y la discusión del manejo de las frecuentes alteraciones del compartimiento posterior (especialmente los «celes»), que a veces se tratan sin la participación del cirujano. Algunas pacientes seleccionadas se beneficiarán de procedimientos quirúrgicos simultáneos.

**CM04. CONDILOMATOSIS VULVOVAGINAL; OPCIONES DE TRATAMIENTO.** Dr. Oscar Herrera, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

**CM05. INFECCIONES URINARIAS: SU MANEJO Y ROL DE LA MULTIRRESISTENCIA.** Dr. Kristian Navarro, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

La infección urinaria causada por *Echerichia coli* uro patógena (ECU) es una de las infecciones más comunes y representa un desafío para la salud pública, dada la carga económica y social que conlleva. Se estima que el 40 % de las mujeres y el 12 % de los hombres presentan al menos una infección urinaria en su vida especialmente a los 20 años y después de los 85 años respectivamente. El 25% de ese grupo experimente recurrencias a los 6 y 12 meses. La infección urinaria sintomática causa malestar intenso, implica pérdida en la productividad, requiere el uso de antibióticos y predispone a complicaciones graves como el desarrollo de pielonefritis, septicemia, y daño renal permanente. Se estima en los EEUU el costo anual de las infecciones urinarias asciende a USD 3000, 000,000. *Echerichia Colli* es el agente etiológico más común de la IU no complicada. Estas cepas presentan características de virulencia y afinidad por el aparato urinario de los mamíferos. Los mecanismos Fisiopatogénicos de su virulencia, la respuesta inmunitaria del huésped, y los loci genéticos que influyen la susceptibilidad a la infección son los escenarios donde debe intervenir para lograr una reducción en su prevalencia. El manejo holístico de esta patología debe ser acompañado de un conocimiento actualizado de los diferentes mecanismos de infección, además de los de defensa del huésped. Es importante brindarle al agente patógeno la responsabilidad correcta desde el punto de vista de su patogenicidad. Conociendo en la actualidad en el caso de *E. Colli* la existencia de más de 1000 serotipos con diferencia variable en su virulencia. ¡Esto ha modificado radicalmente los protocolos de manejo sobre todo en antibióticos, para ejercer terapéuticas más responsables y disminuir el gran flagelo del siglo XXI!, la multirresistencia de la enfermedad. La vertiente inmunológica será probablemente en el futuro la piedra angular del manejo y prevención de las Infecciones urinarias.

**CM06. PREDICCIÓN Y PREVENCIÓN DEL PARTO PRE-TÉRMINO.** Dr. Pablo Martínez, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

**CM07. INFECCIONES EMERGENTES EN LA EMBARAZADA: DENGUE, ZIKA Y CHIKUNGUYA.** Dr. Alberto Flores, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

**CM08. ENFERMEDAD DE CHAGAS Y EMBARAZO.** Dra. Lizzy Padilla, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

**CM09. RCIU ASOCIADO A PREECLAMPSIA.** Dr. Pablo Martínez, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

**CM10. DIAGNÓSTICO DE RPM: USO DE PRUEBA DE EMBARAZO COMO MÉTODO DIAGNOSTICO.** Dr. Luis Zuñiga, Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

**CM11. ACTUALIZACIÓN DE DIABETES Y EMBARAZO.** Dra. Norma Ledezma, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

**CM12. OBESIDAD Y EMBARAZO: ¿CUÁL ES EL RETO?** Dr. Arlin Luke, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula

**CM13. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL ACRETISMO PLACENTARIO.** Dra. Carol Díaz, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

**CM14. TAMIZAJE TEMPRANO DE PREECLAMPSIA.** Dra. Mónica García, Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

**CM15. MANEJO ESPECTANTE DE LA PREECLAMPSIA LEJOS DEL TÉRMINO.** Dr. Pablo Martínez, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula

**CM16. NUEVAS NORMAS ANESTÉSICAS.** Dr. Rigoberto Iraheta, Especialista en Anestesiología. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

**CM17. ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO.** Dr. José Dalio Gómez Jereda, Especialista en Cirugía General, Subespecialista en Cirugía Laparoscópica Avanzada y Alta Especialidad en Cirugía Bariátrica y Metabólica. Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas", Hospital del Valle, Hospital Cemesa. San Pedro Sula.

La unión esófago-gástrica (UEG) es una región anatómica especializada, compuesta por el esfínter esofágico inferior (EEI), las fibras gástricas oblicuas, el ligamento frenoesofágico y la crura diafragmática. Este conjunto de estructuras asociadas a la ubicación intraabdominal del EEI y a la presencia de un ángulo de His agudo que funciona como válvula, forman una barrera antirreflujo que garantiza el paso de los alimentos hacia el estómago. La disfunción de esta barrera provoca Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE), que se define como la presencia de síntomas

típicos (pirosis y regurgitación) y/o daño a la mucosa, y se cuantifica mediante pHmetría y puntaje de DeMeester. Ha emergido como uno de los trastornos gastrointestinales más comunes, abarca el 75% de la patología esofágica y puede provocar secuelas a largo plazo como esofagitis, estrechez, esófago de Barrett y adenocarcinoma. La prevalencia de ERGE se estima en un 10 a 20% de la población occidental. El manejo inicial recomendado es el cambio en algunos hábitos, principalmente dietéticos y el tratamiento farmacológico con inhibidores de bomba de protones (IBP), tanto para el control de los síntomas como para la cura de la esofagitis hasta en un 83 a 96% de los casos después de 8 semanas de tratamiento. En caso de ERGE recidivante o complicado (Esofagitis erosiva y Esófago de Barrett) puede administrarse tratamiento a largo plazo con IBP o recomendarse tratamiento quirúrgico. Este último ofrece mejor costo-efectividad en manos de un cirujano experto, pero no debe recomendarse en pacientes que respondieron mal a IBP. En pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía antirreflujo debe considerarse la cirugía bariátrica, principalmente el bypass gástrico laparoscópico. En los demás casos, no existe duda que la funduplicatura de Nissen laparoscópica es el procedimiento de elección y su principal objetivo es el restablecimiento anatómico y funcional de la barrera antirreflujo.

**CM18. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA DIABETES.** Dr. Carlos Zerrweck, Especialista en Cirugía General, Alta Especialidad en Cirugía Bariátrica y Metabólica. México.

**CM19. EXPLORACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LA VÍA BILIAR VS RENDEZ-VOUS LAPAROENDOSCÓPICO.** Dr. José Dalio Gómez Jereda, Especialista en Cirugía General, Subespecialista en Cirugía Laparoscópica Avanzada y Alta Especialidad en Cirugía Bariátrica y Metabólica. Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas", Hospital del Valle, Hospital Cemesa, San Pedro Sula.

El 10% de la población padece coledocolitiasis. El 20% de éstos sufren síntomas y el 10% de los pacientes con síntomas presentan coledocolitiasis, cuyo tratamiento requiere invadir la vía biliar. El estándar de oro en la cirugía actual es determinado por la realización de procedimientos mínimamente invasivos, costo-efectivos y seguros. La exploración abierta de la vía biliar fue el único método para el tratamiento de la coledocolitiasis hasta la llegada de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en la década de los 70's que disminuyó la morbimortalidad asociada a la apertura de la vía biliar. En la década de los 80's se realizó la primera colecistectomía laparoscópica y en la siguiente década la primera exploración laparoscópica de la vía biliar (ELVB). Inició así, una nueva era para la cirugía con el desarrollo de los procedimientos laparoscópicos que a principios del siglo XXI se han convertido en el estándar de oro debido a sus conocidas ventajas sobre la cirugía abierta. La batalla cons-

tante entre los procedimientos mínimamente invasivos por convertirse en el estándar de oro ha puesto frente a frente a la CPRE y la ELVB. La CPRE disminuye la necesidad de abrir la vía biliar y es posible realizar una colecistectomía laparoscópica en el mismo tiempo anestésico mediante el paso de una guía hidrofílica a través del conducto cístico hacia duodeno y la canulación endoscópica selectiva de la vía biliar, evitando la invasión accidental del conducto pancreático y el riesgo de pancreatitis post CPRE. La ELVB permite la introducción de cámaras al árbol biliar a través del conducto cístico evitando abrir el colédoco, y mediante observación directa efectuar litotripsia y extracción de litos. En caso de coledocotomía, puede realizarse cierre primario, ya que la coledocoscopia da la certeza necesaria para evitar dejar un tubo en T por riesgo de coledocolitiasis residual.

**CM20. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN SITUACIONES DIFÍCILES.** Dr. Deepak Varma.

**CM21. AVANCES EN CIRUGÍAS BARIÁTRICA.** Dr. Carlos Zerrweck, Especialista en Cirugía General, Alta Especialidad en Cirugía Bariátrica y Metabólica. México.

**CM22. COMPLICACIONES AGUDAS DESPUES DE CIRUGIA BARIÁTRICA.** Dr. Francisco Lennyn Alvarenga Fajardo, Especialista en Cirugía General y Laparoscopia, Cirugía Bariátrica y Metabólica. IHSS, San Pedro Sula.

La obesidad es una enfermedad compleja, con muchas opciones de tratamiento y respuestas variables. La cirugía bariátrica y metabólica está en auge a nivel mundial como la opción más efectiva y con mejores resultados a corto y largo plazo. A lo largo de los años se han desarrollado diferentes técnicas quirúrgicas con aceptación variada según el país donde se realice, la capacidad de cada centro y sus especialistas. Ninguna cirugía está exenta de riesgos y cirugía bariátrica no es la excepción, pudiendo ocurrir complicaciones después de realizarlas, la mayoría de estas son de poca consecuencia para el paciente y fácil resolución, pero otro número menor, son de difícil manejo y pueden tener resultados fatales. Un principio básico en el área quirúrgica es prevenir la aparición de complicaciones, para lo que se plantean una serie de estrategias y procedimientos que persiguen este fin, por el contrario, si se omiten, los resultados no serán los deseados. Aunque a veces, aun siguiendo todos los protocolos, las complicaciones suelen aparecer. En los peores escenarios se encuentran las hemorragias con alteraciones hemodinámicas, los episodios tromboembólicos, y las fugas de las líneas de suturas y/o anastomosis con consecuencias sépticas. En Honduras ha llegado la cirugía bariátrica y metabólica en una época en la que aún hay mucho desconocimiento respecto al tema, no solo en la población general, sino también en el ámbito médico. Estos pacientes pueden llegar una noche cualquiera a sala de emergencia de un hospital, por lo que consideramos de vital importancia

el involucrar a la mayor cantidad de profesionales de la salud para que conozcan los diferentes tipos de cirugías hay como identificar de manera oportuna sus complicaciones para poder iniciar el tratamiento adecuado.

**CM23. CIRUGÍA PLÁSTICA EN EL PACIENTE BARIÁTRICO.** Dra. Carmen Ruiz, Especialista en Cirugía Reconstructiva. Hospital del Valle, San Pedro Sula

**CM24. OBESIDAD, CIRUGIA BARIÁTRICA Y REFLUJO: ¿CAUSA O EFECTO?** Dr. Francisco Lennyn Alvarenga Fajardo, Especialista en Cirugía General y Laparoscopia, Cirugía Bariátrica y Metabólica. IHSS, San Pedro Sula.

La obesidad es una enfermedad compleja, se acompaña de deterioro del estado de salud de la persona que la padece por su asociación con enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, reflujo gastroesofágico, apnea del sueño entre otras. También afecta aspectos sociales y psicológicos, provocando alteraciones en la calidad de vida de los individuos. Tradicionalmente el tratamiento para la obesidad ha sido a base de dietas, ejercicio y fomentar cambios en el estilo de vida de las personas, posteriormente se ha agregado el uso de medicamentos para inducir pérdida de peso o disminuir el apetito, aunque se ha visto que estos tratamientos son insuficientes para lograr una pérdida de peso adecuada y duradera, por lo que la cirugía bariátrica y metabólica ha crecido como una alternativa efectiva con resultados satisfactorios en la mayoría de los pacientes. El reflujo gastroesofágico es una patología multifactorial, asociada a factores alimentarios, presencia de hernia de hiato o situaciones que aumentan la presión intraabdominal. Entre las diferentes opciones de tratamiento se incluye mantener un peso saludable. Muchas de los pacientes con obesidad presentan síntomas de reflujo al momento de hacerse cirugía bariátrica y metabólica, según la técnica quirúrgica empleada estos síntomas pueden mejorar o empeorar, por lo que la selección adecuada de la técnica es esencial para evitar agravar los síntomas. Por el contrario, se ha demostrado que hasta un 49% de las personas que no tenían reflujo antes de operarse, están presentándolo en fechas posteriores a la cirugía, asociándose incluso con lesiones de la mucosa como esofagitis o esófago de Barrett, consideramos importante dar a conocer estos datos para hacer una adecuada selección de los pacientes, un correcto seguimiento y prevenir enfermedades como adenocarcinoma esofágico.

**CM25. PROTOCOLO ERAS RECUPERACIÓN ACELERADA POST QUIRÚRGICA.** Dr. Manuel Salinas, Especialista en Cirugía Oncológica. Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas", San Pedro Sula.

**CM26. CIRUGÍA ESTEREOTAXICA: EXPERIENCIA HOSPITAL ESCUELA.** Dr. Rafael Aguilar, Especialista en Neurocirugía, Tegucigalpa.

**CM27. MANEJO QUIRÚRGICO DE ANEURISMA CEREBRAL.** Dr. José Geovany García Herrera, Especialista en Neurocirugía. Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas", San Pedro Sula.

Los aneurismas son dilataciones en la pared de un vaso sanguíneo. Surgen del equilibrio interrumpido entre el estrés hemodinámico y la fuerza de la pared arterial, produciendo cambios biológicos celulares y moleculares. Usualmente ocurre en las bifurcaciones de las arterias, la mayoría se desarrollan espontáneamente, considerándose como factores de riesgo: genéticos, hipertensión arterial, tabaquismo y edad. El 1% a 2% se asocia con trauma, infección o tumor. Son lesiones solitarias en 70% a 75% y múltiples en 25% a 30%, la ruptura aneurismática representa 85% de las hemorragias subaracnoideas, 85% a 95% corresponden al sistema carotideo y 5 – 15% a la circulación Posterior. Así como la diversidad de aneurismas, su abordaje depende del tipo de aneurisma a tratar, morfología, ubicación, estructuras circundantes, vasos colaterales. La obliteración se encamina en tres rutas: neuroquirúrgico con clipaje, endovascular, técnicas indirectas como revascularización. La opción neuroquirúrgica se considera para todos los aneurismas, con mínimas excepciones, la estrategia endovascular pertenece limitaciones, como vasos de mínimo calibre, aneurismas con cuello ancho, y pacientes de mayor edad. Ensayos multicéntricos comparan estos tratamientos, en el estudio de mayor peso se tomaron 9,559 aneurismas rotos, 2143 eran adecuados para las dos alternativas, en 42 centros de neurocirugía, en Reino Unido y Europa. 250 (23.5%) de 1063 pacientes con tratamiento endovascular fueron muertos o dependientes a 1 año, en comparación con 326 (30.9%) de 1055 pacientes asignados a neurocirugía. El riesgo de epilepsia fue menor con tratamiento endovascular, el riesgo de nuevas hemorragias fue mayor y las recurrencias angiográficas en 10% a 33%. El estudio ISAT mostró adecuada la ruta endovascular como primera línea, sin embargo, la falta de acceso a material y equipo angiográfico en algunos centros confiere a la vía endovascular el 20%, mientras que en otros el 70% de los aneurismas rotos.

**CM28. ACTUALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA NO TRAUMÁTICA.** Dr. Jorge Eduardo Ortega, Especialista en Neurocirugía, Neurocirugía Endovascular. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

La Hemorragia Subaracnoidea no traumática es el sangrado espontáneo en el espacio subaracnoideo. Es un padecimiento del cual poco se sospecha y, por lo tanto, puede ser mal diagnosticado. El cuadro clínico se caracteriza por cefalea intensa de inicio súbito que puede ser descrita como "el dolor de cabeza más intenso que ha sufrido en la vida", puede acompañarse de vómitos, pérdida del estado de alerta, convulsiones, rigidez de cuello, coma y hasta la muerte.

Su frecuencia se estima en 6 casos por 100,000 habitantes por año, con una mortalidad del 30% en las primeras 24 horas. Un tercio de los pacientes quedarán con secuelas neurológicas, transitorias o permanentes. Estos pacientes requieren cuidados especiales en una Unidad de Ictus y algunos necesitarán asistencia con ventilación mecánica. El 80 a 85% de las hemorragias subaracnoideas no traumáticas se deben a la rotura de un aneurisma intracraneal, un 8% a hipertensión arterial no controlada, 5% a Malformaciones Arterio-Venosas, medicamentos antitrombóticos y anticoagulantes, y uso de drogas como cocaína o anfetaminas. Lo más importante es la sospecha clínica que se confirma con una tomografía simple de cerebro. Una vez confirmado el diagnóstico por tomografía, deberá buscarse la causa del sangrado, y como la causa más frecuente es la rotura de aneurismas, se deberá realizar una angiografía cerebral por sustracción digital con la cual se pueden detectar aneurismas con un 99% de sensibilidad. Básicamente hay dos formas de tratamiento de los aneurismas, a través del clipaje quirúrgico, o a través de la embolización endovascular. Será la experiencia del neurocirujano, las características propias del aneurisma, su ubicación, el estado clínico del paciente y los recursos tecnológicos con los que se cuente los que determinen cuál de los dos tratamientos es el más apropiado para cada paciente.

**CM29. INDICACIÓN DE CIRUGÍA EN EPILEPSIA.** Dr. Rafael Aguilar, Especialista en Neurocirugía. Tegucigalpa

**CM30. ENFOQUE Y MANEJO DE DOLOR LUMBAR.** Dr. Roberto Contreras, Especialista en Neurocirugía. IHSS, Hospital Bendaña, San Pedro Sula.

**CM31. ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE COLON QUE HACER.** Dr. Jorge Suazo, Especialista en Gastroenterología, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

**CM32. USG HÍGADO GRASO QUE HACER.** Dr. Raúl Zelaya, Especialista en Medicina Interna y Gastroenterología, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

**CM33. HERBOLARIA, SUPLEMENTOS DIETÉTICOS Y OTROS NEFROTÓXICOS.** Dr. Manuel Rocha, Especialista en Nefrología. San Pedro Sula.

**CM34. NUTRICIÓN EN PACIENTE NEFRÓPATA.** Dr. Roberto López.

**CM35. USO RACIONAL DE AINES.** Dra. Gabriela Guzmán, Especialista en Reumatología, IHSS, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

**CM36. ACTUALIZACIÓN EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL.** Dr. Enrique Samayoa, Especialista en Medicina Interna y Cardiología. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

**CM37. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO MANEJO INICIAL.** Dr. Josué Ponce, Especialista en cardiología. San Pedro Sula.

**CM38. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA.** Dr. Luis Enamorado, Especialista en Medicina Crítica e Intensiva. Hospital del Valle, Hospital Cemesa, San Pedro Sula.

**CM39. MANEJO DE FALLA CARDÍACA.** Dr. Carlos Alvarenga, Especialista en Medicina Interna, Cardiología y Hemodinamia. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

**CM40. INTERVENCIONISMO EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN ADULTOS.** Dr. Max Aguilar, Especialista en Cardiología y Hemodinamia. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

**CM41. CÁNCER DEL TRACTO DIGESTIVO OPCIONES PALIATIVAS.** Dr. Josué Umaña, Especialista en Gastroenterología. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

**CM42. USO CLÍNICO DE MARCADORES TUMORALES.** Dr. Julio Alvarenga, Especialista en Oncología Clínica. San Pedro Sula.

**CM43. MANEJO DE ANEMIA LO PUNTUAL PARA EL CLÍNICO.** Dr. David Cortes, Especialista en Hematología. Hospital del valle, San Pedro Sula.

**CM44. COLONOSCOPIA VIRTUAL EN CRIBADO DE CA DE COLON.** Dr. Carlos Paz, Especialista en Radiología. Diagnos, San Pedro Sula.

**CM45. TAMIZAJE EN CANCER, PROPUESTA DE ONCOGUIAS PARA DETECCIÓN OPORTUNA.** Dr. Ismael Segura Galdámez, Especialista en Cirugía General y Oncológica. Centro de Cáncer Oncocenter, Unidad Oncoser, Cemesa, San Pedro Sula.

El tamizaje no es más que aplicar pruebas relativamente simples y de bajo costo a la población para evaluar si estos pueden o no tener una enfermedad, y viéndolo de esta forma, la mayoría de las asociaciones oncológicas no aceptan que se exponga a la población a pruebas de cualquier tipo con el afán de “poder encontrar a tiempo” el cáncer. La realidad de las cosas es que al hablar que se puede hacer “tamizaje” en cáncer se puede caer en la mala práctica y abusar de estudios (Instituto Nacional de Cáncer) que podrían: provocar complicaciones relacionadas con la prueba; tener falsos positivos que generen ansiedad y dé lugar a procedimientos invasores de diagnóstico; sobre diagnóstico o detectar cáncer de bajo riesgo que no tenga consecuencias significativas a largo plazo, sin embargo, la OMS sugiere que para algunos cánceres, el “tamizaje” es la mejor inversión en países en vías de desarrollo. Para fines prácticos

se ha acuñado el término “pruebas de detección temprana” cuyos beneficios derivan de encontrar en el momento ideal u “oportuno” la enfermedad en etapas más tempranas y tratables reduciendo así considerablemente la mortalidad. La American Cancer Society proporciona onco-guías para cánceres como de mamas, cuello uterino, colon, endometrio, pulmón y le da menos importancia a la PSA para próstata. Para que los exámenes sean eficaces debe permitir detección antes de que se presenten síntomas y se debe probar buen resultado del tratamiento para el cáncer a detectar si se inicia temprano. Proporcionamos en la ponencia guías de los cánceres a los que se les acepta realizar dichas pruebas y además compilamos en un cuadro practico pruebas según edad y sexo para detección oportuna.

**CM46. TRASPORTE DEL PACIENTE PEDIÁTRICO.** Dr. Renán Orellana, Especialista en Pediatría y Medicina Crítica e Intensiva Pediátrica. Texas Children Hospital, Huston, Texas.

**CM47. TRANSTORNO DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPIERACTIVIDAD.** Dr. Eduardo Barragan, Especialista en Neurología Pediátrica. Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez”. México.

**CM48. DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE ENFERMEDADES RENALES.** Dr. Rubén Galeas, Especialista en Nefrología Pediátrica. Hospital Nacional “Dr. Mario C. Rivas”, San Pedro Sula.

**CM49. UCIP FUERA DE LA UCIP.** Dr. Renán Orellana. Especialista en Pediatría y Medicina Crítica e Intensiva Pediátrica. Texas Children Hospital, Huston, Texas.

**CM50. AUTISMO.** Dr. Eduardo Barragan. Especialista en Neurología Pediátrica. Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez”. México.

**CM51. NUTRICIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO.** Dr. Renán Orellana. Especialista en Pediatría y Medicina Crítica e Intensiva Pediátrica. Texas Children Hospital, Huston, Texas.

**CM52. ABORDAJE DEL NIÑO HIPOTÓNICO.** Dr. Eduardo Barragan. Especialista en Neurología Pediátrica. Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez”. México.

**CM53. FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON PATOLOGÍA MUSCULAR.** Dra. Susan Galo, Especialista en Pediatría, Subespecialidad en neumología Pediátrica y Alta Especialidad en Medicina del sueño. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

**CM54. COMORBILIDADES EN EPILEPSIA.** Dr. Eduardo Barragan. Especialista en Neurología Pediátrica. Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez”. México.

**CM55. TEC EN PEDIATRÍA NUEVAS GUÍAS.** Dr. Renán Orellana, Especialista en Pediatría y Medicina Crítica e Intensiva Pediátrica. Texas Children Hospital, Huston, Texas.

**CM56. ENFERMEDAD DEL DENGUE.** Dra. Luisa Pineda, Epidemiología. Dr. Emilio Barreto, Especialista en Medicina Interna e Infectología. Dra. Glenda Fasquelle, Especialista en Medicina Interna. Dra. Arlene Caballero, Especialista en Pediatría. Dra. Giselle Aguilar, Especialista en Medicina Crítica e Intensiva Pediátrica. Dr. Oscar Díaz, Especialista en Medicina Interna y Medicina Crítica e Intensiva.

**CM57. INCOMPETENCIA ÍSTMICO CERVICAL DIAGNOSTICO Y MANEJO.** Dr. Arlin Luke.

**CM58. EMBARAZO MÚLTIPLE DESDE LA CIGOSIDAD HASTA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO.** Dr. Wilfredo Alberto Flores Cuellar, Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

La atención de los embarazos gemelares requiere estar fundamentados científicamente y conocer las características específicas. La corionicidad (tipo de placentación) no refleja la cigosidad de la gestación múltiple. La cigosidad está determinada por el tipo de concepción de la misma. Una gestación monocigótica es producto de la división miótica del cigoto originado de un solo óvulo fecundado por un solo espermatozoide, en los dicigóticos, los gemelos son el resultado de la fertilización de múltiples óvulos, por diversos espermatozoides. En las familias que tienen riesgo de transmisión de enfermedades hereditarias, el cálculo del riesgo de tener un hijo afectado debe tener en cuenta la cigosidad. La cigosidad no se puede diagnosticar antes del nacimiento de forma no invasiva. Por lo tanto, el consejo genético se basa en la corionicidad. Para el manejo clínico de los embarazos gemelares resulta de capital importancia conocer el número de placentas durante el primer trimestre, con el fin de establecer estrategias diagnósticas y terapéuticas adecuadas ya que a partir de esto se define el pronóstico de estos embarazos siendo de ordinario bueno para los que tienen más de una placenta. Los embarazos bicoriales (de dos placentas) serán objeto de estudio ecográfico de manera mensual, no así los monocoriónicos que deben mirarse cada 15 días en busca de las enfermedades propias de los embarazos monocoriónicos, las cuales están predeterminadas por la presencia constante de anastomosis vasculares entre las dos o más circulaciones feto placentarias, que ocasionan una transfusión interfetal obligatoria que puede desequilibrarse, llevando a expresiones clínicas fetales de grado variable, que van desde simples discordancias entre el peso de uno u otro gemelo hasta la expresión extrema de un desequilibrio hemodinámico entre gemelos que se conoce como feto acárdico.

**CM59. DOLOR PÉLVICO CRÓNICO: ABORDAJE ACTUAL.** Dr. Kristian Navarro, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

El dolor es un síntoma complejo, que puede ser la principal y la más frecuente manifestación de muchas enfermedades, que genera en el paciente una experiencia sensorial y emocional desagradable. Puede estar asociado con un daño tisular real o potencial, sin embargo, en el intervienen factores psicológicos que dependen de experiencias dolorosas previas y de factores ambientales que influyen sobre la percepción del dolor, siendo necesario documentar la causa para orientar un tratamiento médico adecuado. El dolor pélvico crónico (DPC) es uno de los síndromes de dolor crónico, persiste durante seis meses o más, en el cual existe controversia en cuanto a su definición etiológica), causas ginecológicas y no ginecológicas, factores psico socioculturales, diagnóstico y abordaje terapéutico. Actualmente se piensa que puede afectar a más del 15% de las mujeres, y que al menos una de cada tres experimentará este cuadro alguna vez en su vida). En países como Estados Unidos, aproximadamente el 10% de la población es remitida al ginecólogo por esta causa, siendo una indicación para realizar un procedimiento quirúrgico tanto diagnóstico como terapéutico, por lo tanto, el DPC es considerado como una de las principales indicaciones para realizar histerectomía de enfermedades benignas en aproximadamente el 20% de los casos, y al menos en el 40% para realizar laparoscopia). Teniendo en cuenta los planteamientos anteriores, es claro que el DPC es un problema tanto por su frecuencia como por su morbilidad, ya que a pesar de su alta prevalencia (7%) no existe tampoco una clara aproximación de su abordaje primario en forma integral. Podemos integrarlo en Síndromes para un mejor acercamiento y estudio: Sd Genitourinario, Gastrointestinal, Miofascial, Psicógeno. De esta manera es posible lograr un acercamiento diagnóstico y alcanzar el mayor efecto terapéutico.

**CM60. INFERTILIDAD MASCULINA.** Dr. Eduardo Bueso, Especialista en Ginecología y Obstetricia e Infertilidad, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

**CM61. MANEJO DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA.** Dr. Manuel Maldonado, Especialista en Cirugía Oncológica y Mastología. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

**CM62. MANEJO DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL CLASIFICACIÓN FIGO.** Dr. Ricardo Rivas, Especialista en Ginecología y Obstetricia. IHSS, San Pedro Sula.

**CM63. CIRUGÍA GINECOLÓGICA DE INVASIÓN MÍNIMA.**

Dr. Luis Zúñiga Girón, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Subespecialista en Cirugía Ginecológica Laparoscópica. Hospital "Dr. Mario C. Rivas", Hospital del Valle, San Pedro Sula.

La historia de la ginecología se remonta a Hipócrates. Antoine Jean Desormeaux perfecciono el endoscopio en Francia, lo utilizo para estudiar vejiga, cérvix y útero por primera vez en humanos. Kurt Semm se considera el verdadero impulsor de la LPS, introduce el cable de fibra óptica, el irrigador/succionador, describe la técnica del nudo extracorpóreo, introducción de la minicámara, simulador de prácticas en laparoscopia. Ventajas: mínima invasión, magnificación de campo, menor dolor, rápida recuperación, mejor estética. Desventajas: perspectiva diferente, pérdida de profundidad, no permite el uso de tacto, mayor coste, cansancio por posición, campo operatorio dependiente de neumó. Indicaciones de cirugía laparoscópica: esterilización tubárica, durante años ha sido la única técnica realizada por esta vía; embarazo ectópico, para el tratamiento quirúrgico debemos tener en cuenta la clínica y deseo reproductor de la paciente, tasa de reincidencia menor, preferible en pacientes hemodinámicamente estables; Masas anexiales, abordaje inicial en masas anexiales benignas, ofrece un estudio macroscópico de la masa y exploración de la cavidad abdomino-pélvica para conocer la naturaleza del tumor, las posibilidades terapéuticas pueden ser el aspirado, quistectomía, anexectomía, protegida en bolsa, colpotomía posterior; endometriosis, se tendrá en cuenta clínica, edad, deseo reproductivo y tratamientos previos, y beneficia al 60-80% de las pacientes con dolor pélvico crónico, en relación a la fertilidad estudios avallan mayor tasa de embarazos tras la cirugía; miomectomía, con indicaciones en caso de sangrado uterino anormal que no responde a tratamientos conservadores, anemia ferropénica, infertilidad, dolor, obstrucción o trastornos urinarios, tamaño del mioma principal menor 8-9 cm, número máximo de miomas 3-4; histerectomía, sospecha de endometriosis leve-moderada o adherencias, necesidad de anexectomía, endometriosis severas con poco acceso a los pedículos, acceso vaginal limitado, patología pre invasiva, patología maligna; cirugía oncológica, son ampliamente usadas en cáncer cérvix estadio la1, linfadenectomía en cáncer de endometrio, ganglio centinela o cáncer de ovario.

**CM64. SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO GENERALIDADES Y DIAGNÓSTICO.** Dr. Lindolfo Palma, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

**CM65. SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO E INFERTILIDAD.** Dr. Sergio Bendaña, Especialista en Ginecología y Obstetricia, e Infertilidad. Hospital Bendaña, San Pedro Sula.

**CM66. CIRUGÍA VIDEO LAPAROSCÓPICA UNA OPCIÓN VALEDERA.** Dr. Mario Pinto.

**CM67. CIRUGÍA PERCUTANEA RENAL.** Dr. Daniel Chinchilla Reyes, Especialista en Urología. San Pedro Sula.

El avance mundial en el mundo quirúrgico es arrollador, y en Honduras no podemos quedarnos atrás, por lo cual dirigimos nuestro camino hacia la cirugía mínimamente invasiva, que pueda resolver y enfrentar patologías complejas como el cáncer de urotelio en la pelvis renal, abscesos y la enfermedad litiasica, en la mayoría de sus aspectos A través de esta nueva configuración de cirugía que se practica en centros urológicos mundialmente conocidos por este mismo tanto queremos exponer a ustedes la técnica quirúrgica, las indicaciones, el desarrollo de la cirugía, las complicaciones, las ventajas y desventajas de esta nueva técnica, y proponerla para que sea llevada a cabo dentro de todos los centros públicos y privados del país. La cirugía renal percutánea se lleva acabo utilizando técnicas fluoroscópica o ultrasonográficas que permiten abordar el riñón mediante un pequeño puente de plástico e introducir una lente dentro del mismo para destruir con litotricia intracorporea y extraer cálculos de diferentes tamaños que no tengan indicaciones de otras técnicas quirúrgicas, al realizar este tipo de procedimientos, pacientes con obesidad mórbida y otras patologías se ven beneficiados Al no tener que pasar por el bisturí con heridas y procesos de recuperación que conllevan mucho tiempo, grandes incapacidades y limitaciones posteriores. La curva de aprendizaje en este tipo de procedimientos es mediana, y conlleva grandes beneficios para el paciente.

**CM68. HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA.** Dr. Jamil Bendeck, Especialista en Urología. Hospital del valle, San Pedro Sula.

**CM69. CÓLICO RENAL MANEJO Y SEGUIMIENTO.** Dr. Edin Quijada, Especialista en Urología. San Pedro Sula

**CM70. EYACULACIÓN PRECOZ SIGNO FRECUENTE DISFUNCIÓN SEXUAL.** Dr. Jamil Bendeck, Especialista en Urología. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

**CM71. PATOLOGÍA DEL CANAL INGUINAL.** Dra. Norma Oviedo, Especialista en Cirugía General. Hospital Nacional "Dr. Mario C: Rivas", San Pedro Sula.

**CM72. MANEJO INICIAL DEL TRAUMA.** Dra. Sandra Padilla, Especialista en Cirugía General. Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas", San Pedro Sula.

**CM73. MANEJO DE EMERGENCIAS TRAUMÁTICAS EN ORL.** Dr. Julio Dubón, Especialista en Otorrinolaringología. Hospital Nacional "Dr. Mario C: Rivas", San Pedro Sula.

**CM74. MANEJO DE RINOSINUSITIS Y PÓLIPO NASAL.**

Dr. Daniel Pazzetti, Especialista en Otorrinolaringología. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

**CM75. INTOXICACIÓN SISTÉMICA CON ANESTÉSICOS LOCALES, MANEJO CON LÍPIDOS.**

Dr. Joel Ricardo Chávez Gutiérrez, Especialista en Anestesiología Cardiovascular. Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas", UNAH-VS, Hospital del Valle / Hospital Cemesa, San Pedro Sula.

La Intoxicación Sistémica por Anestésicos Locales (ISAL) muestra una incidencia baja, por ser subdiagnosticado. El riesgo se incrementa por bloqueos de nervios periféricos frecuentemente infiltrando grandes volúmenes de anestésicos locales (AL), próximo a estructuras vasculares. La clínica resulta se caracteriza por excitación y/o depresión neurológica, y afección cardiovascular, que puede conducir a parada cardiaca y muerte. En los últimos años se ha documentado una clínica cada vez más atípica, observando únicamente afectación neurológica, o clínica cardiovascular. Solo un tercio de los casos tuvieron una presentación clásica. Observándose inicio de los síntomas en 15 minutos desde la administración del AL. Se debe considerar ISAL en pacientes que presentan clínica después de 60 minutos de administrado el AL, o cuando manos "no-anestésicas" sean las que administren. La prevención es el mecanismo más importante para reducir el riesgo de ISAL Realizar los bloqueos periféricos guiados por ecografía. Emplear la menor dosis efectiva posible de anestésico local. Realizar una inyección fraccionada e incremental de anestésico local. Aspirar a través de la aguja antes de la administración del anestésico. Considerar la utilización de marcadores de inyección intravascular. Emplear la menor concentración de anestésico local posible. Realizar monitorización completa durante y después de la inyección de anestésico local. Reconocer los factores de riesgo como masa muscular, sexo, edad, comorbilidad, tipo de anestésico local, lugar y técnica de infiltración, si es intra o extrahospitalario, profesional no anesthesiólogo. La administración de la emulsión lipídica al 20%: debe administrarse ante los primeros signos de intoxicación. La dosificación inicia con infusión. Dosis máxima de emulsión lipídica se establece por mL/kg (900 mL en 75 kg peso). Ante el colapso circulatorio o parada cardiorrespiratoria se debe dar reanimación cardiopulmonar y manejar la vía aérea de forma segura.

**CM76. DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PEDIATRÍA.**

Dr. Giovanni Marie, Especialista en Cirugía Pediátrica. Hospital Nacional "Dr. Mario C: Rivas", San Pedro Sula.

**CM77. MANEJO REHABILITADOR DE ALGIAS VERTEBRALES.**

Dra. Melisa Mejía.

**CM78. MANEJO INTEGRAL DE PATOLOGÍA DE HOMBRO.**

Dr. Gustavo Hernández, Especialista en Ortopedia. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

**CM79. ESGUINCE DE TOBILLO CONSECUENCIAS DE MAL MANEJO.**

Dr. William Castro, Especialista en Ortopedia. IHSS, San Pedro Sula.

**CM80. GENERALIDADES DE FRACTURAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.**

Dr. Oscar Paz, Especialista en Ortopedia. IHSS, San Pedro Sula.

**CM81. MARKETING APLICADO A LA SALUD.**

Dr. Héctor Portillo.

**CM82. MANEJO DE EPILEPSIAS.**

Dra. Eunice Ramírez, Especialista en Neurología. Hospital Nacional "Dr. Mario C: Rivas", San Pedro Sula.

**CM83. GUIAS DE MANEJO AGUDO DEL ICTUS ISQUÉMICO.**

Dr. Allan Alcides Álvarez, Especialista en Neurología. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

El ictus isquémico o infarto cerebral, también llamado derrame cerebral es la principal causa de discapacidad a largo plazo en el planeta y una de las principales causas de mortalidad, de tal forma que un diagnóstico temprano, acceso inmediato a servicios de salud, y un tratamiento adecuado en fase aguda, es importante que determinara la evolución a corto y largo plazo del paciente con infarto cerebral. Es importante que el personal médico que atiende esta emergencia este adecuadamente informado y actualizado sobre el mejor tratamiento médico y/o quirúrgico a brindar. Existen guías de tratamiento basadas en la evidencia médica científica más reciente, las cuales son brindadas por las principales asociaciones médicas dedicadas al estudio y manejo del ictus isquémico. En el 2018 se publicaron las ultimas guías actualizada, dando vital información que debe ser aplicada desde el momento de su traslado, manejo en emergencia y posterior traslado a áreas de hospitalización, que puede ser a una unidad de ictus, unidad de cuidados intensivos o área de hospitalización común. Se ha demostrado a través de varios estudios científicos, que la aplicación de un protocolo basado en estas guías mejorará el pronóstico de supervivencia y disminuirá el grado de discapacidad del paciente. Las principales medidas se basan en una adecuada evaluación médica, estudios de imagen, medidas generales, manejo de hipertensión arterial, control glicémico. También de vital importancia tratamiento trombolítico según el tiempo de evolución, cuidados post trombólisis y manejo de las complicaciones inherentes a está, y en casos seleccionados el uso de trombectomía mecánica. En relación a prevención secundaria inmediatamente después de ingreso se indican las medicaciones necesarias, así como el tratamiento de estenosis carotídea en caso de encontrarla. En resumen, el uso de protocolos basados en evidencia, son necesarios para un adecuado manejo del ictus isquémico.



**CM84. VIDEO ELECTROENCEFALOGRAFÍA EN SÍNDROMES EPILÉPTICOS.** Dr. Marco Medina, Especialista en Neurología y Epilepsia. Tegucigalpa.

**CM85. MORDEDURAS DE SERPIENTES.** Dr. Marco Molina. Especialista Medicina Interna. Hospital Nacional "Dr. Mario C: Rivas", San Pedro Sula.

**CM86. MANEJO Y DIAGNOSTICO ESCLEROSIS MÚLTIPLE.** Dr. Arturo Bueso, Especialista en Neurología. Hospital Bendaña, San Pedro Sula.

**CM87. HIPOTIROIDISMO ESTADO DEL ARTE.** Dr. Alejandro Cárcamo.

**CM88. ACTUALIZACION EN DIABETES MELLITUS TIPO 2.** Dra. Ónix Arita, Internista Endocrinóloga. San Pedro Sula.

La diabetes mellitus tipo 2 es una pandemia mundial en crecendo, que afecta todas las latitudes, en este momento más de 400 millones con este diagnóstico con proyecciones a más de 600 millones en el año 2040. La prevalencia a nivel nacional es del 8-12%, dependiendo del tipo de población urbana o rural. A estas cifras se suma la población con prediabetes, obesidad y síndrome metabólico, entidades que incrementan riesgo cardiovascular y que en corto tiempo formaran parte del grupo de pacientes con diagnóstico de diabetes, con todas las complicaciones que conocemos, siendo esta entidad la primera causa de ceguera, amputaciones, enfermedad renal terminal-díálisis, morbimortalidad cardiovascular, con consecuencias devastadoras a nivel individual, familiar y salud pública. Su fisiopatogenia es compleja y cada vez se descubren más vías fisiopatogénicas involucradas en su producción, y desde los primeros 3 órganos involucrados hasta el octeto ominoso, actualmente se define como el oncenno atroz. A esto se suman los factores ambientales, epigenéticos, y factores heredofamiliares, que se involucran en la producción de esta patología, pero el peso de los factores ambientales en la época actual probablemente supere a los factores hereditarios. el tratamiento también se ha hecho complejo ya que hay diferentes grupos de fármacos que se pueden usar solos o en combinación, de acuerdo al estadio de la enfermedad, al riesgo cardiovascular, al estadio de función renal, a las comorbilidades asociadas, sin olvidar que los cambios en el estilo de vida, la educación diabetológica al paciente y su familia son fundamentales para lograr las metas deseadas en el control metabólico de esta enfermedad para mejorar calidad de vida, evitar complicaciones agudas, y esencialmente reducir las complicaciones crónicas irreversibles y progresivas de esta enfermedad.

**CM89. ROMPIENDO PARADIGMAS EN OBESIDAD.** Dr. José Gómez.

**CM90. GOTA UN RETO PARA EL CLÍNICO.** Dr. Gustavo Castellanos.

**CM91. OPTIMIZACIÓN CON MANEJO DE ASMA.** Dr. Marco Quiñones.

**CM92. ASFIXIA PERINATAL.** Dr. Andrés Gonzales.

**CM93. RETINOPATIA DE EL PREMATURO.** Dr. Carlos Rene Maldonado, Especialista en Oftalmología y Oftalmología Pediátrica. Jefe Departamento Pediatría. Tegucigalpa.

La retinopatía del prematuro es una de las principales causas de ceguera prevenible en niños. La gran mayoría de los casos se presentan en niños mayores de 1500 gramos y menos de 32 semanas de gestación. Fue descrita por primera vez en 1940 por Stewart Clifford. En la actualidad se reporta una prevalencia de 6.6 a 82 %, reportando a la vez una necesidad de tratamiento de 1.2 % al 23%. Los factores de riesgos significativos son la edad gestacional y el peso, y en menor escala la hipoxemia, sepsis, síndrome de distrés respiratorio, la presencia de membrana hialina, uso de surfactante, la apnea y la bradicardia. La retina inicia su formación antes de la 4ta semana de gestación y concluye 4 a 6 semanas después del nacimiento. Cualquier estímulo durante el desarrollo de la retina altera el curso de su maduración y esto conllevará a una hiperproducción de VEGF y esto a su vez la producción de nuevos vasos, produciendo retinopatía del prematuro. El manejo de pacientes con diagnóstico de retinopatía del prematuro implica un protocolo de exámenes y seguimiento de los niños con problemas. Dichos tratamientos van desde la modulación de dosis de oxígeno, hasta la cirugía de retina o retinopexia. Es indispensable establecer el diagnóstico y tratamiento de manera oportuna con un equipo multidisciplinario para evitar la ceguera.

**CM94. DETECCION TEMPRANA DE CARDIOPATIAS CONGENITAS EN PEDIATRIA.** Dra. Silvia Lorena Martínez, Especialista en Cardiología Pediátrica. Hospital "Leonardo Martínez", San Pedro Sula.

Las cardiopatías constituyen la malformación congénita más frecuente. La incidencia es de 6 a 14 por 1000 nacidos vivos y de estos niños, la mitad requerirá algún tipo de intervención cardiaca mediante intervencionismo o cirugía cardiaca durante el primer año de vida para sobrevivir. La detección temprana y referencia oportuna cambia dramáticamente el pronóstico en estos pacientes. Los avances en técnicas de imagen nos permiten plantear la sospecha diagnostica a través del ultrasonido transvaginal entre las 12 y 14 semanas y la ecocardiografía fetal. Al ser un órgano dinámico, las patologías pueden evolucionar, es el caso donde una estenosis aortica de inicio temprano de aumentar la severidad puede

llevar a convertirse en una estenosis crítica o provocar no se desarrolle el ventrículo izquierdo convirtiéndose en una cardiopatía crítica al nacimiento. En los primeros días la presencia de un patrón circulatorio de transición (foramen oval y conducto arterioso permeable) pueden mantener estable al paciente y los síntomas pasar inadvertidos al momento del alta. La detección de factores de riesgo, evaluación clínica y ahora con el uso de la oximetría de pulso, nos permite detectar tempranamente este tipo de paciente. En nuestro país la cirugía cardíaca en niños se realizaba solo durante brigadas médicas. Mediante la apertura de centros como el Hospital María, donde existe un programa de cirugía cardíaca pediátrica establecido, nos permite tener un centro de referencia para dar respuesta a estos pacientes, por lo cual, es nuestro deber como clínicos adquirir las destrezas y habilidades para la detección temprana de esta patología la cual se ha constituido en una de las principales causas de morbimortalidad en nuestros niños.

**CM95. ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO.** Dr. Marlon Fernández.

**CM96. OBSTRUCCION DE CONDUCTO LAGRIMAL.** Dr. Carlos Rene Maldonado, Especialista en Oftalmología y Oftalmología Pediátrica. Jefe Departamento Pediatría. Tegucigalpa.

Los puntos superior e inferior son el inicio del sistema excretorio. Cada punto se extiende a su ampolla de dos mm que se extiende perpendicular al párpado, llega al saco lagrimal, y de ahí a la nariz por el conducto naso lagrimal. Hay un sinnúmero de patologías relacionadas con el sistema de drenaje de la vía lagrimal, desde la agenesia, obstrucción del punto hasta la obstrucción del conducto naso lagrimal. El lagrimeo congénito puede ser causado por una obstrucción a cualquier nivel de la vía, si hay lagrimeo constante y escaso material mucopurulento, sugiere una obstrucción superior; si hay lagrimeo y secreción mucosa, sugiere una obstrucción inferior. El tratamiento de ambas, si no está afectado el punto, es hacer una plastia del mismo. El tratamiento para el resto es un sondeo de la vía lagrimal, con lo cual se obtiene una dilatación de la vía. Y en los casos extremos, donde los sondajes no son satisfactorios, se realiza una dacriostori-nostomía. Dentro de las patologías de la vía lagrimal encontramos el cistocele el dacriocelo cuyo manejo dependerá de la clínica.

**CM97. NEUROINFECCIÓN.** Dr. Gelder Zaldívar.

**CM98. ENFERMEDAD DE KAWASAKI.** Dra. Cinthya Falk.

**CM99. DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO MEDIANTE BIOLOGÍA MOLECULAR.** Dr. Luis Romero.

**CM100. MORDEDURA DE SERPIENTE.** Dra. Sandra Gale, Especialista en Pediatría. San Pedro Sula.

**CM101. MITOS Y REALIDADES DEL ESTRABISMO.** Dr. Carlos Rene Maldonado, Especialista en Oftalmología y Oftalmología Pediátrica. Jefe Departamento Pediatría. Tegucigalpa.

El estrabismo es una desalineación de los ojos el cual puede ser clasificado en dos tipos básicos, los comitentes, en los cuales la desviación es igual en todos los puntos de la mirada, e incomitantes se refiere a los casos donde hay limitación de los movimientos, los cuales pueden ser causados por restricciones, paresias, y se asocia a problemas neurológicos. Hay varios tipos de estrabismo dependiendo hacia donde sea la desviación esotropias, exotropia, hipotropia e hipertropia. Dentro de cada tipo hay presentaciones especiales, ejemplo en el caso de las endotropias se encuentran las congénitas, las acomodativas, las sensoriales. La evaluación de los pacientes dependerá de la edad de los mismos pero es de importancia determinar la agudeza visual para determinar tipo de tratamiento a alguna pruebas a realizar esta el test de Hirschberg, cover and cover test, retinoscopia y el examen de fondo de ojo que en estos pacientes deben de ser bajo dilatación cicloplejica el tratamiento de dichos pacientes se realiza de acuerdo al diagnóstico realizado el cual puede ser quirúrgico, refractivo o una combinación de ambas; muchas patologías y formas raciales pueden semejar un estrabismo a lo cual se le llama pseudo estrabismo.

**CM102. PUBERTAD PRECOZ.** Dra. Elba Campos, Especialista en Pediatría. San Pedro Sula.

**CM103. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL VIH EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.** Dra. Karen Erazo, Especialista en Pediatría, Master en VIH. Coordinadora SAI HNMCR, Profesor Titular III UNAHVS, San Pedro Sula.

En el mundo se reportan 1,8 millones de niños menores de 15 años con VIH. Para el año 2017 se registraron 180,000 nuevas infecciones en menores de 14 años. En la población pediátrica la evolución natural de la enfermedad tiene un comportamiento bimodal, el 75-80% evolucionan de manera lentamente progresiva y 10-20% lo hacen de forma precoz y severa falleciendo en un 80% antes de los tres años. Las manifestaciones clínicas pueden ser diferentes de acuerdo a la edad, en neonatos puede no tener ninguna manifestación clínica o presentar hallazgos como hepatoesplenomegalia, linfadenopatía, purpura. En lactantes los signos clínicos aparecen a los 6 meses, pueden ser sutiles o severos como cuadros de neumonías por *Pneumocistis Jirovecii*, hasta un 10% de los lactantes con VIH presentan retraso en el desarrollo y encefalopatía. Los prescolares y escolares pueden presentarse con cuadros de infecciones

respiratorias recurrentes en su mayoría otitis a repetición, candidiasis oro faríngea o como un cuadro de Neumonitis Intersticial Linfoide, también se manifiestan con miocardiopatías, hepatitis y nefropatías hasta en un 40%. Otra forma clínica son las infecciones oportunistas, en Honduras la más frecuente tuberculosis pulmonar. Algunos niños pueden presentar neoplasias, la más frecuente en pediatría linfomas. En los adolescentes los cuales se infectan por dos vías, perinatal y sexual pueden tener una clínica similar al adulto con pocos síntomas o debutar con infecciones oportunistas y también pueden presentar síntomas relacionados con primo infección en un 65%. Es fundamental realizar al momento del diagnóstico la categorización clínica e inmunológica del paciente lo que nos permitirá monitorizar la progresión de la infección por VIH y planificar medidas preventivas y cuidados, sirviendo de base para la toma de decisiones clínicas en pacientes concretos.

#### **CM104. PROBLEMAS REFRACTIVOS EN PEDIATRIA.**

Dr. Carlos Rene Maldonado, Especialista en Oftalmología y Oftalmología Pediátrica. Jefe Departamento Pediatría. Tegucigalpa.

La cornea y el cristalino son los elementos refractivos del ojo, la córnea representa dos tercios del poder óptico, y el lente el tercio restante, y sumado su poder representa 60 dioptrías, en contraste con el lente, la córnea no puede cambiar su poder refractivo, mientras que el lente tiene la capacidad de cambiar su curvatura aumentando su poder a lo cual se le llama acomodación. Hay tres problemas refractivos que a continuación detallamos. Hipermetropía, se presenta cuando el poder de la córnea y el cristalino no son suficientes para proyectar imagen clara en la retina, una pequeña cantidad de hiperoxia es normal entre infantes y niños; miopía, esta ocurre cuando el lente y el poder de el cristalino es más alto de lo normal y el foco cae antes de la retina, el ojo impresiona ser más grande de lo normal, tiene un patrón de herencia dominante recesivo, y se desarrolla en edad escolar aumentando en las etapas de crecimiento, generalmente no presentan ambliopía; astigmatismo, cuando el poder de la córnea, o el cristalino, es diferente en diferentes ángulos, por lo cual la luz no es reflejada al mismo punto, siendo la imagen borrosa, y acompañada por miopía o hipermetropía la presencia de más de tres dioptrías puede causar ambliopía. Todos los problemas refractivos son corregidos con gafas y actualmente hay otros métodos correctivos como la cirugía.

**CM105. ACNE JUVENIL.** Dr. Héctor Caballero, Pediatra Dermatólogo. San Pedro Sula.

**CM106. INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES.** Dr. Oscar Armando Ponce Quezada, Especialista en Pediatría, Pediatría Social. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

El suicidio constituye una de las tres principales causas de muerte en el grupo de 9 a 19 años, junto con accidentes via-

les y homicidios. Un intento de suicidio se define como todo acto deliberado y ejecutado sin ayuda cuyo fin es terminar con la vida. A pesar que el intento de suicidio es más frecuente en mujeres, el suicidio es más frecuente en varones. Sus principales mecanismos son la ingesta de sustancias tóxicas al organismo, asfixia, lanzamiento al vacío, heridas cortantes e inmolación. Posee una etiología multicausal: desde consideraciones religiosas, culturales y étnicas, hasta orgánicas, invocándose el déficit de serotonina, ya sea por déficit en la producción, defecto del transporte o fallo de receptores. Los factores de riesgo de intento de suicidio más importantes a considerar son: antecedente familiar de suicidio, antecedente de intento de suicidio, lesión autoinflingida sin fines letales y enfermedad depresiva subyacente. Se han descrito factores que minimizan el riesgo de intento de suicidios, como la asistencia de ambos padres a congregaciones religiosas, integración familiar, ambiente escolar armónico y estabilidad económica. Todo intento de suicidio debe ser atendido como una urgencia, aunque su repercusión haya resultado mínima o nula, debiendo ser hospitalizado y luego interconsultando inmediatamente a psiquiatría, complementando con trabajo social y psicología. Su prevención resulta esencial, idealmente mediante programas estratégicos. En la actualidad, Australia y Canadá lideran dichos programas, iniciando la pesquisa de factores de riesgo a temprana edad con preescolares y escolares. Otros países como EUA, Chile y Uruguay realizan dichas acciones en secundaria. Hasta el momento, no existe en Honduras ningún programa de prevención, pese a que esta patología va en aumento día a día, urgiendo a considerar e implementar un programa preventivo de preferencia a nivel escolar.

**CM107. ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE EMBARAZO ECTÓPICO.** Dr. Luis Reyes.

**CM108. MANEJO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.** Dr. Mario Pinto.

**CM109. RESISTENCIA BACTERIANA EN HONDURAS.** Dr. Emilio Barrueto, Especialista en Medicina Interna e Infectología. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

**CM110. MANEJO DE MENINGITIS BACTERIANA.** Dr. Hugo Alvarado.

**CM111. DERMATOPATÍA PARA INTERNISTAS.** Dr. Cándido Ulises Mejía Padilla, Especialista en Dermatología. Hospital Nacional "Dr. Mario C: Rivas", Catedrático de UNICAH, San Pedro Sula.

Las enfermedades dermatológicas son un problema común en el ámbito médico. Muchas de estas enfermedades pueden presentar manifestaciones en la piel antes que en cualquier otro órgano; la piel es capaz de reflejar alteraciones sistémicas de todo tipo, por ejemplo, si hablamos de Diabetes, que es una enfermedad metabólica de origen en-

dócrino, este tipo de pacientes tienen predisposición a infecciones, micosis, úlceras diabéticas, acrocordones (fibromas blandos) intertrigo y onicomiosis. Pueden de igual forma desarrollar herpes, tiñas, candidiasis, necrobiosis lipóidica, granuloma anular, xantomas. En las personas que padecen de enfermedades del síndrome metabólico presentan manifestaciones como acantosis nigricans, hirsutismo, intertrigo, queratosis plantar, estrías, insuficiencia venosa. Dentro de las manifestaciones dermatológicas en enfermedades tiroideas por presentar algunas tenemos cambios cutáneos como piel delgada, caliente, húmeda, prurito, equimosis y fragilidad capilar; dermatosis como vitiligo, dermatografismo, ictiosis, xantomas; cambios en el cabello como alopecia difusa leve; cambio en las uñas como onicolisis, coiloniquia, dedos en palillo de tambor. Otras como queratoderma, queratosis pilosa, mixedema, granuloma anular, mixedema. Las manifestaciones cutáneas de las enfermedades no solo representan pistas para el diagnóstico oportuno de estas en-

fermedades, sino también signos clínicos de complicaciones internas, por lo que los dermatólogos, endocrinólogos, médicos internistas, médicos generales deben reconocerlos, para iniciar tratamiento precoz y oportuno, para brindar un mejor pronóstico al paciente.

**CM112. CONSENSO SOBRE MANEJO DE H. PILORY.**

Dra. Silvia Portillo, Especialista en gastroenterología. San Pedro Sula.

**CM113. NEUROCISTICERCOSIS EN HONDURAS.**

Dr. Marco Medina, Especialista en Neurología y Epilepsia. Tegucigalpa

**CM114. CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA DE CÁNCER DE**

**MAMA.** Dr. Manuel Maldonado, Especialista en Cirugía Oncológica y Mastología. Hospital del Valle. San Pedro Sula.