

LXIV CONGRESO MÉDICO NACIONAL DR. LEOPOLDO FRANCISCO DÍAZ SOLANO

LA CEIBA, ATLÁNTIDA, 2022

PROGRAMA CIENTÍFICO

RESÚMENES DE CONFERENCIA PLENARIA (CP) Y CONFERENCIAS MÓDULOS TEMÁTICOS (CMT)

1CP. CONCEPTOS NUEVOS DE LA FISIOPATOLOGÍA DEL COVID-19. Miguel Sierra Hoffmann. Médico especialista en Medicina Interna, Subespecialista en Enfermedades Infecciosas, Neumología y Cuidados Intensivos. Dirección de Investigación, Texas A& M; Texas, USA.

2CP. HIPERTENSIÓN Y EMBARAZO RETOS EN EL MILENIO. Leopoldo Díaz Solano. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Salud Integral Femenina; La Ceiba, Honduras.

Los trastornos hipertensivos constituyen una de las causas más frecuentes de mortalidad materna. A nivel mundial complica el 5% aproximadamente de los embarazos. En Latinoamérica representa el 26 % de mortalidad materna. A pesar de la extensa cantidad de estudios, existe una falla en predecir, tratar y prevenir la pre eclampsia en forma expedita. Es un síndrome heterogéneo en su fisiopatogenia y manifestación clínica con subyacentes fenotipos y sus efectos en el feto y la madre se extienden más allá del embarazo. Esta heterogeneidad dificulta los esfuerzos para predecir la pre eclampsia temprano en el embarazo frustrando el éxito de una terapia específica. Múltiples procesos patológicos que algunas veces se superponen activan una vía común que consisten en activación de células endoteliales, inflamación intravascular y estrés del sincitiotroblasto. Diferentes organizaciones internacionales han desarrollado en una línea de tiempo diferentes métodos de cribado, revisando las diferentes definiciones y clasificaciones para tener un estándar universal, encontrándose que la combinación de factores de riesgo maternos, marcadores biofísicos y marcadores bioquímicos permiten una predicción alta en la pre eclampsia temprana, justificando terapia de intervención precoz. La Presión arterial diastólica y la proteinuria aumentan la mortalidad fetal. La comprensión de una disfunción vascular que se muestra con mayor frecuencia desde temprano en el embarazo permite la aparición de los grandes síndromes obstétricos: Pre eclampsia, pequeño para la edad gestacional, trabajo de parto pre término, RPMO pre término, DPPNI, Muerte fetal. Las fallas en la toma de la presión arterial media, falla en determinar los factores de riesgo materno, omisión o un método inadecuado en la evaluación del índice de pulsatilidad

de la media de las arterias uterinas en forma temprana, la falta de seguimiento de acuerdo al trimestre evaluado representa los retos a resolverse en este milenio, aumentando la no identificación de una población de riesgo.

1CMT. CUARTA DEFINICIÓN UNIVERSAL DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. Lázaro Erazo. Médico Especialista en Cardiología, Sub-especialista en Ecocardiografía. Hospital Vicente D'Antoni; La Ceiba, Honduras.

En la Cuarta Definición Universal del Infarto de Miocardio se propone que el término infarto agudo de miocardio (IAM) debería emplearse únicamente cuando existe un daño miocárdico agudo con evidencia clínica de isquemia miocárdica aguda. Para el diagnóstico del IAM debe haber elevación o descenso de los valores de troponina cardíaca y, al menos, uno de los siguientes criterios: 1) síntomas de isquemia miocárdica aguda, 2) cambios isquémicos nuevos en el electrocardiograma (ECG), 3) desarrollo de nuevas ondas Q patológicas, 4) imágenes que evidencien pérdida de miocardio viable o movilidad anormal de alguna pared por causa isquémica o 5) identificación de algún trombo coronario por angiografía. En caso contrario, tan solo debería hablarse de daño miocárdico. El IAM peri operatorio es una de las complicaciones más importantes y una de las mayores causas de morbimortalidad en pacientes sometidos a cirugía no cardíaca, presenta su máxima incidencia durante el postoperatorio. Aún más raro es el IAM intraoperatorio, el cual cursa con mayor morbilidad y un riesgo muy alto de mortalidad. Cerca de 230 millones de intervenciones de cirugía mayor se realizan cada año en el mundo entero, lo cual representa un gran reto para el anestesiólogo, por las múltiples complicaciones que pueden acontecer dentro del quirófano; de estos casos, más de 10 millones experimentan eventos cardíacos durante el peri operatorio. El diagnóstico y el manejo del IAM durante la cirugía se encuentran muy poco descritos en la literatura, dado que los cambios del segmento ST son extremadamente raros durante este periodo. La rápida detección y el tratamiento pueden garantizar un mejor pronóstico de supervivencia de los pacientes, siendo esta una entidad que tiene una altísima morbimortalidad durante todo ingreso.

2CMT. ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE MANEJO DE FALLA CARDÍACA 2022 AHA/ACC/HFSA. Lázaro Erazo. Médico Especialista en Cardiología, Sub-especialista en Ecocardiografía. Hospital Vicente D' Antoni; La Ceiba, Honduras.

Las nuevas guías de la American College of Cardiology (ACC), la American Heart Association (AHA) y la Heart Failure Society of America (HFSA) recogen la evidencia en el mundo de la insuficiencia cardíaca (IC), que no se contemplaba en las guías europeas publicadas en el mes de septiembre de 2021. Las nuevas guías incluyen aspectos con visión práctica que conviene destacar en estos nueve puntos: 1. Se definen cuatro tipos de insuficiencia cardíaca (IC): con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida (FEVI < 40%) (IC-FEr), ligeramente reducida (41-49%) (IC-FElr), conservada 50% (IC-FEc). 2. Las etapas de la IC fueron revisadas para enfatizar las nuevas terminologías de “en riesgo” de IC para el estadio A y “pre-IC”. En el estadio A (paciente con factores de riesgo cardiovascular) es clave prevenir el desarrollo de IC, con terapias como los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) en todo paciente con diabetes y riesgo cardiovascular 3. En pacientes con IC-FElr, los iSGLT2 presentan un nivel de recomendación IIa, tras EMPEROR-Preserved y el resto de los tratamientos usados en pacientes con FEVI < 40%, (IECA-ARA-ARNI, antagonistas mineralcorticoide y betabloqueantes) reducen su evidencia a IIb. 4. Por fin en unas guías se refleja que aquellos pacientes con FEVI recuperada deben de mantener el tratamiento de IC-FEr. 5. La cardiopatía amiloide tiene nuevas recomendaciones para el tratamiento que incluye detección de cadenas ligeras monoclonales en suero y orina, gammagrafía ósea, análisis genético, terapia estabilizadora de tetrámeros y anticoagulación 6. Pacientes con IC avanzada que deseen prolongar la supervivencia debe derivarse a un equipo especializado en IC avanzada, los cuales evalúan la idoneidad para terapias avanzadas de IC y usos paliativos, incluidos inotrópicos. 7. Se proporcionan recomendaciones para las diferentes comorbilidades en pacientes con deficiencia de hierro, anemia, hipertensión, trastornos del sueño, diabetes tipo 2, fibrilación auricular, enfermedad de las arterias coronarias y neoplasia (Referencia 2022 AHA/ACC/HFSA Guid).

3CMT. RESISTENCIA ANTIMICROBIANA. Salvatore Ferraro, Médico Especialista en Pediatría. Subespecialista en Infectología Pediátrica. Glaxo Smith Kline; Panamá, Panamá.

4CMT. NOVEDADES EN EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES. Claudia Ascencio. Médico Especialista en Endocrinología y Metabolismo. Unidad de Cardiología y Endocrinología del Hospital Vicente D'Antoni; La Ceiba, Honduras.

5CMT. OPTIMIZACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA EN PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2. Javier Girón. Médico Especialista en Medicina Interna. Subespecialista en Endocrinología. Instituto Hondureño de Seguridad Social; San Pedro Sula, Honduras.

6CMT. DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO EN PACIENTES CON ARTERIOPATÍA DIABÉTICA. Nelson Omar Bobadilla Flores. Médico Especialista en Angiología Cirugía Vascul y Endovascular, Cirujano General. Hospital y Clínicas Vicente D' Antoni; Hospital General Atlántida, La Ceiba, Honduras.

Parece que la diabetes se asocia a una mayor propensión a la aterosclerosis y la enfermedad arterial periférica. Los mecanismos que contribuyen a esta mayor propensión no están claros, pero ha sido objeto de una investigación y especulación extensas. La asistencia médica de la enfermedad cardiovascular en la diabetes exige una atención especial, a menudo la aparición de una ulcera en el pie es el primer acontecimiento reconocido relacionado con la enfermedad cardiovascular, recae en el cirujano vascular solicitar una evaluación del tratamiento médico para proporcionar el mejor pronóstico a su enfermedad arterial. Los cambios en el estilo de vida, pérdida de peso y ejercicio mejoran el pronóstico así como el control de la glicemia, lo cual es fundamental. Interviene los otros factores biológicos como la neuropatía y la isquemia ya que la mayoría de los problemas del pie del diabético va con algún elemento de neuropatía, el pie con alteración biológica neuro isquémica necesita más perfusión para resistirse a la ulceración y responder a la lesión ante lo cual es necesario estudios imagenológicos sin dejar por fuera el pilar fundamental que es el interrogatorio y examen físico detallado y dirigido. Como regla general, si aparece una ulcera cutánea de espesor completo del pie de un paciente con diabetes y no se palpan con facilidad pulsos pedio dorsal, tibial posterior, debe de realizarse estudios radiológicos para diagnóstico definitivo del grado de lesión estenótica u oclusiva, que van desde lo incruento hasta lo invasivo, desde el Ultrasonido Doppler arterial, Angiotomografía, Angioresonancia Magnética y Arteriografía con sustracción digital y reconstrucción como método más invasivo. Con el diagnóstico radiológico adecuado se establece el pronóstico para la extremidad no solo a la afectada sino a la contralateral.

7CMT. COVID-19. Judy Enamorado. Médico Especialista en Cuidados Intensivos. Hospital Honduras Medical Center; Instituto Hondureño de Seguridad Social; Tegucigalpa, Honduras.

8CMT. ENFERMEDAD CAVITARIA DEL PULMÓN. Miguel Sierra Hoffmann. Médico Especialista en Medicina Interna. Subespecialista en Enfermedades Infecciosas, Neumología y Cuidados Intensivos. Dirección de Investigación en Texas A& M; Texas, USA.

9CMT. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. Judy Enamorado. Médico Especialista en Cuidados Intensivos. Hospital Honduras Medical Center; Instituto Hondureño de Seguridad Social; Tegucigalpa, Honduras.

10CMT. LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTE COVID. Edward Girón. Médico Especialista en Medicina Interna. Subespecialidad en Nefrología y Trasplante Renal. Hospital D'Antoni; La Ceiba, Honduras.

11CMT. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y SUS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO. Oscar Lorenzana. Médico Especialista en Nefrología. Hospital Vicente D'Antoni; Diálisis de Honduras; La Ceiba, Honduras.

12CMT. NUEVOS CONCEPTOS EN INFECCIONES URINARIAS. Miguel Sierra Hoffmann. Médico Especialista en Medicina Interna. Subespecialista en Enfermedades Infecciosas, Neumología y Cuidados Intensivos. Director de Investigación en Texas A& M, Texas, USA.

13CMT. ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA. VENOSA. ¿CÓMO MANEJAR LOS PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO? Ana Cristina Montenegro. Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Santa Fe; Bogotá, Colombia.

14CMT. TROMBOPROFILAXIS EN CIRUGÍA. Mario José Mejía Ferrari. Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología, Hospital y Clínicas Vicente D'Antoni, La Ceiba Atlántida Honduras.

La enfermedad trombo embolica venosa (ETV) ya sea como trombosis venosa profunda (TVP) o como tromboembolia pulmonar (TEP), es una complicación preoperatoria frecuente y grave entre los pacientes que son sometidos a todo tipo de procedimientos quirúrgicos, es muy factible que los trombos localizados en las venas proximales embolicen y que potencialmente terminen en una TEP. Los eventos tromboembólicos venosos son un problema de salud muy significativo y una preocupación importante tras una cirugía de alto riesgo. Aunque existe un buen conocimiento de estas complicaciones por parte de los cirujanos, y se realiza una trombo profilaxis adecuada en la mayoría de los casos, la ETV son responsables de manera directa de un número importante de muertes. La trombo profilaxis es necesaria en todas las áreas de la medicina del adulto, sin embargo en el área de la cirugía ortopédica de alto riesgo es una necesidad impostergable. Existen varias medidas trombo profilácticas intrahospitalarias que reducen la incidencia de ETV asintomática luego de una cirugía de alto riesgo. Asimismo, la trombo profilaxis extendida al domicilio del enfermo también disminuye la incidencia de ETV.; sin embargo utilizada aisladamente, la trombo profilaxis no farmacológica es indiscutiblemente inefectiva en la cirugía de alto riesgo. La trombo profilaxis farmacológica para la cirugía de alto riesgo incluye agentes parenterales y orales que reducen efectivamente la incidencia de ETV, pero tienen algunas limitaciones y su uso obliga a la estratificación del riesgo hemorrágico para ofrecer una atención segura. Las heparinas de bajo peso molecular y los anticoagulantes antagonistas de la vitamina K son fármacos eficaces para prevenir la ETV.

15CMT. HIPERPLASIA PROSTÁTICA (TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MÍNIMAMENTE INVASIVO). Oscar Rene Guerra Cáceres. Especialista en Urología. Hospital Vicente D'antoni; Hospital General; La Ceiba, Atlántida, Honduras.

Los síntomas del tracto urinario inferior es uno de los principales motivos de consulta en los varones mayores de 45 años. La obstrucción urinaria resultante de una enfermedad prostática benigna fue descrita en los primeros días de la medicina, inicialmente por Jean Riolan en el siglo XVII, la relación entre la HPB y la obstrucción urinaria fue aclarada aún más por Morgani a mediados del siglo XVIII, él proporcionó una de las primeras descripciones de la HPB y sus secuelas. En estudios cadavéricos se observa la presencia de la hiperplasia benigna en el 50% de los hombres mayores de 50 años; de todos estos solo se observará aumento de tamaño en un grupo y síntomas clínicamente significativos en la mitad. La mayoría de los últimos mejoran con tratamiento médico, solamente un 30 % requiere tratamiento quirúrgico de algún tipo. La técnica quirúrgica que se escoge depende del tamaño de la próstata, la disponibilidad tecnológica, experiencia, experticia del cirujano y centro donde se realice el procedimiento. Las posibilidades económicas del paciente en el ámbito privado tienen un papel a considerar. Los primeros intentos por resolver la obstrucción se remontan a Ambrose Pare (1575) y James Guthrie (1834). El cistoscopio de Nitze, la lámpara incandescente de Edison llevaría al desarrollo del resectoscopio (1932) que es el predecesor de los instrumentos actuales. Los tratamientos mínimamente invasivos podemos colocarlos en dos grandes grupos, según la vía de acceso laparoscópicas y endoscópicas. Los segundos se pueden clasificar según el material o energía que se usa para realizar el procedimiento (monopolar, bipolar, laser, vapor de agua, chorro de agua a alta presión, ultrasonido, microondas), stent uretrales. Las técnicas buscan eliminar la obstrucción mediante resección de tejido, enucleación del adenoma, electro o foto vaporización, elevación de la uretra prostática o ablación tisular.

16CMT. ABORDAJE DE LAS FRACTURAS ESPINALES. Roberto Álvarez R. Neurocirujano. Hospital de Occidente; Santa Rosa de Copán, Copán, Honduras.

Las fracturas vertebrales son de las fracturas más comunes y las que más pasan inadvertidas; relacionadas a la fragilidad ósea por osteoporosis en su mayoría otras patologías no degenerativas. Con el advenimiento de mejores técnicas diagnósticas, acceso a servicios de salud y mayor promedio de vida, este diagnóstico es más frecuente. Afecta más a personas de edad avanzada, mayormente al sexo femenino. Las fracturas vertebrales difieren de las fracturas patológicas en otros sitios esqueléticos, ya que solo una tercera parte de

ellas son detectadas al practicar estudios de imagen pues un alto porcentaje de estas son asintomáticas, el abordaje de estas fracturas se hace aún más complejo al tener que clasificarlas como aguda o crónica, benigna o maligna empeorado por el factor tiempo en vista que es una patología que podrá ser tratada exitosamente hasta cierto momento de su evolución, marcando una enorme diferencia en el resultado final y en la calidad de vida de los pacientes. Hasta 3 de 4 pacientes tienen lesiones no diagnosticadas entre las cuales afortunadamente no habrá mayor consecuencia, pero en un porcentaje considerable de ellos habrá detrimento de su calidad de vida por dolor muchas veces intratable; actualmente no existe duda que es una patología prevenible y es a lo que se le debe apostar, mundialmente hay consenso en esto sin embargo no sucede lo mismo en cuanto al tipo de tratamiento óptimo y los plazos del mismo en estos pacientes, si existe la tendencia a que inicialmente debe ser un manejo conservador y dejar una solución quirúrgica para casos de dolor intratable o fracturas que radiológicamente muestran progresión. El tratamiento conservador es multidisciplinario según la enfermedad que promueve esa fragilidad ósea, el tratamiento quirúrgico puede ir desde una vertebroplastia percutánea como en la mayoría de los casos, hasta cirugías de mayor complejidad e invasivas.

17CMT. DEPRESIÓN DE DIFÍCIL MANEJO: NUEVAS OPCIONES TERAPÉUTICAS. Mauricio Orellana Folgar. Médico Especialista en Psiquiatría, Sub-Especialista en Psiquiatría de Enlace; Maestría en Terapia de Familia. Hospital y Clínica Bendaña; San Pedro Sula, Honduras.

La depresión es un trastorno mental común y se estima que afecta a un 4.4% a 5% de la población global. Existen múltiples opciones terapéuticas, incluyendo psicofármacos, psicoterapias y neuroestimulación llevando a la remisión de síntomas y recuperación del funcionamiento psicosocial. Desafortunadamente una significativa proporción de los pacientes no presenta remisión después de al menos dos esquemas terapéuticos, a este tipo de depresión se le llama Depresión resistente a tratamiento, se ha propuesto sustituir resistente a tratamiento por difícil manejo, considerando esta última da más esperanza al paciente y disminuye el estigma. En psiquiatría como en otras especialidades médicas la muerte puede ocurrir, la diferencia es que es resultado de un acto realizado por la víctima misma sabiendo la finalidad de este, a este acto se le llama suicidio y se estima que cada 40 segundos fallece una persona víctima del suicidio. Ante estos datos alarmantes se han propuesto una evaluación clínica que incluya estudios de laboratorio e imagen así como fármacos genéticos para ofrecer un tratamiento individualizado, posterior a esto se realizan combinaciones psicofarmacológicas o cambios en las familias de antidepressivos, al no tener éxito con este paso se sugiere medicamentos con mecanismos de acción distintos a las monoaminas, proponiéndose opciones basadas en teoría glutamatérgica (ketamina, esketamina), gabaérgica

(brexanolone) o neuroestimulación (Terapia electroconvulsiva, estimulación magnética transcraneal, estimulación del nervio vago, estimulación cerebral profunda).

18CMT. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y SU APLICACIÓN CLÍNICA. Delmy Susana Padilla Muñoz. Especialista en Radiología e Imágenes. Radiodiagnóstico Medicentro; Clematies Ultrasonidos; La Ceiba, Honduras.

Imágenes diagnósticas; conjunto de estudios permiten por medio de la tecnología, obtener, procesar imágenes del cuerpo humano permitiéndonos diagnosticar una gran gama de patologías, cada método diagnóstico presenta ventajas y desventajas, los más utilizados son radiología convencional, ultrasonido, tomografía computarizada y resonancia magnética. Rayos X: el 8 de noviembre de 1895 se descubrieron los rayos x por el físico Wilhelm Conrad Roentgen, siendo, uno de los más grandes acontecimientos en este milenio, el inicio de la radiología se basa en este descubrimiento, usa radiación ionizante, limitaciones en pacientes embarazadas, bajo costo y muy accesible, término radiopaco o radio lucido. Ultrasonido: método diagnóstico más utilizado en la práctica clínica, bajo costo, fácil accesibilidad; desventaja, operador dependiente. Permite adecuada visualización de tejidos blandos, órganos intraabdominales, aplicación en articulaciones. Doppler útil evaluación de estructuras vasculares y presencia o no de vascularidad, término ecogenicidad. Tomografía Computarizada: grandes avances desde su descubrimiento, tomógrafos de primera hasta cuarta generación, permite escanear áreas anatómicas forma continua en corto tiempo; limitaciones, utiliza radiación ionizante, contraindicada en embarazo, uso de medios de contraste, aplicación endovenosa u oral; niños debe ser regulada utilizar menor dosis de radiación con menor tiempo de escaneo, términos densidad. Resonancia Magnética: Obtención de imágenes de órganos y tejidos internos a través del uso de campos magnéticos, imágenes en múltiples planos, no emite radiación, poco accesible y mayor costo, contraindicaciones, claustrofobia, presencia de marcapasos u objetos metálicos, implantes cocleares, tiempo de realización largo, utiliza medios de contraste los cuales contraindicados en patología renal, excelente en enfermedad isquémica cerebral temprana, términos, señal de intensidad. Objetivo: Conocer aplicaciones clínicas y cual método diagnóstico es de mayor eficacia, sensibilidad y especificidad diagnóstica.

19CMT. MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO. Edgard Figueroa. Médico Especialista en Cirugía General. Hospital General Atlántida; La Ceiba, Honduras.

20CMT. ABORDAJE DE TRAUMA FACIAL EN EL ADULTO. Emerson Medina. Médico Especialista en Cirugía General, Subespecialista en Cirugía Plástica. Hospital General Atlántida; La Ceiba, Honduras.

21CMT. SANGRADO VARICIAL EN ESÓFAGO. Susana Pineda. Médica Especialista en Medicina Interna, Subespecialista en Gastroenterología y Endoscopia Quirúrgica. Hospital Honduras Medical Center; Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.

22CMT. MAMOPLASTÍA. Emerson Medina. Médico especialista en Cirugía General, Subespecialista en Cirugía Plástica. Hospital General Atlántida; La Ceiba, Honduras.

23CMT. ABORDAJE ENDOSCÓPICO DE LA PATOLOGÍA DE LA VÍA BILIAR. Martha Julia Santacreo Posas. Especialista en Cirugía General, Alta Especialidad en Endoscopia Gastrointestinal. Servicio de Endoscopia Hospital La Fe; La Ceiba, Honduras.

A lo largo de la historia, la resolución de la patología de la vía biliar ha representado uno de los retos más grandes para el cirujano. A través de los tiempos la medicina ha evolucionado continuamente llegando a la era de la mínima invasión y ha desarrollado procedimientos que resuelven problemas, mejoran la calidad de vida del paciente y son reproducibles y seguros. La endoscopia gastrointestinal ha contribuido a estos avances ofreciendo procedimientos mínimamente invasivos para la resolución de múltiples patologías a nivel gastrointestinal. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento endoscópico avanzado que en la actualidad cumple un papel predominantemente terapéutico y permite la resolución de la mayoría de los problemas de la vía biliar como: coledocolitiasis, fistulas biliares, estenosis benignas y malignas, colangitis aguda y otros, evitando reintervenciones quirúrgicas, acortando el tiempo quirúrgico y de hospitalización, lo que desencadena en una pronta reincorporación del paciente a su vida cotidiana. Además, ha dado paso a la integración de nuevas tecnologías como el ultrasonido endoscópico y el coledocoscopia endoscópico (Spyglass) que han contribuido al aumento de las tasas de éxito en cuanto a la resolución de los problemas de la vía biliar. Es importante reconocer que, en la actualidad, la CPRE continúa siendo el estándar de oro para los pacientes que requieren descompresión biliar y es considerada una intervención segura y eficaz que contribuye a la reducción en las tasas de morbilidad en los pacientes que padecen de afecciones de la vía biliar.

24CMT. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE OBESIDAD. Dalio Gómez. Médico Especialista en Cirugía General, Subespecialista en Cirugía Bariátrica. Hospital del Valle; Hospital Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Honduras.

25CMT. CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL ADOLESCENTE. Lennyn Alvarenga. Especialista en Cirugía General. Instituto Hondureño de Seguridad Social; Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

26CMT. EXÁMENES PREOPERATORIOS: ¿RUTINA O BASADOS EN EVIDENCIA? Arturo Rosa. Anestesiólogo. Hospitales privados, La Ceiba, Honduras.

Todo paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica que requiera algún tipo de anestesia, debe de realizarse una evaluación pre-operatoria, cuyo objetivo debe ser detectar factores de riesgo que puedan modificar la morbilidad perioperatoria. El dilema actual es ¿Se deben hacer exámenes de laboratorio y gabinete de rutina o no?. Los riesgos del paciente pueden tener su origen en el estado propio del paciente y por otro lado asociado al tipo de cirugía que va a ser sometido. La historia clínica y un buen examen físico en la evaluación preoperatoria debería ayudarnos a reemplazar los denominados exámenes de rutina por exámenes complementarios a dicha evaluación clínica. Hay un alto porcentaje de pruebas de rutina que saldrán alteradas 40% y esto no va a modificar el plan quirúrgico establecido. Hay un 60 a 75 % de los exámenes solicitados que son clínicamente innecesarios. La realización de estos exámenes también tiene repercusiones económicas en los sistemas de salud sobre todo estatales, y la posibilidad de daño iatrogénico derivado de algunos exámenes también genera atraso en las cirugías. En estudios realizados desde 1976 a 1997 no se vio ninguna diferencia en cuanto a la morbilidad relacionada al uso de los llamados exámenes de rutina. Solo en USA se gastan \$ 300,000,000.00 en exámenes de rutina al año. Actualmente no hay guías o recomendaciones específicas para ordenar exámenes de rutina, pero la tendencia de cada día es racionalizar cada examen de laboratorio que se ordene en base a la evaluación clínica y que si pueda cambiar los factores de riesgo y la morbilidad relacionada al evento quirúrgico programado. En conclusión, el pilar fundamental en la evaluación pre-operatoria sigue siendo una adecuada historia clínica y un excelente examen físico y que los exámenes de laboratorio o gabinete deben ser ordenados en base a criterios clínicos y no utilizarlos como tamizaje. Esta conducta puede ayudar a disminuir los costos en salud y a incidir en una verdadera prevención de los riesgos perioperatorios.

27CMT. NECESIDADES EDUCATIVAS EN PACIENTES CON ARTROSIS MEDIANTE EL CUESTIONARIO SPENAT. Leonardo Martínez. Médico especialista en Reumatología. Hospital Vicente D'Antoni; La Ceiba, Honduras.

28CMT. ULTRASONIDO TORÁCICO APLICACIONES ESENCIALES. Brenda Larios Agüero. Maestría en Radiología e Imágenes Diagnósticas. Clínicas Medicentro; La Ceiba, Honduras.

El ultrasonido (USG) torácico, herramienta diagnóstica previamente subutilizada, sin embargo, su uso va popularizándose en servicios de emergencia, unidades de cuidados intensivos (UCI) y pediátricos. Demostrando ventajas diagnósticas en comparación con la radiografía torácica, precisión hasta del 90%. Ventajas: rápido acceso, bajo costo, portátil, libre de radiación, evaluación en tiempo real y guía visual en procedimientos de intervención. Su técnica se basa en la detección de artefactos producidos por patología pulmonar o pleural, utilizando transductores lineales de alta frecuencia para evaluación de la pared torácica, zona pleural superficial o en pacientes pediátricos, para patología en segmentos profundos, grandes efusiones pleurales, pacientes obesos, de preferencia transductor curvilíneo de baja frecuencia. Indicaciones afecciones traumáticas y no traumáticas pulmonares, edema pulmonar, neumonía, contusión pulmonar y extra pulmonares, efusión/colección pleural neumo-hemotorax, fracturas costales, hematomas de pared torácica. La física en términos sencillos se basa en la impedancia acústica entre aire y tejidos blandos produciendo línea hiperecogénica pleural, el parénquima pulmonar normal no es visualizado directamente, se detecta por artefactos de reverberancia horizontales, líneas tipo A. Los artefactos en patología entre ellos, líneas tipo B, artefacto de reverberancia hiperecogénicos verticales indican engrosamiento del intersticio, en casos de edema pulmonar, patología inflamatoria intersticial aguda y crónica. "Hepatización", en consolidación por neumonía, zonas heterogéneas con focos hiperecogénicos móviles (broncograma aéreo). Atelectasia pulmonar similar a consolidación pulmonar con ausencia de broncograma aéreo, signo del plankton (movimientos oscilatorios). Efusión pleural diferenciación entre simple y compleja. neumotórax pérdida de deslizamiento pleural, en modo M artefactos líneas continuas horizontales, signo del código de barras o estratosfera. Esencial conocer indicaciones y patologías en los cuales el USG torácico ofrece ventajas sobre otros métodos de imagen, y reconocimiento de características/artefactos ecográficos.

29CMT. RINITIS ALÉRGICA. Jerónimo Espinoza. Especialista en Medicina Interna. Glaxo Smith Kline; Panamá, Panamá.

30CMT. CAMINO AL CONTROL DEL ASMA. Jerónimo Espinoza Argentina. Especialista en Medicina Interna. Glaxo Smith Kline; Panamá, Panamá.

31CMT. DIABETES Y EMBARAZO. ESCRUTINIO Y REPERCUSIÓN METABÓLICA. Pablo Martínez. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Subespecialidad en Medicina Materno Fetal. Hospital SEMESUR; Choluteca, Honduras.

32CMT. RESTRICCIONES DEL CRECIMIENTO INTRA-UTERINO TARDÍO. UN RETO DIAGNÓSTICO. Pablo Martínez. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Subespecialidad en Medicina Materno Fetal. Hospital SEMESUR; Choluteca, Honduras.

33CMT. EDUCACIÓN MÉDICA EN HONDURAS: RETOS Y POSIBLES SOLUCIONES. Jhiamluka Solano. Doctor en Medicina y Cirugía; Máster en Educación Médica; Residente de Segundo Año de Medicina Interna. Salford Royal Hospital; Manchester, Reino Unido.

La Educación Médica en Honduras ha tenido poco desarrollo en los últimos 50 años debido a su modelo tradicional y el poco desarrollo curricular desde la apertura de la carrera de Medicina en el país. Esto representa un reto importante al cual contribuye el colapso sanitario del país y la falta de estándares de atención en salud y formación profesional. Existe, sin embargo, suficiente evidencia disponible para respaldar abordajes que pueden favorecer el desarrollo de la Educación Médica en un país en vías de desarrollo. Superar las limitaciones de los recursos mediante el uso de modelos económicos orientados a identificar talento humano, crear redes de cooperación, remover barreras de información y extrapolar métodos eficientes para uso en otras áreas. Adicionalmente, existen abordajes que han demostrado un rol importante en el desarrollo de la educación médica como la creación de departamentos de educación médica en las facultades y hospitales donde exista recurso en formación. Estos departamentos tienen la función de desarrollar y ejecutar proyectos de investigación en educación médica y la creación de programas de desarrollo docente que incluye a estudiantes de pregrado y postgrado con interés en docencia y docentes. Estos programas deben ir orientados a la adquisición de nuevas competencias y no solo el reforzamiento de competencias previas. Además, las universidades deberán crear sistemas de robustos de retroalimentación y evaluación de los procesos de enseñanza-aprendizaje con el fin de progresar de un currículo basado en un solo método de enseñanza a currículos integrados que ofrecen mayores posibilidades de aprendizaje para los estudiantes y han demostrado ser superiores a los métodos tradicionales. Por último, se debe promover la cooperación interinstitucional a nivel nacional e internacional para conocer las estrategias utilizadas por instituciones reconocidas por sus altos estándares de formación y la cooperación bilateral para fomentar las estancias académicas y capacitación de personal.

34CMT. DINAMOMETRÍA ISOCINÉTICA: USOS EN LA REHABILITACIÓN DEPORTIVA. José Elpidio Sierra Zerón. Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Postgrado de Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); Tegucigalpa, Honduras.

La dinamometría isocinética consiste en el registro de la fuerza cuando la velocidad angular se mantiene constante, pero se varía

la resistencia aplicada al miembro evaluado y para ello se utiliza un dispositivo que consta de un dinamómetro (permite evaluar la fuerza), taquímetro (permite fijar la velocidad) y goniómetro (permite fijar los rangos de movilidad articular) conectado a una computadora para el registro de los resultados. Sus bases se hallan en el desarrollo de la curva fuerza-velocidad por Hill en 1938 en el cual la fuerza es inversamente proporcional a la velocidad. Se ha utilizado en medicina legal (medición cuantitativa y cualitativa del grado de lesiones osteoarticulares, evidenciar discapacidad y limitaciones funcionales), medicina deportiva, neurología y geriatría. Las estructuras para evaluar son las articulaciones de hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla, tobillo y columna con sus diferentes grados de libertad. La evaluación se realiza teniendo en cuenta técnicas descritas para cada articulación tratando de mantener fijos las estructuras no valoradas. Se han desarrollado diferentes protocolos, pero se sugiere fijar el movimiento en bajas, intermedias y altas velocidades donde en la baja velocidad se estimulan sobre todo fibras musculares tipo I y en alta velocidad las fibras tipo II. La interpretación de resultados se hace mediante análisis cualitativo de la curva (dolor, reclutamiento de fibras, pico de fuerza y área de trabajo) y análisis cuantitativo donde se evalúan diferencia de fuerza interlado según el tipo de paciente, trabajo, potencia, relación antagonista-agonista, e índice de fatiga. En el deporte es utilizado para prevenir lesiones mediante corrección de desbalances musculares obtenidos en la evaluación, así como en ejecución de programas de fortalecimiento en el proceso de rehabilitación de lesiones (postcirugía de meniscos o ligamentos cruzados, posterior a fracturas, distensiones musculares) o toma de decisiones para un retorno al deporte de manera segura.

35CMT. MARKETING. Mauricio Rovelo. Médico Especialista en Psiquiatría; Postgrado en Bipolaridad, Depresión, Ansiedad. Hospital Psiquiátrico Santa Rosita; Instituto Hondureño de Salud Mental; Tegucigalpa, Honduras.

36CMT. COVID 19 Y LA NECESIDAD URGENTE DE TRATAR LA OBESIDAD. Graziamaría Zacapa. Médico Nutrióloga, Especialista en Obesidad, Trastornos de Alimentación y Nutrición Bariátrica. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

37CMT. NO TODO TEMBLOR ES PARKINSON. Amílcar Zelaya. Médico especialista en Neurología. Medicentro; La Ceiba, Honduras.

El temblor es un movimiento rítmico, oscilatorio producido por contracciones alternantes y sincronas de músculos antagonistas. Es el movimiento involuntario más común, pero solo una pequeña proporción requieren atención médica. Los temblores pueden ser clasificados de acuerdo con su fenomenología, distribución, frecuencia o etiología. Fenomenológicamente, los temblores son divididos en dos categorías mayores: temblores de reposo y temblores de acción. Los temblores pueden ser clasificados de acuerdo con su distribución anatómica, por ejemplo, cabeza,

lengua, voz y tronco. La clasificación y diagnóstico diferencial de los temblores en sus grandes categorías: Temblores de reposo, Enfermedad de Parkinson, otros síndromes Parkinsonianos enfermedades heredo degenerativas, Parkinsonismo secundario, Temblor esencial severo, temblor rubral, temblor tardío, miorritmia, espasmos nutans. Temblores de acción: temblores posturales, cinéticos, temblores por realización de tareas o posiciones específicas, isométricos. Los mecanismos que rigen los temblores involucran las aferencias sensitivas, el tálamo, los ganglios basales, el núcleo rojo, la oliva inferior, el cerebelo, la corteza cerebral y la moto neurona espinal. Para su diagnóstico diferencial es esencial una historia clínica y una evaluación clínica neurológica detalladas, identificando la distribución topográfica del temblor, sus condiciones de activación, amplitud y frecuencia. Las causas son heterogéneas e identificarlas es fundamental para establecer el tratamiento adecuado.

38CMT. REFERENCIA TEMPRANA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO. María Clara Horsburg. Especialista en Oncología Clínica. Laboratorio Roche, Costa Rica; Buenos Aires, Argentina.

39CMT. PATOLOGÍA CERVICAL. Manuel Maldonado. Especialista en Cirugía General. Subespecialista en Cirugía Oncológica. Liga Hondureña contra el Cáncer; San Pedro Sula, Honduras.

40CMT. TAMIZAJE ECOGRÁFICO DEL PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS FETALES. Daysi Díaz Cobos. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Subespecialista en Medicina Materno Fetal. Clínica Salud Integral Femenina; La Ceiba, Honduras.

41CMT. TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS EN EL EMBARAZO. Cristian Alvarado. Médico Especialista en Medicina Interna. Subespecialista en Hematología. Hospital Honduras Medical Center.

42CMT. FÍSTULA VESICOVAGINAL. ¿ABORDAJE VÍA VAGINAL? Dr. Kristián Navarro. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Subespecialidad en Uroginecología. Hospital Honduras Medical Center; Tegucigalpa, Honduras.

43CMT. EMBARAZO EN LA PACIENTE DIABÉTICA. Marlén Cruz. Especialista en Medicina Interna. Hospital Escuela; Instituto Nacional Cardiopulmonar; Tegucigalpa, Honduras.

La diabetes Mellitus (DM) es una de las enfermedades crónicas más comunes entre las mujeres en edad reproductiva. El mal control glucémico en el momento de la concepción y durante el primer trimestre es causa importante de mayor riesgo de defectos de nacimiento y complicaciones durante el embarazo. Del 10 – 15% de la diabetes que afecta el embarazo es preexistente (tipo 1 y 2) La DM durante el embarazo es un factor de riesgo para complicaciones en la madre y el neonato: a) Repercusión sobre la gestación y la madre: mayor riesgo

de infecciones urinarias, candidiasis vaginal, poli hidramnios, trastornos hipertensivos del embarazo, prematuridad, inicio y/o progresión de complicaciones vasculares específicas de la DM (retinopatía). b) Repercusión sobre el feto, neonato y futuro de los niños; malformaciones y/o abortos, restricción del crecimiento intrauterino (vasculopatía materna secundaria a diabetes). Secundarias a hiperinsulinismo fetal: Macrosomía (asociado a distocias, traumatismo obstétrico, mayor tasa de cesáreas), Riesgo de pérdida de bienestar fetal antes y durante el parto, Miocardiopatía hipertrófica, inmadurez fetal manifestándose como síndrome de “distrés” respiratorio. Los hijos de madres diabéticas son más propensos al desarrollo de obesidad, así como a alteraciones del metabolismo en la etapa adulta. La consejería preconcepcional es pilar clave para evitar estas complicaciones, velar por el control estricto de los valores glucémicos, según las metas ADA (Glucosa en ayuno: <95, glucosa 1HPP <140, glucosa 2HPP <120 mg/dl). Los hijos de madres con diabetes preexistente mal controlada experimentan doble riesgo de lesiones serias en el parto, el triple de probabilidad de nacimiento por cesárea y el cuádruple de la incidencia de recién nacidos que necesitarán una unidad de cuidados intensivos. Actualmente la mortalidad perinatal entre las mujeres con diabetes es 2 veces más frecuente que la observada en mujeres sin este diagnóstico, referencias oportunas harán diferencias grandes en el desenlace del embarazo.

44CMT. PATOLOGÍAS TIROIDEAS Y EMBARAZO. Claudia Ascencio. Médico Especialista en Endocrinología y Metabolismo. Unidad de Cardiología y Endocrinología, Hospital D'Antoni; La Ceiba, Honduras.

45CMT. TROMBOFILIA Y PERDIDA FETAL. Cristian Alvarado. Médico especialista en Medicina Interna. Subespecialista en Hematología. Hospital Honduras Medical Center; Tegucigalpa, Honduras.

46CMT. POLICARBOFILO, UNA ALTERNATIVA PARA SÍNDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA. Kristian Navarro. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Subespecialidad en Uroginecología. Hospital Honduras Medical Center; Tegucigalpa, Honduras.

47CMT. ARTRITIS SÉPTICA EN NIÑOS. Luis Fernando Sánchez Bustamante. Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología. Hospital y Clínicas Vicente D'Antoni; La Ceiba, Honduras.

La artritis séptica es la infección de la cavidad articular en niños como consecuencia de una infección principalmente bacterias. La principal vía de contaminación es la hematógena, produciendo una reacción inflamatoria e infecciosa con migración de polimorfo nucleares, producción de enzimas proteolíticas, secreción de citocinas, detectando degradación del cartílago en las primeras 8 horas de la infección. Tiene una incidencia de 4 a 12 por cada 100000 personas, es más

frecuente en lactantes y menores de 3 años, del 80 al 90% son mono articulares, afectándose principalmente las articulaciones de miembros inferiores (cadera, rodilla, y tobillo), las infecciones de humero proximal y cadera tienen afección metafisaria debido a que esta es de tipo intracapsular. Se identifica como agente patógeno más frecuente al *Staphylococcus aureus*, encontrándose otro tipo de microorganismos como segunda frecuencia según la edad del paciente, se han identificado factores de riesgo como ser artritis reumatoidea, diabetes mellitus, hemodiálisis. Las manifestaciones clínicas serán según la edad del niño, encontrando en recién nacidos pocos síntomas como la irritabilidad y clínica de sepsis, en lactantes predomina la fiebre e irritabilidad, clínica de sepsis y posición antiálgica. El diagnóstico es en base a la clínica laboratorio como PCR, VES, cultivos de líquido sinovial y el apoyo en los criterios de Kocher relacionados con el recuento leucocitario mayor de 12mil, VES mayor de 40mm por hora. Es importante tomar una muestra para cultivo previo a cualquier terapia antibiótica, en estudios de imágenes se inicia por Rx simple buscando aumento del espacio articular ultrasonido siendo el que más información aporta, TAC, IRM y gammagrafía dan muy poca información. Los tratamientos serán artrocentesis, artrotomías según la articulación y antibioticoterapia orientada por epidemiología y resultados laboratoriales.

48CMT. ACTUALIZACIÓN EN HELICOBACTER PYLORI. Susana Pineda. Médica especialista en Medicina Interna, Subespecialidad en Gastroenterología y Endoscopia quirúrgica. Hospital Honduras Medical Center; Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.

49CMT. FACTORES DE RIESGO DE VIH Y EXPERIENCIA EXITOSA ESTRATEGIA NACE/VISITA EN MODELO. Gracia María Martínez. Médico General. Programa Regional Centroamericano de VIH, CDC, Atlanta, Estados Unidos; Servicio de Atención Integral, Hospital Gabriela Alvarado; Danlí, El Paraíso.

50CMT. REANIMACIÓN EN SHOCK SÉPTICO: FLUIDOS Y VASOPRESORES. Orlando Arquel Rivera Lagos. Maestría en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos del Adulto, Maestría en Medicina Interna. Hospital y Clínicas Medicentro; La Ceiba, Honduras.

Sepsis es una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección. Se estima que cada año hay aproximadamente 49 millones de casos de sepsis en todo el mundo y conlleva a 11 millones de muertes relacionadas. El shock séptico representa más del 50% de los perfiles de diagnóstico de las UCI en el mundo. La reanimación con fluidos y vasopresores en conjunto con la terapia antimicrobiana y el control del foco de infección, son un elemento fundamental del tratamiento. El manejo hemodinámico del shock séptico temprano tiene tres objetivos fundamentales: estabilización hemodinámica, reanimación con

líquidos y soporte farmacológico hemodinámico. Con el uso de mediciones dinámicas para evaluar el estado de volumen y la terapia dirigida a metas se ha logrado disminuir el riesgo de mortalidad, menor duración de la ventilación mecánica y una estancia más corta en la UCI. La reanimación busca infundir fluidos para aumentar el retorno venoso, volumen sistólico, gasto cardíaco y en última instancia, la perfusión tisular. Actualmente no existe un protocolo aceptado en el cual basar la reanimación de estos pacientes y la propuesta de medidas que hace la Campaña Sobreviviendo a la Sepsis aún es muy controvertida y no logra tener el suficiente respaldo. La sobrecarga de fluidos complicación muy frecuente durante la reanimación y se asocia a mayor morbilidad, mortalidad y aumento de los costos hospitalarios. Aproximadamente la mitad de los pacientes hemodinámicamente inestables responden a los líquidos, la respuesta a estos se define como un aumento del GC mayor del 10%. Aún en aquellos cuyo gasto cardíaco aumenta, los fluidos pueden ser inefaces para mejorar la perfusión tisular, es por esto que el uso temprano de vasopresores se asocia a un control más rápido del shock y disminución de las complicaciones asociadas a fluidos.

51CMT. ESTRATEGIAS INNOVADORAS EN PREVENCIÓN, CUIDADO Y TRATAMIENTO DE PERSONAS CON VIH: UNA ALTERNATIVA PARA ALCANZAR CALIDAD DE VIDA. Amy Carolina Tovar. Médica, Maestría en Epidemiología. Programa Regional Centroamericano de VIH; CDC, Atlanta, Estados Unidos; Secretaría de Salud; Tegucigalpa, Honduras.

El PRCVIH desde 2015 mantiene convenio colaborativo de apoyo a SESAL, a través de asesoría técnica con fondos de cooperación de CDC-PEPFAR catalizando alcance de metas de ONUSIDA 2030. Centroamérica mantiene progreso con bajo cumplimiento de ellas (ONUSIDA 2021) debido a limitantes institucionales. El fortalecimiento de la SESAL es técnico/logístico a nivel nacional a través de aplicación de estrategias normadas por la SESAL alineadas con tres pilares de la cascada del continuo de la atención: Prevención, prueba y vinculación, realiza fuerte enfoque en búsqueda activa de diagnósticos, facilitando acceso a los servicios de pruebas que es la puerta de entrada a los servicios a través de a)PITC oferta pruebas por parte de proveedores de salud a usuarios que posterior a la evaluación reflejan riesgos asociados b) Pruebas para caso índice: a través de NAC aumentando utilización de servicios de detección por contactos sexuales y otro tipo de contactos c)Pruebas enfocadas a Poblaciones Clave a través VICITS disminuye riesgo de transmisión sexual a través del diagnóstico y tratamiento oportuno de las ITS en poblaciones clave. Tratar y retener a)El Inicio rápido del tratamiento antirretroviral: con evidencia científica de efectividad 2,3 favoreciendo la mejora de la calidad de vida b)Modelos de servicios diferenciados: acerca los servicios a la población bajo diferentes modalidades c)Retención y adherencia: atención amigable de servicios, para que los usuarios se mantengan vinculados, informándoles sobre tratamiento, beneficios y consecuencias d)Paquete avanzado de VIH: para usuarios que abandonan tratamiento o no conocen

su estado y desarrollan infecciones oportunistas. Supresión viral Perdidos en abandono: para usuarios que tienen más de 28 días de no acudir al servicio a través de consentimiento se localiza y revincula b)Paquete avanzado en adherencia mantiene activo al usuario a través de un plan de acción para superar las limitantes que lo obligaron a desligarse del servicio.

52CMT NUTRICIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. Laura Villalobos. Médico General; Maestría en Ciencias de la Alimentación y Nutrición. Universidad Católica; San Pedro Sula, Honduras.

53CMT. ACTUALIDADES EN REANIMACIÓN NEONATAL 8ª EDICIÓN. Ileana Rosales. Médico Especialista en Pediatría, Subespecialista en Neonatología. Clínicas Medicentro; La Ceiba, Honduras.

54CMT. RECIÉN NACIDO CON ALTO RIESGO NEUROLÓGICO. Melvin Urbina Núñez. Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación; Postgrado en Manejo de Dolor. Centro de Rehabilitación Integral del Litoral Atlántico; Clínicas Medicentro; La Ceiba, Honduras.

El concepto de Recién Nacido con Alto Riesgo Neurológico nace en Inglaterra en 1960, definido como aquel niño que, por sus antecedentes pre (infecciones prenatales, incompatibilidad Rh, enfermedades metabólicas, ingesta de drogas, desnutrición materna) peri (prematurnidad menor 32 semanas, bajo peso al nacer: 1500 gr, aspiración de meconio, convulsión, uso ventilador mecánico por más de 72 horas, Apgar 3 al 5to minuto, trauma obstétrico, hiperbilirrubinemia, exanguinotransfusión) o postnatales (traumas, neoplasias, infecciones, epilepsia, anoxia, hemorragia intracraneal), tiene más probabilidades de presentar en los primeros años de la vida, problemas de desarrollo, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento y pudiendo ser éstos, transitorios o definitivos. Se clasifican según la magnitud del riesgo en: alto, moderado y bajo. Los neonatos de alto riesgo neonatal se caracterizan por presentar alta morbilidad y mortalidad y requerimientos de cuidados específicos: tienen mayor probabilidad de presentar trastornos, fundamentalmente sensoriales y del neurodesarrollo durante la infancia como parálisis cerebral, trastornos del habla y del lenguaje, trastornos del aprendizaje, trastorno del desarrollo de la coordinación, trastornos por déficit de atención e hiperactividad, discapacidad visual, discapacidad auditiva, alteraciones cognitivas. Los recién nacidos con disfunción sensorio motriz acumulan más factores de riesgo neurológico, todos los recién nacidos deben tener seguimiento médico rehabilitador y el 25 % además, precisa de tratamiento o seguimiento de fisioterapia. La presencia de muchos factores de riesgo neurológico no siempre supone disfunción sensorio motriz. La identificación temprana de los factores de riesgo asociados con los problemas del neurodesarrollo es un primer paso para prevenir o reducir sus efectos y nos ayuda a unificar criterios en la selección, intervención y seguimiento, dentro del equipo multidisciplinario sanitario.

55CMT. NEUROGENÉTICA Y SU APLICACIÓN. Carol Joseline Zúniga García. Médico Especialista en Pediatría, sub-especialista en Neurología Pediátrica, Alta especialidad en Neurogenética. Hospital del Valle; Hospital Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Honduras

La genética ha avanzado a pasos agigantados; desde los descubrimientos de Gregor Johann Mendel en 1866, la descripción del ADN por James Watson y Francis Crick publicado el 25 de abril de 1953 (ganador del premio nobel de medicina en 1962 por estos hallazgos), hasta el proyecto del genoma humano, el cual dio inicio en el año 1990 y finalizó el 14 de abril 2003, participaron en este proyecto seis países Alemania, Francia, Inglaterra, China, Japón y EUA, cuyos objetivos fueron: Conocer la ubicación cromosómica de todos los genes y determinar la secuencia completa de las 3,200 millones de pares de bases que integran el genoma. Existen diversos estudios genéticos que nos orientan a diagnóstico definitivo, como cariotipo, microarreglos/ FISH (Hibridación genómica comparativa), MLPA (Amplificación múltiple dependiente de la ligación de sondas) y secuenciación, cada uno con indicaciones específicas. Algunos de los criterios de derivación a genética son trastornos neurológicos con o sin malformaciones cerebrales, retraso en el neurodesarrollo, Hipotonía, movimientos anormales, discapacidad intelectual, autismo, hipoacusia, rasgos dismórficos, displasias esqueléticas, enfermedades por depósito, mitocondriales, miocardiopatías, canalopatía, algunas enfermedades oftalmológicas: amaurosis congénita de leber, enfermedades endocrinológicas, talla baja, hipercolesterolemia familiar, enfermedades metabólicas, historia familiar de cáncer, trastorno de tejido conectivo. La posibilidad de un diagnóstico definitivo y en algunas patologías, un diagnóstico pre sintomático, nos brinda la oportunidad de un tratamiento oportuno y precoz, mejorando la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

56CMT. ALERGIA VRS INTOLERANCIA A LA LECHE DE VACA. Luis Enrique Jovel Banegas. Gastroenterólogo Pediatra. Hospital Nacional Mario Catarino Rivas; Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

57CMT. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: MITOS Y REALIDADES. Carol Josseline Zúniga García. Médico Especialista en Pediatría, Sub-especialista en Neurología Pediátrica, Alta especialidad en Neurogenética. Hospital del Valle; Hospital Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Cortes, Honduras.

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo heterogéneo, caracterizado principalmente por alteración en la interacción social y presencia de comportamientos restringidos y estereotipados, tiene una incidencia aproximada 1 en 68 personas. Existe un alto grado de heterogeneidad clínica aun en gemelos monocigóticos sugiriendo factores tanto genéticos como ambientales. En la

última década se percibe un aumento en el diagnóstico de niños con TEA, sin embargo, ante los nuevos avances en genética nos permite hacer diagnósticos diferenciales de algunos síndromes que pueden tener algunas características TEA sin ser este, el diagnóstico definitivo (síndrome 47XYY, síndrome de Klinefelter). Muchos pacientes con TEA y sus familiares buscan medicina alternativa y estrategias de tratamiento sin fármacos, alrededor del 25% de las personas con TEA utiliza intervenciones dietéticas como las dietas restrictivas (la más común libre de gluten y caseína) y algunas dietas con componentes específicos de aminoácidos, minerales, omega 3 y compuestos a base de algunas hierbas, sin embargo resultados sobre la eficacia de la dieta como intervención en los pacientes con TEA sigue siendo controversial, esto puede deberse a que no existen estudios que evalúen estos beneficios en intervenciones o dominios clínicos específicos, sino que evalúan una respuesta al tratamiento en forma global. La mayoría de meta análisis no sustenta como tratamiento para TEA una dieta específica, pero sugiere un papel potencial de algunas intervenciones dietéticas como omega 3, vitamina B6, B12, vitamina C, D, ácido fólico, hierro y zinc en el manejo de algunos síntomas y dominios clínicos como disminuir niveles de ansiedad, problemas de impulsividad y comportamiento, hiperactividad, irritabilidad, lenguaje, conductas restringidas y repetitivas, en estos pacientes. Por lo cual intervenciones tempranas sustentadas con medicina basada en evidencia marcan la diferencia en calidad de vida y pronóstico en niños con TEA.

58CMT. DETECCIÓN DE GRAVEDAD EN NIÑOS. Rigoberto Mejía. Especialista en Pediatría, Subespecialista en Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Atlántida; La Ceiba, Honduras.

59CMT. TRIAGE EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO. Rigoberto Mejía. Especialista en Pediatría, subespecialista en Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Atlántida; La Ceiba, Honduras.

60CMT. ABORDAJE DE ANEMIA EN PEDIATRÍA. Sergio Daniel Quintanilla Almendárez. Médico Especialista en Pediatría, Sub-especialista en Hemato-Oncología. Hospital General Atlántida; La Ceiba, Honduras.

La anemia reduce el bienestar de los individuos, afectando la capacidad física y el desempeño laboral. En estudios realizados en Honduras, se ha encontrado una incidencia de anemia en el 29% de los niños. Según datos de la OMS, son anémicos 42% de los niños menores de 5 años y 40% de las embarazadas, por lo que, si no se reduce la anemia en todo el mundo, generaciones enteras se verán afectadas en su desarrollo y aprendizaje, millones de mujeres seguirán sufriendo disminución de su calidad de vida y salud, y naciones presentarán una menor productividad y desarrollo económicos. El abordaje de anemia debe basarse en una adecuada historia clínica, incluyendo dieta del paciente, antecedentes familiares, y un examen físico completo. El hemograma y recuento de reticulocitos son exámenes de bajo costo, de importancia demostrada en el

abordaje inicial de la anemia. Aunque las causas de la anemia son diversas, se estima que la mitad de los casos se deben a una deficiencia de hierro (ferropenia). En algunos entornos se han logrado reducciones considerables en la prevalencia de anemia; sin embargo, en nuestro medio continúa siendo necesario promover y realizar intervenciones como profilaxis y tratamiento con suplementos de hierro, alimentación con aportes adecuados de hierro, uso de antihelmínticos, pinzamiento tardío del cordón, higiene, agua potable. Ante la falta de corrección de la anemia, debemos considerar la posibilidad de otras causas, como las hemoglobinopatías, enfermedades infecciosas, causas medicamentosas, o la anemia como manifestación de otra enfermedad (neoplasia, lupus, enfermedad renal). En estos casos, el apoyo con exámenes especiales de laboratorio, orientados según la sospecha clínica, viene a ser un complemento útil y necesario

61CMT. TAMIZ CARDÍACO NEONATAL. Katia Ardón. Médico Especialista en Pediatría, Subespecialidad en Cardiología Pediátrica. Hospital Vicente D'Antoni; La Ceiba, Honduras.

62CMT. PATOLOGÍA TIROIDEA EN PEDIATRÍA. Anai Núñez. Médico especialista en Pediatría, Subespecialidad en Endocrinología Pediátrica. Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.

63CMT. TAMIZAJE AUDITIVO NEONATAL. Lucas Zelaya. Médico especialista en Audiología, Foniatría y Oto-Neurología. Hospital Escuela; Centro Auditológico Auris; Tegucigalpa, Honduras.

64CMT. USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS. Marco Tulio Luque Torres. Médico Pediatra, Subespecialidad en Infectología. Hospital Escuela; Instituto Hondureño de Seguridad Social; Tegucigalpa, Honduras.

Uso racional de antibióticos se refiere a la indicación del antibiótico adecuado para la situación clínica indicada, sin embargo, se conoce según OMS que aproximadamente el 50% de tratamientos antibióticos prescritos no son necesarios o no estaban indicados. Para la prescripción de un tratamiento antibiótico adecuado deben tomarse en cuenta algunos principios básicos como; identificación de un cuadro clínico sugestivo de etiología bacteriana en ocasiones con soporte de pruebas básicas de laboratorio, consideración de los microorganismos más comunes que lo producen, conocimiento de la epidemiología y porcentajes de resistencia locales, conocer los efectos adversos, ventajas y desventajas de los tratamientos disponibles, asegurar el cumplimiento de la dosis, intervalo y duración adecuada. El abuso en la utilización de los antibióticos ha promovido el incremento de la resistencia de las bacterias a la mayoría de las familias de antibióticos conocidos, la falta de eficacia de los antibióticos para tratar estas infecciones producen un aumento de morbilidad y mortalidad, requiere el

uso de antibióticos más costosos, aumentan los días de estancia hospitalaria y en general incrementa de costos sanitarios, es por esto que la resistencia antimicrobiana se considera un problema de salud pública que requiere la toma de medidas multifactoriales urgentes, se han propuesto múltiples medidas para optimizar el uso de estos medicamentos, tanto en humanos como en animales, a nivel comunitario como hospitalario, entre estas se encuentran; la elaboración de políticas que garanticen el uso responsable de antibióticos, mejorar los métodos de diagnóstico microbiológico, limitar el uso de profilaxis, redes de vigilancia de resistencia antimicrobiana, mejorar los sistemas de prevención y control de infecciones asociadas a los servicios de salud, y la implementación de programas de optimización del uso de antibióticos en hospitales y centros de atención médica.

65CMT. PUBERTAD Y CRECIMIENTO. Anai Núñez. Médico especialista en Pediatría, subespecialidad en Endocrinología Pediátrica. Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.

66CMT. SÍNCOPE EN PEDIATRÍA. Paola María Martínez Alvarenga. Especialista en Pediatría, Sub-especialista en Cardiología Pediátrica. Centro Médico Comayagua Colonial; Comayagua, Honduras.

67CMT. VACUNAS CONTRA SARS COV- 2. Marco Tulio Luque Torres. Médico Pediatra, Subespecialidad en Infectología. Hospital Escuela; Instituto Hondureño de Seguridad Social; Tegucigalpa, Honduras.

Hasta el momento el 66% de la población mundial ha recibido al menos una dosis de alguna vacuna contra COVID-19; 12 mil millones de dosis se han administrado globalmente, se han aprobado 12 vacunas contra COVID-19, dentro de las que destacan las de ARN mensajero, las de vector viral y las de virus vivos atenuados. Actualmente se aplican vacunas en los diferentes grupos etarios a partir de los 5 años de edad y a grupos especiales como embarazadas e inmunodeprimidos. Las vacunas han demostrado ser seguras y eficaces en la prevención de enfermedad grave, hospitalizaciones y muertes por COVID-19, teniendo un impacto importante en la disminución de casos y el control de la pandemia, sin embargo se ha observado una disminución de anticuerpos neutralizantes que inician su descenso después de los tres meses, acompañado de una disminución de su efectividad en la protección contra la enfermedad lo que llevo a la necesidad de la aplicación de refuerzos posterior al esquema de dos dosis. Actualmente con la aparición de nuevas cepas y variantes de SARS CoV-2 que tienen la capacidad de evadir la respuesta inmune y mayor capacidad de transmisión, se plantean nuevas interrogantes hacia el futuro inmediato, como la necesidad de diseñar nuevas vacunas, o la necesidad de una vacuna anual, para las cuales aún no tenemos respuestas y que probablemente se resolverán con el tiempo y la evolución de la pandemia.

68CMT. ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO: ABORDAJE DIAGNÓSTICO. Luis Enrique Jovel Banegas. Gastroenterólogo Pediatra. Hospital Nacional Mario Catarino Rivas; Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

El reflujo gastroesofágico representa hasta un 25% de la consulta pediátrica en lactantes, por lo tanto, los conceptos, fisiopatología, abordajes diagnósticos nos permitirán estrategias apropiadas para el restablecimiento de la salud de los pacientes y la tranquilidad de los padres. El reflujo gastroesofágico se define como el paso del contenido gástrico hacia el esófago y cuando va más allá de la boca se denomina regurgitación, cuando involucra actividad muscular se denomina vomito y cuando este contenido provoca lesiones a nivel de mucosa esofágica o vía respiratoria se denomina enfermedad por reflujo gastroesofágico. El principal mecanismo fisiopatológico del reflujo gastroesofágico es la relajación transitoria del esfínter esofágico inferior, que nos permite la eliminación de residuos del esófago, en adultos se presentan hasta 3 veces por minuto después de la ingesta alimentaria y en lactantes hasta 20 veces por minutos debido a un mecanismo neuronal inmaduro del nervio vago, que por lo general no provoca ningún daño en las mucosas y es lo que explica las regurgitaciones fisiológicas en lactantes menores conocidas como “vomitador feliz”, que no requiere estudios ni tratamiento. Otro mecanismo fisiológico del aumento de las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior es la distensión gástrica, por lo que en nuestro interrogatorio debemos verificar la cantidad y frecuencia de la leche, en especial de fórmula, donde la corrección mejora los síntomas. En los casos donde la regurgitación va acompañada de síntomas de origen gastrointestinal, respiratorios y compromiso del crecimiento, el abordaje en base a una historia clínica nos permitirá proponer hipótesis diagnósticas e indicar los estudios complementarios oportunos y así corregir la patología subyacente de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y no solo utilizar inhibidores de bomba de protones y procinéticos, que por sí solos no corregirán la causa subyacente, a pesar que ellos es una práctica común.

69CMT. ATEROESCLEROSIS E INFLAMACIÓN. Dr. Miguel Sierra. Médico especialista en Medicina Interna, subespecialista en Enfermedades Infecciosas, Neumología y Cuidados Intensivos. Dirección de Investigación, Texas A&M; Texas, USA.

70CMT. CALIDAD HUMANA EN NOTIFICACIÓN ASISTIDA A CONTACTOS DE PERSONAS CON VIH. Daniela Navas. Médico General. Programa Regional Centroamericano de VIH; CDC, Atlanta, Estados Unidos; Secretaría de Salud; Tegucigalpa, Honduras.

La Notificación Asistida a Contactos (NAC) es una importante estrategia de salud pública que permite aumentar la utilización de los servicios de detección de VIH, incrementando el número de personas que conocen su diagnóstico para vincularlos a los Servicios de Atención Integral de VIH (SAI) de las redes de

salud. Es un proceso mediante el cual un proveedor capacitado ofrece el servicio de diagnóstico de VIH a los contactos del caso índice, así como apoyo en caso de desear revelar su diagnóstico. Esta estrategia está formada por la Secretaría de Salud y requiere un consentimiento informado. Existen cuatro modalidades del servicio de NAC 1. Notificación asistida por el caso índice: el proveedor motiva al caso índice a revelar su estado por sí mismo. 2. Notificación asistida por contrato: El caso índice firma un contrato con un proveedor por el que se compromete a revelar por su cuenta su estado y riesgo de exposición al VIH de sus contactos 3. Notificación asistida por el proveedor: El caso índice proporciona su consentimiento para que el proveedor contacte de manera confidencial al o los contactos y les ofrezca realizarse la prueba de VIH 4. Notificación asistida Dual: Un proveedor acompaña y brinda apoyo al caso índice en el momento de revelar su estado serológico y el riesgo de exposición al VIH. Experiencia exitosa de la NAC en el SAI/ Hospital San Isidro Tocoa, Colón: Actualmente este sitio cuenta con una cohorte activa de 243 usuarios, el PRCVIH inició su colaboración en este sitio en el 2020, se ha ofertado la NAC a 56 casos índice hasta la fecha, obteniendo 96 contactos, de estos a 82 se les realizó una prueba de VIH, 13 ya tenían un diagnóstico y se encontraron 11 nuevos diagnósticos.

71CMT. VACUNAS EN EL ADULTO (VIRTUAL). Laura Naranjo. Especialista en Pediatría, Subespecialista en Infectología Pediátrica. Glaxo Smith Kline C.A., Caribe; Panamá, Panamá.

72CMT. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN EPILEPSIA (VIRTUAL). Jordana Zalzman. Especialista en Neumología. Glaxo Smith Kline C.A., Caribe; Panamá, Panamá.

73CMT. ABORDAJE DE LA PSICOSIS EN LA EMERGENCIA. Lizeth Erazo Robles. Especialista en Psiquiatría. Hospital y Clínicas Medicentro; La Ceiba, Honduras.

La psicosis es una urgencia psiquiátrica, ante la que el médico de emergencia de los hospitales no psiquiátricos es importante este en la capacidad de su pronta detección y manejo inicial. Según datos obtenidos en el año 2014, en Estados Unidos los trastornos mentales fueron la décima causa de visitas a los servicios de urgencias para hombres de 15 a 65 años y fueron el diagnóstico primario de emergencias en un poco más de cinco millones de asistencias. La psicosis en su definición operacional es la presencia de delirios, alucinaciones y conducta desorganizada, es un estado mental en la que el individuo tiene una modificación o pérdida de contacto con la realidad, sin alteración de la conciencia. Esta es la característica definitoria del espectro de la esquizofrenia, se observa también en algunas ocasiones en los trastornos del estado de ánimo y en los relacionados al uso y abuso de sustancias además de muchas afecciones neurológicas (Alzheimer y otras demencias, Enfermedad de Parkinson, Epilepsia del lóbulo temporal, Lupus Eritematoso Sistémico). Para su manejo y rápido diagnóstico, se debe realizar una historia clínica enfocada en determinar la

posible etiología, un examen mental en busca de sus síntomas característicos y el examen físico de ser posible. En el caso de un paciente agitado se dispondrá de un manejo mediante la contención verbal, contención farmacológica y/o mecánica de ser necesario.

74CMT. DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL ALCOHOLISMO. EL DESAFÍO DE LA PATOLOGÍA ACTUAL. Cecilia Carias. Médico Especialista en Psiquiatría. Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC); Hospital Mario Mendoza; Tegucigalpa, Honduras.

75CMT. USO RACIONAL DE BENZODIACEPINAS. EL DESAFÍO DE NO CREAR DEPENDENCIA. Héctor Armando Velásquez Ramírez. Médico Especialista en Psiquiatría. Hospital Escuela; Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC); Tegucigalpa, Honduras.

Las benzodiazepinas constituyen un grupo farmacológico conocido y de amplia prescripción. Se suelen clasificar en función de su semivida de eliminación. Las principales indicaciones para la administración de benzodiazepinas incluyen trastornos psiquiátricos, anticonvulsivo y para procedimientos invasivos. Aunque las benzodiazepinas tienen muchos usos potenciales, también conllevan riesgos que se deben reconocer. El riesgo más reconocido es dependencia al fármaco. La dependencia se debe a la adaptación fisiológica del organismo que aparece tras su uso prolongado de forma que, al interrumpir su administración, puede producir síntomas cognitivos y conductuales que induce al paciente a mantener el consumo. La dependencia se explica por una disfunción neurobiológica de circuitos cerebrales que están implicados en la motivación y procesos de reforzamiento de la conducta. Un estudio en España con 179,114 participantes encontró que la prevalencia del uso indebido de Benzodiazepinas aumentó del 2,4% en 2004 al 3,0% en 2014. La Organización Mundial de la Salud establece que el uso adecuado de medicamentos significa que los pacientes reciban fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, a dosis ajustadas a su situación particular, durante un periodo de tiempo adecuado y al mínimo costo posible para ellos y la comunidad. Es necesario un enfoque seguro y colaborativo para administrar, reducir o suspender las benzodiazepinas. No existen regímenes estándar de disminución gradual y la tasa de disminución gradual depende de la dosis inicial, la duración del tratamiento, el riesgo de recaída y que tan bien el paciente tolera la disminución gradual. La tasa de éxito de la disminución gradual varía entre el 80% y el 90%. Para minimizar el riesgo de dependencia, la entrevista clínica completa y la relación con el paciente son claves para una buena prescripción y la mejor estrategia en términos de costo-efectividad.

76CMT. REVISIÓN SISTEMÁTICA DIAGNÓSTICA TERAPÉUTICA DE SÍNDROME NEUROPSIQUIÁTRICO POST-COVID-19. Mauricio Rovelo. Médico Especialista en Psiquiatría; Postgrado en Bipolaridad, Depresión, Ansiedad. Hospital Psiquiátrico Santa Rosita; Instituto Hondureño de Salud Mental; Tegucigalpa, Honduras.

77CMT. USO DE ESKETAMINA COMO OPORTUNIDAD PARA EL MANEJO DEL SUICIDIO. Octavio López. Médico Especialista en Psiquiatría. Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC); Hospital Psiquiátrico Santa Rosita; Tegucigalpa, Honduras.

78CMT. EL PACIENTE PROBLEMÁTICO EN MEDICINA Mauricio Rovelo. Médico Especialista en Psiquiatría, Postgrado en Bipolaridad, Depresión, Ansiedad. Hospital Psiquiátrico Santa Rosita; Instituto Hondureño de Salud Mental; Tegucigalpa, Honduras.

79CMT. OBESIDAD: PANDEMIA SIGLO 21. Dalio Gómez. Especialista en Cirugía General, Subespecialista en Cirugía Bariátrica. Hospital del Valle; Hospital Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Honduras.

80CMT. MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA DE LA OBESIDAD: UN ABORDAJE CONSCIENTE. Paola Vanessa Baca. Médico Especialista en Nutrición y Dietética Internacional; Especialidad en Nutrición Clínica. Hospital El Pilar; Nacaome, Valle.

La obesidad se define como la acumulación anormal o excesiva de tejido graso, siendo este más que un problema estético, el resultado de diferentes factores ya sean hereditarios, fisiológicos y del entorno, todo esto combinados con la dieta no saludable alta en ultra procesados y sedentarismo. Si bien el tratamiento siempre debe estar orientado a cambiar estilos de vida (dieta saludable y realizar actividad física) estos en la práctica nutricional tienen sus limitantes por lo tanto debe ser del entero conocimiento el abordaje farmacológico para tratar esta enfermedad. Siendo la indicación para utilizarlos tener un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 30 (obesidad) o IMC mayor a 27 con enfermedades concomitantes. En Honduras no contamos con una agencia que regule la aprobación de medicamentos, pero a nivel internacional los encargados en aprobar medicamentos son la FDA (Food and Drug Administration) y EMA (Agencia Europea de Medicamentos) que han aprobado para el manejo de obesidad: Orlistat, la combinación de bupropión y naltrexona de liberación prolongada y la liraglutida. Ahora bien, la FDA ha aprobado

además lorcaserina y combinación de fentermina y topiramato de liberación prolongada para el manejo de obesidad. De los arriba mencionados el tratamiento vigente debe estar orientado a la utilización de: derivados anfetamínicos de estos la fentermina y la anfepramona, inhibidores de las lipasas gástricas; Orlistat, análogos de las Incretinas liraglutida y semaglutida. La farmacología en obesidad busca facilitar el apego al tratamiento nutricional con pérdidas de peso para los pacientes mayores al 5% en los primeros 3 meses en pacientes respondedores.

81CMT. ¿POR QUÉ HONDURAS NECESITA UN BANCO DE OJOS? Doris Matilde Alvarado Alvarado. Médico Especialista en Oftalmología. Hospital de Especialidades San Felipe; Tegucigalpa, Honduras.

En el año 2014, se realizó la “Encuesta Nacional de Ceguera”, con el fin de identificar las principales causas de ceguera en la población hondureña y plantear estrategias para reducirlas. Como resultado, se identificó la Opacidad Corneal como una de las principales causas de ceguera, la cual se puede resolver con un trasplante de Córnea. Este procedimiento quirúrgico consiste en reemplazar la córnea dañada por una nueva obtenida de una persona que ha fallecido. Actualmente, Honduras realiza sus trasplantes de córnea gracias a las donaciones del Banco de Ojos de Estados Unidos; en el Hospital San Felipe se ha realizado más de 1,200 trasplantes entre el año 2012 y el 2019, no obstante, hay más de mil personas en la lista de espera. Instalar un Banco de Ojos significaría que los hondureños y hondureñas pueden donar este órgano al momento de su defunción, permitiendo que las personas puedan contar con corneas con un mejor conteo celular por estar frescas, resultando en un trasplante exitoso; también permitiría que el derecho a ver pueda ser accesible a toda la población mejorando su calidad de vida. Avances: 1983 Publicación Ley de Trasplantes y Extracción de Órganos y Tejidos, 2014 Reforma Ley de Donación y Trasplante Órganos Anatómicos, 2016 Alianza con Medicina Forense y se realizan estudios de Factibilidad y Entrenamiento, 2017 Iniciativa en el Congreso Nacional, 2018 asesoría técnica por parte de Sight Life a través del Director del Banco de Ojos para Latinoamérica, 2019 Formación Comité de Banco de Ojos cuya función es la instalación del Banco de Ojos y Plan Nacional para la Prevención de la Ceguera Corneal, 2020 se expresa la voluntad de ser donante en la tarjeta de identidad a través del RNP, 2021 Personería Jurídica del Banco de Ojos.

82CMT. ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA. Marcio Madrid. Médico General, MSc Salud Pública, PhD Nutrición. Hospital de Especialidades San Felipe; Tegucigalpa, Honduras.

83CMT. MANEJO DE FRACTURA EXPUESTA. Oscar Benítez. Especialista en Ortopedia, Subespecialista en Artroscopia, Cirugía Articular e Infecciones Óseas. CEMESA; San Pedro Sula, Honduras.

84CMT. AUDICIÓN, COGNICIÓN Y DEMENCIA. Lucas Zelaya. Médico Especialista en Audiología, Foniatría y Oto-Neurología. Hospital Escuela; Centro Audiológico Auris; Tegucigalpa, Honduras.

85CMT. LESIÓN DEL DEPORTISTA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. Oscar Benítez. Especialista en Ortopedia, Subespecialista en Artroscopia, Cirugía Articular e Infecciones Óseas. CEMESA. San Pedro sula, Honduras.

86CMT. APENDICETOMÍA DE CRESTA ILIACA: UN ABORDAJE ESTÉTICO. Álvaro Julián Funez. Médico especialista en Cirugía General, Laparoscopia, Cirugía Bariátrica; Abogado. Instituto Hondureño de Seguridad Social; Tegucigalpa. Honduras.

87CMT. MANEJO ACTUAL DEL DOLOR. Isaí Gutiérrez. Especialista en Neurocirugía, Subespecialidad Cirugía de Columna. Hospital Escuela; Hospital Honduras Medical Center; Tegucigalpa, Honduras.

88CMT. ETIOLOGÍA MULTIFACTORIAL EN GLAUCOMA. Karla Campbell. Especialista en Oftalmología; subespecialidad en Glaucoma. Hospital del Ojo; La Ceiba. Honduras.

89CMT. FIBROMIALGIA. Melvin Urbina Núñez. Médico especialista en Medicina de Rehabilitación, Postgrado en Manejo de Dolor. Centro de Rehabilitación Integral del Litoral Atlántico; Clínicas Medicentro; La Ceiba. Honduras.

La fibromialgia es un padecimiento caracterizado por dolor generalizado, con respuestas aumentadas a estímulos percibidos como nociceptivos y síntomas somáticos; el dolor es crónico, asociado o no a rigidez articular, habitualmente con fatiga, trastornos del sueño, síntomas asociados: disfunción temporomandibular, cefalea crónica, síndrome del intestino irritable, disfunción cognitiva y depresión. Cursa con anomalías bioquímicas, metabólicas, inmunorreguladoras y genéticas, carece de biomarcador y de evidencia de alteraciones de la conectividad funcional y química en el sistema de procesamiento cerebral del dolor. Afecta entre el 2.4% al 4.7% de la población general adulta, inicia principalmente en la edad media de la vida. Los factores de riesgo con mayor asociación para padecer esta enfermedad son: sexo: mujeres (4.2%) y 0.2% hombres; agregación familiar: un 18.5% de los familiares de primer grado sufrirán la enfermedad, con un riesgo que es 8.5 veces superior entre los familiares de pacientes con fibromialgia; dolor crónico: se ha encontrado una prevalencia elevada en pacientes con cefalea, dolor raquídeo recurrente y procesos inflamatorios crónicos; situaciones de estrés. En el contexto de la sensibilización central, en relación con la fibromialgia, la concentración de diversos neurotransmisores está elevada en comparación a controles sanos, típicamente la

sustancia P y el glutamato, los cuales activan a los receptores de N-metil-D- aspartato que promueven la transmisión del dolor. Los criterios diagnósticos: dolor en múltiples sitios definidos como 6 o más sitios dolorosos de un total de 8 posibles sitios, problemas moderados a severos del sueño o fatiga, Alteraciones cognitivas, sensibilidad exagerada, rigidez músculo esquelético. En cuanto al tratamiento se debe incluir manejo del sueño, nutrición adecuada, ejercicios aeróbicos, natación, terapias cognitivo conducta, fármacos. Resulta muy beneficioso para el paciente tener un buen conocimiento de su enfermedad y los recursos que puede utilizar para afrontarla, así como realizar intervenciones educativas como parte del tratamiento.

90CMT. CIRUGÍA MÍNIMA INVASIVA DE COLUMNA. Isaí Gutiérrez. Especialista en Neurocirugía, Subespecialidad Cirugía de Columna. Hospital Escuela; Hospital Honduras Medical Center; Tegucigalpa, Honduras.

91CMT. IMPLICACIONES LEGALES EN LA CONSULTA MÉDICA POR WHATSAPP. Álvaro Julián Funez. Médico especialista en Cirugía General, Laparoscopia, Cirugía Bariátrica; Abogado. Instituto Hondureño de Seguridad Social; Tegucigalpa. Honduras.

92CMT. LA IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN TEMPRANA EN EL CÁNCER INFANTIL. Sergio Daniel Quintanilla Almendarez. Médico especialista en Pediatría, subespecialista en Hemato-Oncología. Hospital General Atlántida; La Ceiba, Honduras.

El cáncer infantil es la segunda causa de muerte en niños mayores de un año en muchos países, superada solo por los accidentes. Cada año se diagnostican 300 000 niños con cáncer a nivel mundial, 29 000 de ellos viven en la región de América Latina y el Caribe. La mayoría de los casos diagnosticados en países de ingresos bajos y medianos (LMIC), como Honduras, se presentan de forma tardía, con enfermedad avanzada, lo que contribuye a los desafíos del tratamiento y reduce las posibilidades de supervivencia. El retraso en el diagnóstico de cáncer se reporta regularmente y es una fuente de remordimiento para los médicos y los padres y una de las principales causas de demandas por mala práctica. Grandes intervalos de tiempo desde el inicio clínico de la enfermedad hasta el inicio de tratamiento, permite la progresión de la malignidad hacia etapas más avanzadas y difíciles de tratar.

Se han observado diversos factores que causan retraso en la detección de cáncer infantil, entre ellos los aspectos culturales (las falsas creencias acerca de cáncer, recursos limitados, uso de medicina alternativa), retraso médico en la referencia oportuna, factores sociales y culturales, el tipo y la biología del tumor, y otros retos imprevistos, como la pandemia por COVID-19. En Honduras, se demostró el impacto positivo de un programa de educación sobre detección temprana de retinoblastoma, disminuyendo el diagnóstico tardío de un 73% a un 35 % después de su implementación. Es necesario realizar los esfuerzos para mejorar el diagnóstico temprano de cáncer, mediante estrategias estatales, y la formación sobre el cáncer infantil en los planes de estudios de las instituciones de formación médica, para ofrecer mejor supervivencia, diagnóstico en etapa más temprana y mejor calidad de vida.

93CMT. EMERGENCIAS OFTALMOLÓGICAS Y SU MANEJO POR EL MEDICO GENERAL. Diego Alberto Bueso Ponce. Médico especialista en Oftalmología, Subespecialista en Retina y Vítreo. Hospital Oftalmológico Ponce; Hospital General Atlántida; La Ceiba, Honduras.

Las emergencias en oftalmología son sucesos repentinos con riesgo de pérdida visual irreversible que requieren atención inicial inmediata para evitar secuelas permanentes. En muchas ocasiones deben ser abordadas, diagnosticadas y atendidas inicialmente por un médico interno, social o general en un servicio de emergencia en hospitales o centros de salud. El objetivo de la charla es realizar un breve repaso de las emergencias más comunes que atentan contra la salud visual de los pacientes y presentar protocolos o recomendaciones de abordajes terapéuticos esenciales para que todo medico pueda manejar de manera oportuna y exitosa un paciente antes de ser referidos a un oftalmólogo.

94CMT. EVALUACIÓN Y MANEJO DE TINITUS. Lucas Zelaya. Médico Especialista en Audiología, Foniatría y Oto-Neurología. Hospital Escuela; Centro Auditivo Auris; Tegucigalpa, Honduras.

95CMT. HIPERURICEMIA Y ARTRITIS GOTOSA. Helga Codina. Especialista en Medicina Interna, Subespecialista en Reumatología. Instituto Hondureño de Seguridad Social; Hospital Honduras Medical Center; Tegucigalpa Honduras.