

# PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL SANTA ROSA DE COPÁN 2023

## RESÚMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES

**1C. PRESENTE Y FUTURO DE LA MEDICINA EN HONDURAS.** Manuel Sierra. Médico, Máster en Salud Pública y Epidemiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

La transición epidemiológica tardía que experimenta Honduras se manifiesta por un patrón de morbilidad y mortalidad causado por enfermedades infecciosas; enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT); y lesiones de causa externa (sobre todo heridas por arma de fuego y accidentes viales). El país enfrenta una grave crisis de salud mental, con altos índices de consumo y abuso de alcohol y drogas, violencia, depresión y suicidios. En 2013, la Secretaría de Salud (SESAL) implementa el “Modelo Nacional de Salud”, iniciando un proceso de reforma que generó una crisis en el sector salud, al eliminar programas tradicionales, derivando las funciones técnicas y administrativas hacia las Regiones de Salud y desarrollando modelos descentralizados en la gestión de hospitales e incluso en la prestación de servicios. El costo oneroso de la pandemia sobre el presupuesto de la SESAL, se tradujo en una derivación total de recursos humanos y financieros para atender COVID-19 y para pagar la factura por la compra de vacunas, desatendiendo todos los servicios regulares, produciendo un retroceso en indicadores claves de la SESAL como: mortalidad infantil, mortalidad materna, atención de ECNT, coberturas de vacunación, etc. La compra de medicamentos e insumos que funcionaba eficientemente, mediante un fideicomiso suscrito entre SESAL y Banco de Occidente, fue derogado súbitamente en 2022, produciendo una gran escasez nacional de medicamentos que aún en el 2023 no se ha superado. El Sistema Nacional de Protección Social fue eliminado el 2022, produciendo grandes vacíos en la seguridad social y en los programas de protección, sin que hasta la fecha se haya presentado una mejor alternativa. Ya es tiempo que Honduras tenga un Instituto de Salud Pública, desconcentrado, despolitizado, que forme recursos interdisciplinarios y que acompañe a la SESAL, como brazo técnico, en la resolución de los múltiples problemas de salud del país.

**2C. ISTMOCELE: UN GRAN PROBLEMA OBSTÉTRICO CON SERIAS CONSECUENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS.** Yoísis Verrier. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Facultad “Calixto García”, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

El istmocele hace referencia al defecto iatrogénico de la cicatriz de cesárea, por pérdida de continuidad miometrial en la pared uterina anterior del sitio de histerotomía. Para su diagnóstico se requiere una alta sospecha en pacientes con manchado pos-

menstrual, dolor pélvico e infertilidad, asociado al antecedente de cesárea. Los factores de riesgo incluyen alteraciones de la cicatrización, inflamación, formación de adherencias, infecciones post-operatorias, duración del trabajo de parto, estación de la presentación, nivel de la incisión de histerotomía, pero el principal es múltiples cesáreas. Los factores protectores incluyen la sutura de monofilamento, por su impacto positivo en la curación de la herida e incremento del grosor miometrial, y la sutura en dos planos sin cruzar, que minimiza el riesgo de delgadez del miometrio residual. La presencia de dismenorrea, dolor pélvico y dispareunia establecen una relación directa con el tamaño de la lesión. Se ha reportado su asociación con infertilidad, pues la presencia de restos hemáticos o acúmulo de líquido periovulatorio en el defecto aumentan la densidad del moco cervical, alterando la calidad de los espermatozoides, obstruyendo su transporte y dificultando la implantación. Además, favorece el desarrollo de complicaciones como placenta previa, acretismo placentario, rotura uterina y embarazo ectópico. No existe estándar de oro para diagnóstico, pero se sospecha cuando hay presencia de una hendidura de al menos 2mm de profundidad en el sitio de la cicatriz de cesárea. Existen alternativas como ecografía, histerosalpingografía, histerografía, histeroscopia y resonancia magnética. El tratamiento incluye el manejo médico o quirúrgico. La corrección por histeroscopia está indicada en mujeres sintomáticas, istmoceles grandes o casos de infertilidad. Cuando hallazgo incidental, lo ideal es la observación. El tratamiento depende de la gravedad de los síntomas, la clasificación del istmocele y el deseo de concepción. La medicina personalizada se impone ante los retos y estándares de salud actuales.

**3C. LA PREECLAMPSIA: UN DESAFÍO MATERNO-PERINATAL.** Yoísis Verrier. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Facultad “Calixto García”, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

La hipertensión afecta entre en 5 y 10% de los embarazos. Su prevalencia ha ido en ascenso debido al aumento de enfermedades cardiometabólicas en mujeres en edad fértil. Es la segunda causa de mortalidad materna y un importante factor de morbilidad materna y fetal por lo que es un tema de gran relevancia en nuestra especialidad. En la actualidad se sabe que las mujeres que desarrollarán preeclampsia evidencian un trastorno de la placenta que se caracteriza por un desequilibrio de factores angiogénicos y antiangiogénicos. Se abordará la clasificación de los trastornos hipertensivos, las nuevas estrategias de predicción, prevención de la preeclampsia, y manejo de esta patología en base a la mejor evidencia disponible.

#### **4C. INTERVENCIÓN NUTRICIONAL Y CONTROL GLICÉMICO, UNA EXPERIENCIA CLÍNICA.** Óscar Badilla Barboza. Médico Especialista en Endocrinología, Máster en Nutrición Clínica, San José, Costa Rica.

La diabetes es una enfermedad cada día más prevalente y trae consigo complicaciones macro y microvasculares. El algoritmo del manejo clínico de esta enfermedad incluye un abordaje nutricional, actividad física y medicamentos. La nutrición es un pilar esencial en el manejo de las personas con diabetes, y en estudios clínicos ha demostrado beneficio en valores glicémicos, de presión arterial y parámetros corporales, por ende, siempre debe de incluirse en el manejo de esta enfermedad. Las formulaciones específicas para personas diabéticas se han convertido en la actualidad en herramientas eficaces y prácticas en el manejo de las personas con diabetes. Se han llevado a cabo múltiples estudios sobre el impacto de estas formulaciones en el control glicémico, y aún más, el impacto que tiene sobre el monitoreo continuo de glucosa y el tiempo dentro del rango glicémico, así como la variabilidad glicémica de estas personas al utilizar las formulaciones específicas para diabetes. Se llevó a cabo una experiencia clínica a nivel local, utilizando estas formulaciones y monitoreo continuo de glucosa, buscando como objetivos aumentar el tiempo dentro del rango, disminuir tiempo de hipo e hiperglicemia, así como disminuir variabilidad glicémica, utilizando intervención nutricional. Se realizó un historial clínico de la persona y un monitoreo continuo de glucosa basal, el cual demostró tiempos de hiperglicemia e hipoglicemia con alta variabilidad glicémica en los tiempos de cena, por dicho motivo, se decidió realizar la intervención con formulaciones en este periodo, luego de 4 semanas de intervención nutricional se logró disminución tiempo de hipoglicemia en 9%, disminución de variabilidad glicémica 12%, incremento tiempo en rango en 8%, tiempo en hiperglicemia 10% y reducción de los requerimientos de insulina en un 44%.

#### **5C. IMPACTO DEL SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA SALUD FEMENINA.** Oscar Badilla Barboza. Médico Especialista en Endocrinología, Máster en Nutrición Clínica, San José, Costa Rica.

La obesidad es una enfermedad crónica, que se asocia a múltiples patologías, como son: enfermedad cardiovascular, dislipidemia, enfermedad obstructiva crónica, esteatosis hepática metabólica, reflujo gastroesofágico, cáncer, incontinencia urinaria, artrosis de rodillas y caderas, hiperuricemia, enfermedad vascular periférica, síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 2 y síndrome de ovario poliquístico, entre otras. En las mujeres incrementa fuertemente el riesgo de presentar síndrome de ovario poliquístico y síndrome metabólico. El síndrome metabólico está presente en un 20 a 25% de la población adulta, según la Federación Internacional de la Diabetes, y el estar presente en una persona incrementa 3 veces la probabilidad de sufrir un infarto al miocardio o accidente cerebrovascular, y cinco

veces más el riesgo de tener diabetes mellitus tipo 2. Además, el síndrome metabólico incrementa en riesgo cardiovascular, la mortalidad cardiovascular y la mortalidad por cualquier causa. Con respecto al síndrome de ovario poliquístico, puede estar presente en un 15 al 25% de las mujeres en edad fértil, está asociado fuertemente a la obesidad y la resistencia a la insulina. Las personas con síndrome de ovario poliquístico pueden presentar disfunción ovárica, irregularidad menstrual, oligomenorreas, amenorreas y ciclos anovulatorios e hiperandrogenismo. La obesidad requiere un manejo integral, siendo siempre el pilar, los estilos de vida saludable, alimentación balanceada y actividad física. Muchas personas van a requerir la utilización de medicamentos para control de peso y cirugía bariátrica, cuando esté indicada. Pérdidas de peso de un 2.5% de su peso basal, pueden presentar beneficios a nivel glicémico y el síndrome del ovario poliquístico, logrando mejores resultados con pérdidas de 5 a 10% de su peso basal.

#### **6C. IMPACTO EN EL EMBARAZO Y EFECTOS EN EL NEURODESARROLLO DE LOS FÁRMACOS ANTIEPILÉPTICOS.**

Jordana Zalcman. Médico Especialista en Neurología. Ciudad de Panamá, Panamá.

Las decisiones terapéuticas en epilepsia son complejas. La selección del fármaco anticrisis ideal debe tomar en cuenta factores relacionados con la eficacia, pero sin dejar de lado el perfil de seguridad de cada una de las terapias. Particular interés denotan la selección de los fármacos anticrisis durante el embarazo, dadas las implicaciones que los mismos pueden tener en la posibilidad de malformaciones congénitas mayores e impacto en el neurodesarrollo en los hijos de madres expuestas. Los fármacos anticrisis para el tratamiento de epilepsia se encuentran entre los teratógenos más recetados. Aunque nuestro conocimiento de la teratogénesis se ha incrementado en las últimas dos décadas, los riesgos de exposición fetal son conocidos solo para un pequeño porcentaje de fármacos antiepilépticos. La posibilidad de efecto teratogénico depende de las dosis utilizadas, por lo que comprender los riesgos de una mayor exposición puede orientar el manejo del tratamiento en mujeres epilépticas. Se ha demostrado efectos cognitivos/conductuales e impacto en el neurodesarrollo en hijos de madres expuestas a fármacos anticrisis durante el embarazo. En esta conferencia, se abordan distintos tópicos relacionados con el manejo de la epilepsia en la mujer, se analizan los resultados provenientes de diversas publicaciones, que comparan el neurodesarrollo de niños de madres expuestas versus mujeres sanas y se evalúa la asociación de la exposición a fármacos anticrisis, en función de los niveles plasmáticos y las dosis de los fármacos con los efectos neurodesarrollo en niños. La selección adecuada del fármaco anticrisis en mujeres epilépticas embarazadas repercute, no solo en la posibilidad o no del desarrollo de malformaciones congénitas mayores, sino también puede impactar diversos parámetros del neurodesarrollo de los hijos de mujeres expuestas.

**7C. COMO PRACTICAR LA PROACTIVIDAD EN EL MANEJO DEL ASMA.** Juliana Beltrán. Médico Especialista en Alergología e Inmunología. Ciudad de Panamá, Panamá.

El asma es una enfermedad crónica con manifestaciones clínicas variables que reflejan el estado inflamatorio de la vía aérea de estos pacientes; si bien los síntomas agudos como tos, disnea, despertares nocturnos y episodios sibilantes hablan de la falta de control de los pacientes, es importante resaltar que dicho control se logra en el 44% de los pacientes que usan terapia necesidad o PRN vs 70% en el caso de los pacientes que usan terapia proactiva diaria. La terapia proactiva tiene un racional biológico que busca impactar el componente inflamatorio que subyace incluso cuando los pacientes no tienen síntomas evidentes pero que de manera acumulativa derivan en episodios de exacerbación que obligan al uso de terapias rescatadoras como el salbutamol, el cual cuales per se, no implica un riesgo de mortalidad o severidad pero que si reflejan de manera indirecta la falta de control y la necesidad de una terapia más agresiva o una estrategia que impacte la inflamación y no solo los síntomas. Si a esta situación le sumamos que un número importante de pacientes son malos perceptores de la severidad de sus síntomas y por consiguiente de la necesidad o no de usar terapia la terapia diaria proactiva tiene un racional fisiopatológico y clínico y de salud que aborda de una manera integral el manejo del asma.

**8C. PSICOFARMACOLOGÍA EN EL EMBARAZO Y LACTANCIA: UN DESAFÍO PARA EL MÉDICO.** Alex Jehovany Alcerro Meléndez. Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Psiquiatría, Hospital Juan Manuel Gálvez, Gracias, Lempira, Honduras.

En las últimas dos décadas se han venido haciendo grandes esfuerzos en cuanto al estudio sobre la seguridad de los anti-depresivos con respecto al riesgo de teratogénesis, síndromes perinatales, complicaciones posnatales del neurodesarrollo y lactancia. La metodología de los estudios tiene limitaciones y la conclusión provisional es que el riesgo de efectos secundarios de los antidepresivos es bajo y su uso está justificado en el embarazo, siempre que exista una indicación clínica. En un estudio prospectivo realizado en Suecia que incluyó una muestra de 969 casos de exposición prenatal a antidepresivos incluyendo citalopram (375 casos), paroxetina (122 casos), sertralina (33 casos) y fluvoxamina (16 casos), las tasas de complicaciones perinatales y teratogenia fueron similares a la de la población general que es de 2 a 4%. Se sabe que la depresión y la ansiedad son los problemas de salud mental más comunes durante el embarazo, con alrededor del 12% de las mujeres experimentando depresión y el 13 % experimentando ansiedad. La psicosis posparto afecta entre 1 y 2 de cada 1000 mujeres que han dado a luz. Las mujeres con trastorno bipolar tipo I tienen un riesgo particular, pero la psicosis posparto puede ocurrir en mujeres sin antecedentes psiquiátricos. Amamantar se puede transformar en una penosa carga para madres que atraviesan

una depresión o un episodio maniaco durante el embarazo o puerperio. La fertilidad en las mujeres con trastornos mentales graves está aumentando y con ello consecuencias como: retraso del crecimiento intrauterino, prematuridad, muerte fetal, tabaquismo y abuso de sustancias, deficiencias nutricionales y obesidad. Por todo ello es imperativa la actualización del médico clínico-basada en la evidencia científica en este campo, para salvaguardar la vida de la madre y el niño.

**9C. LA ABLACIÓN TÉRMICA: ALTERNATIVA PARA EL MANEJO DE LESIONES INTRAEPITELIALES DEL CÉRVIX, EN PAÍSES EN DESARROLLO.** Miguel Ángel Crespín Beltrán. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Diplomado en Patología Cervical, Liga Contra el Cáncer, San Pedro Sula, Honduras.

La termocoagulación o ablación térmica es una alternativa ambulatoria, económica y fácil de utilizar; a diferencia de la crioterapia, que utiliza bajas temperaturas para destruir el tejido, la termocoagulación utiliza altas temperaturas, con menos efectos adversos. El dispositivo funciona con electricidad conectado hacia una fuente de energía estándar, lo cual no representa costos altos y es fácil de transportar está optimizado para su uso en entornos de bajos recursos, cuenta con una única sonda térmica, que es alimentada a través de baterías recargables que ofrecen suficiente energía para brindar en promedio 20 tratamientos al día por 7 días; protege las paredes vaginales usando una barra deslizante para protección contra el calor que recubre la sonda y tiene incorporada una luz LED sobre la sonda térmica para favorecer la visualización de la zona a tratar. Chen et al utilizaron pechugas de pollo como sustituto del tejido cervical humano y encontraron una profundidad media de necrosis de 3.75 mm después de la termoablación con el dispositivo a 100°C durante 20 segundos, pero la profundidad media de necrosis aumentó a 3.9 mm y 4.7 mm después de usar aplicaciones de 30 y 40 segundos, respectivamente. La estandarización del protocolo óptimo de termoablación es fundamental para obtener resultados reproducibles e intervenciones exitosas. Se revisaron 23 artículos realizados en países de bajos ingresos donde se trataron con este método en 10995 pacientes con NIC II y 6371 con NIC III logrando una tasa de curación de 93.8%. La OMS en su guía para el manejo de la ablación térmica como recomendación acepta el uso de este método en pacientes con diagnóstico de NIC II (+) utilizando un tiempo de 30 segundos con una sonda que cubra toda la zona de transformación.

**10C. CANDIDIASIS VAGINAL: CUANDO LA RECURRENCIA ES EL PROBLEMA.** Miguel Ángel Crespín Beltrán. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Diplomado en Patología Cervical, Liga contra el Cáncer, San Pedro Sula, Honduras.

Se define a la candidiasis vulvovaginal recurrente (CVVR) como la presencia de cuatro o más episodios al año. Su mayor prevalencia es en mujeres entre los 25 y 34 años. Se le

considera una enfermedad multifactorial, donde la microbiota vaginal desequilibrada, factores predisponentes del huésped, la genética, y las diversas cepas de *Candida*, incluyendo especies no *albicans*, probablemente favorecerán el inicio y recurrencia de la enfermedad. Los factores predisponentes más estudiados son: el embarazo (donde los elevados niveles de estrógeno favorecen la adherencia de *Candida* a la pared vaginal), los anticonceptivos hormonales, la terapia de reemplazo hormonal, los antimicrobianos, la inmunosupresión, la ropa ajustada y toallas perfumadas. La formación de biopelícula es de suma importancia en la CVVR, pues confiere al hongo mayor capacidad de adherencia a la mucosa y resistencia a los antimicóticos, por lo que es imperativo eliminar el exopolímero que contiene a los microorganismos en la biopelícula, para que el antimicótico pueda ejercer su efecto. En relación con el diagnóstico, el síntoma subjetivo de la paciente no tiene valor predictivo práctico, ya que el síntoma más específico, el prurito, solo prevé correctamente en 38% de las pacientes, por lo que es indispensable la clínica: secreción blanca y espesa, pH normal, y cultivo con antifungograma para determinar la especie causante del problema, descartando siempre una patología de base. El tratamiento óptimo no está establecido, pero se debe eliminar siempre la biopelícula con clindamicina para que el antimicótico pueda ejercer su efecto, con una dosis de supresión con fluconazol 150 mg cada 3 días por 5 dosis y luego una dosis de mantenimiento hasta por 6 meses.

**11C. ACTUALIDAD EN NEUROCIRUGÍA ENDOSCÓPICA.** Osly Javier Vásquez Ávila. Médico Especialista en Neurocirugía, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

El uso de la endoscopia en neurocirugía ha tenido un desarrollo acelerado a nivel mundial, en nuestro país comenzó en el 1996 con la resección de un quiste de neurocisticercosis intraventricular en el Hospital Nacional de San Pedro Sula. En el 2001 se comenzó en Tegucigalpa con los primeros casos de tercer ventriculostomía para hidrocefalia congénita. En julio del 2005 se comenzó con la cirugía endoscópica de hipófisis. En el año 2012 se realizó la exéresis del primer tumor de ángulo pontocerebeloso vía endoscópica. En el 2014 se inició con el abordaje de quistes aracnoideos con abordaje mínimo, resección de craneofaringiomas, clipaje de aneurismas y otras patologías. Desde el 2011 hasta junio del 2023 se han realizado 151 procedimientos neuroendoscópicos: 9 tercer ventriculostomías, 92 resecciones de adenomas de hipófisis; 1 clipaje de aneurisma; 2 resecciones de craneofaringiomas, 1 resecciones de tumores del ángulo pontocerebeloso; 6 tumores intraventriculares y 3 comunicaciones de quistes aracnoideos. La experiencia adquirida durante 18 años nos ha permitido desarrollar técnicas endoscópicas universales con resultados clínicos favorables que permiten una rápida recuperación, menor estadía hospitalaria y menor riesgo de déficit neurológico.

**12C. ALTERNATIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS A NIVEL DE LA SEGUNDA VERTEBRA CERVICAL.** Osly Javier Vásquez Ávila. Médico Especialista en Neurocirugía, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

Antes del año 2006 las fracturas de la segunda vértebra cervical eran tratadas con ortesis externa, como halo VEST o collar cervical. En el 2006 realicé la primera cirugía en el país (fractura grado II de odontoides), el paciente fue operado en hospital privado debido a la carencia de fluoroscopio en el Hospital Escuela en ese momento. A partir de entonces todos los pacientes con fracturas de odontoides y espondilolistesis traumática del axis que cumplen criterios quirúrgicos son operados. Hasta agosto del 2023 hemos operado 31 pacientes, 3 femeninas y 28 masculinos, 23 pacientes con fractura de odontoides y 8 pacientes con fractura de pedículo de C2 (fractura del ahorcado), 59% por accidente de tránsito, 15% por precipitación y 26% por agresión. No hubo mortalidad ni complicaciones. El tiempo de estadía post-operación es de 1 día. La experiencia adquirida durante 18 años nos ha permitido desarrollar la técnica quirúrgica, acortar el tiempo quirúrgico, la estadía hospitalaria y la incorporación temprana al trabajo.

**13C. MAMOPLASTIA DE AUMENTO.** Emerson Gabriel Medina Madrid. Médico Especialista en Cirugía General y Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital Atlántida, La Ceiba, Honduras.

En la actualidad la mamoplastia de aumento es uno de los procedimientos más comunes realizados por los cirujanos plásticos en la práctica diaria. El objetivo de nuestra conferencia es proporcionar a los médicos la información básica para que puedan orientar mejor a sus pacientes con inquietudes de realizarse dicha cirugía. Como sabemos existen diferentes maneras de lograr un aumento mamario; nosotros nos enfocaremos a describir la mamoplastia de aumento con implantes y el otro con injerto autólogo de grasa; ya que estos son los procedimientos con más alta demanda por parte de los pacientes; exponiendo las ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones; para obtener un resultado satisfactorio tanto para el médico como para el paciente.

**14C. ASFIXIA NEONATAL.** José Andrés González, médico especialista en pediatría con subespecialidad en Neonatología, Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras.

**15C. ENFRENTANDO LA SEPSIS NEONATAL: AVANCES Y DESAFÍOS EN EL CUIDADO DE LOS RECIÉN NACIDOS.** Mario Rolando Torres Madrid. Médico Especialista en Pediatría y Neonatología; Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Valle de Sula. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Pediatric Center, San Pedro Sula, Honduras.

La sepsis neonatal es una infección grave que afecta a los recién nacidos en las primeras semanas de vida. Es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en neonatos y

representa un desafío para los sistemas de salud. A nivel mundial, se estima que cada año se producen alrededor de 3 millones de casos de sepsis neonatal, lo que resulta en más de 200.000 muertes. La incidencia de sepsis neonatal varía según la región geográfica y el nivel de desarrollo del país. En los países de bajos ingresos, la tasa de sepsis neonatal es significativamente mayor que en los países de altos ingresos. La sepsis neonatal puede ser causada por diferentes tipos de bacterias, virus y hongos. Las infecciones pueden ocurrir durante el parto, por contacto con la madre o el personal médico, o después del parto por exposición a microorganismos en el ambiente hospitalario. Los recién nacidos, de bajo peso al nacer o con problemas de salud subyacentes, son más susceptibles de desarrollar sepsis neonatal. El diagnóstico de sepsis neonatal se basa en la evaluación clínica del recién nacido, así como en pruebas de laboratorio como análisis de sangre, hemocultivos y líquido cefalorraquídeo. Los síntomas de la sepsis neonatal pueden variar, pero los más comunes incluyen fiebre o hipotermia, dificultad para respirar, apnea, letargo, irritabilidad, dificultad para alimentarse y coloración anormal de la piel. El tratamiento de la sepsis neonatal generalmente implica la administración de antibióticos intravenosos para combatir la infección. Los medicamentos se seleccionan según los posibles patógenos causantes de la infección y se ajustan según los resultados de los cultivos bacterianos.

**16C. EL IMPACTO DE LA EVALUACIÓN FORMATIVA EN LA EDUCACIÓN MÉDICA.** Jhiamluka Zservando Solano. Médico Especialista en Medicina Interna, Máster en Educación Médica, Scunthorpe General Hospital, Reino Unido.

La evaluación formativa promueve resultados de aprendizaje importantes para el desarrollo profesional de los médicos en formación en todos los niveles académicos. Estos resultados incluyen los procesos de autorregulación y desarrollo de habilidades de aprendizaje efectivas que se usarán durante toda la vida profesional. Los estudiantes que desarrollen estas habilidades se vuelven aprendices efectivos, por lo cual el diseño de programas de formación médica que poseen esta metodología suelen ofrecer procesos de aprendizaje mejorados y altamente competitivos. El eje central de la evaluación formativa es la retroalimentación, una herramienta para identificar brechas de conocimiento, y en la educación médica juega un rol fundamental en cualquier proceso formativo. A través de ella se logra el desarrollo de competencias que luego irán a mejorar las experiencias de los pacientes durante su atención a través de profesionales competentes. En el proceso de evaluación de competencias, esta se sitúa en los últimos dos escalones de la pirámide de Miller. Debido a esto es importante resaltar la importancia que tiene la retroalimentación efectiva durante el proceso de formación. En la actualidad, nuestra educación médica carece de estas metodologías debido al lento desarrollo de

esta disciplina en el país. Esto se debe a las barreras culturales apegadas a métodos tradicionales de enseñanza centrados en los docentes. Sin embargo, existen abordajes que se pueden implementar para superar barreras culturales, pero también, económicas, como la creación de departamentos de Educación Médica en facultades de Medicina y hospitales públicos con el propósito de estudiar el comportamiento educativo de los estudiantes y el rendimiento pedagógico de los docentes. También, estos departamentos son encargados de la creación de programas de formación docente integrando a educadores desde sus primeras etapas de formación médica y evalúan constantemente los modelos curriculares utilizados con el fin de crear procesos sostenibles de mejorar e innovación educativa.

**17C. EL ARTE DE DAR MALAS NOTICIAS: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA.** Jhiamluka Zservando Solano. Médico Especialista en Medicina Interna, Máster en Educación Médica, Scunthorpe General Hospital, Reino Unido.

Cada año, millones de pacientes son diagnosticados con enfermedades catastróficas como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, reumáticas y metabólicas. De igual forma, a diario en los centros de atención se dan resultados catastróficos o fatales a complicaciones agudas de diferentes enfermedades. Todo esto parte de la evolución natural de la enfermedad. A pesar de ser algo cotidiano en el día a día de un profesional de la salud, estos eventos suelen marcar hitos históricos en las vidas de los pacientes y sus familias. Es importante reconocer la importancia de utilizar comunicación efectiva para este fin. Toda información es considerada mala noticia cuando cambia la percepción que tiene un paciente sobre su futuro, tornándolo negativo. Debido a esto es importante reflexionar sobre los procesos formativos para que nuestros profesionales desarrollen las habilidades de comunicación necesarias para poder dar una mala noticia, considerando la importancia de crear un ambiente que ofrezca al paciente y sus familiares comprender y asimilar la información para poder sobrellevar los retos que un nuevo diagnóstico puede acarrear. Existe una serie de habilidades que los profesionales de la salud deben desarrollar para poder abordar el proceso de dar una mala noticia: la habilidad de responder a la respuesta emocional del paciente, involucrar al paciente en la toma de decisiones, manejar el estrés creado por la esperanza de una cura, involucrar a los familiares y afrontar el dilema de dar esperanza cuando el pronóstico es pobre. Dar malas noticias y saber hacerlo es importante: los pacientes quieren y merecen la verdad, además de los imperativos legales y éticos. Por ello, es importante que existan procesos formativos que instruyan a los profesionales de salud a entender abordajes como el SPIKES, PEWTER o ABCDE, diseñados para facilitar este proceso desafiante pero necesario y frecuente en nuestra práctica clínica.

**18C. EVALUACIÓN INTEGRAL DEL PIE DIABÉTICO: ENFOQUE ORTOPÉDICO.** Vernon Santiago Hernández Villela. Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología, y en Reconstrucción de Deformidades de Extremidades Inferiores; Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

El pie diabético constituye uno de los elementos principales del cuidado de estos pacientes. Las lesiones más habituales a este respecto son las úlceras, con o sin infección, y la gangrena, siendo mucho menos frecuentes la neuroartropatía de Charcot y el edema neuropático. Las amputaciones en pacientes diabéticos son 15 veces superior a la de la población general. El llamado «pie diabético» es el resultado de la coexistencia de neuropatía, vasculopatía (que favorecen la aparición de lesiones hísticas) e infección, y puede progresar a situaciones tan graves como la gangrena. Constituye, por tanto, una importante causa de morbimortalidad en los pacientes diabéticos, incluso puede llegar a ocasionar situaciones invalidantes como consecuencia de las cirugías realizadas (amputación), o incluso la muerte. Se estima que aproximadamente un 15% de los pacientes con diabetes desarrollará una úlcera en el pie o en la pierna en el transcurso de la enfermedad. La gangrena es mucho más frecuente en estos pacientes que en la población general. La neuropatía diabética incluye la pérdida motora, de sensibilidad y afeción autónoma. La neuropatía motora afecta a todos los músculos del pie, lo que da lugar a deformidades articulares que inducen a un cambio de presión sobre determinada superficie plantar, concentrándose principalmente sobre las cabezas de metatarsianos y el talón, se estimula la formación de callosidades, que serán las precursoras de las ulceraciones. La enfermedad vascular periférica contribuye a la formación de muchas úlceras en el pie diabético. Es frecuente que las infecciones del pie no se detecten en un paciente diabético hasta que el estado sea muy avanzado, El primer signo puede ser la pérdida de control de la glucemia o una gripe. La infección puede ser superficial o profunda y puede afectar incluso al hueso (osteomielitis) y comprometer la viabilidad del miembro.

**19C. EVALUACIÓN INTEGRAL DEL PIE DIABÉTICO: ENFOQUE VASCULAR.** Melvin Geovanni Castillo Zavala. Médico Especialista en Cirugía General y Cirugía Vascular, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS); Honduras Medical Center; Centro de Arritmias, Cardiología y Cirugía Endovascular (CARDIOVASC). Tegucigalpa, Honduras.

La patología del pie es uno de los elementos principales del cuidado de los pacientes diabéticos. Las lesiones más comunes son las úlceras, con ó sin infección y la gangrena. Menos frecuentes son la neuro-artropatía de Charcot y el edema neuropático. La tasa de amputaciones en diabéticos es mayor de 15 veces a la población general. Los factores responsables de la lesión, en la mayoría de los casos, pueden ser evitados con un correcto adiestramiento del paciente. Además, un diagnóstico precoz y el correcto tratamiento de la lesión pueden mantener la integridad del pie, evitando gran número de amputaciones.

Esta condición es el resultado de la coexistencia de neuropatía, vasculopatía e infección, y puede progresar a situaciones tan graves como la gangrena. Constituye una importante causa de morbimortalidad en los pacientes diabéticos, e incluso puede llegar a ocasionar situaciones invalidantes como consecuencia de las técnicas quirúrgicas empleadas (amputación), o incluso la muerte. Aun así, el pie diabético es la complicación crónica de la diabetes de más sencilla y fácil prevención. El manejo del paciente con pie diabético es multidisciplinario. Endocrinología, neurología, cirugía vascular, ortopedia, cirugía plástica son algunas de las especialidades generalmente involucradas en este proceso. La evaluación vascular incluye una anamnesis detallada y oportuna, determinar factores de riesgo modificables y no modificables, inspección de pies y piernas, palpar la calidad de los pulsos de miembros inferiores. Se valora la sensibilidad y la propiocepción. Se incluye laboratorio vascular como el estudio Doppler Dúplex arterial y la toma del Índice Brazo Tobillo y en casos seleccionados una angiotomografía de miembros inferiores para identificar zonas de estenosis y oclusión por placas de ateroma. Después de valorar la condición clínica y los estudios de imagen se determinará la necesidad de revascularizar la extremidad ya sea vía endovascular con angioplastia o por técnica abierta.

**20C. GEO SALUD Y APS.** Engels Alexis Sandoval. Médico Máster en Epidemiología, Centro Integral en Salud, Dolores, Copán, Honduras.

La implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en un país constituye uno de los lineamientos más importantes para el sector salud, define un conjunto de políticas, componentes, sistemas, dimensiones, procesos e instrumentos que operando coherentemente mejoran la calidad de los servicios, incrementan la participación ciudadana e introduce su corresponsabilidad, optimiza la utilización de los recursos y satisface en mayor medida las necesidades de salud. Los componentes de dicha Estrategia que hacen viable la operación y desarrollo de un Sistema Integral en salud son los siguientes: Organización, Provisión, Gestión, Financiamiento. Dentro del Componente de Organización el primer paso y el más importante es La Sectorización del ámbito de intervención, implica la división del territorio, asignación de población, asignación de personal responsable por sector, al menos en las zonas de mayor riesgo, y planificación de actividades integrales por responsables de sector. La división del territorio se define por zonas según codificación del INE (barrios y colonias) en el área urbana y en comunidades o caseríos en el área rural. El no contar con un sistema de localización geográfica y con una visión territorial para la planificación estratégica del encuentro dinámico entre la demanda y la oferta en salud, en pleno siglo XXI, es reflejo de un sistema con atraso estratégico y tecnológico. Actualmente se tienen geo-referenciados todos (o la mayoría) de los centros de atención en salud y de la seguridad social, además que se cuenta con sistemas de información geográfica gratis algunos paquetes con código abierto y otros con pagos

de licencia, contamos con un buen grupo de desarrolladores informáticos saliendo de la universidad y en el mercado nacional, lo que nos falta es la voluntad política para la integración de esta información y ponerla a disposición de los servicios de salud.

**21C. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN INTEGRADA.** Fernando Ponce, Licenciado en Informática, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

El país cuenta con un sistema de salud fragmentado. La Secretaría de Salud que es financiado por impuestos en su mayoría, El IHSS, que es financiado por los asegurados cotizantes, y además tenemos el sistema de salud privado entre otras que es pagado por el bolsillo de los usuarios o en algunos casos seguros de salud privados. Ante esta situación el sistema de información del sector salud, no está integrado, son islas de información que no responde a la necesidad que tiene el país para proponer políticas públicas, o estrategias de mejora en la prestación de servicios de salud públicos y para la regulación de los servicios privados. Como resultado el país no cuenta con información del perfil epidemiológico de su población basado en evidencia y más aún no sigue un protocolo de atención estandarizado de parte de la rectoría del Sector. Ante la ausencia de un sistema de información en salud integrado, Honduras, tiene una gran debilidad en este sector, carece de una base de datos de país que contenga la casuística de enfermedades crónicas degenerativas, enfermedades catastróficas, enfermedades transmisibles, que son las razones por las cuales la población demanda servicios, La planificación de compra de medicamentos no se está programando en función a esta casuística de la morbilidad, sino al consumo histórico. Existen iniciativas de hacer compras en conjunto entre IHSS y la SESAL, para acceso a mejores precios, es decir economía de escala. Por otra parte, no se tiene información precisa de las causas de defunción, solo a nivel hospitalario y de Medicina Forense se tiene esta fortaleza, y los registros de estas defunciones ante el Registro Nacional de las Personas no son las esperadas, se ha identificado un sesgo por no registro, según el Comité de Hechos Vitales y las proyecciones del INE.

**22C. EXPEDIENTE ELECTRÓNICO EN LA GESTIÓN EN SALUD.** Luis Ordóñez, Médico Máster en Salud Pública, Clínica de Atención Integral, Siguatepeque, Honduras.

El Registro Médico Electrónico también llamado expediente electrónico o historia clínica electrónica, es el registro en formato digital de los datos de salud propios de un sujeto humano o de un grupo, que incluye el estado de la salud en distintos momentos de la vida. Un expediente electrónico permite a los funcionarios de salud pública acceder en tiempo real a datos cruciales, como registros de inmunización y rutas de transmisión identificadas, para desarrollar protocolos y avanzar rápidamente en los controles de vectores e investigación de brotes. Al estar intercomunicados los hospitales y centros de atención

médica primaria para que puedan acceder a la información de pacientes y también conocer cuáles son los procedimientos más ventajosos ante una dolencia en particular. Es decir, la posibilidad de compartir información entre los diferentes centros permite mejorar las prácticas médicas, aumentando las oportunidades de mejorar las condiciones del sector salud. Sin embargo, para que esta alternativa se consolide, es necesario que exista un trabajo conjunto entre el sector salud y de la inclusión de las Tecnologías de Información y Comunicación TIC para poder desarrollar estos beneficios. En particular, es importante que existan políticas que busquen aumentar la disponibilidad de espectro radioeléctrico para los servicios de salud. La generación de una agenda con futuras licitaciones es importante para que la industria de las telecomunicaciones pueda planificar de manera eficiente el tendido de su red. La Organización Mundial de la Salud ha definido que la salud digital es una herramienta necesaria para mejorar el acceso a los servicios de salud.

**23C. LECCIONES APRENDIDAS SOBRE LA PANDEMIA Y ESTRATEGIAS INNOVADORAS PARA EL ABORDAJE EPIDEMIOLÓGICO DE BROTES.** Manuel Sierra, Master en Epidemiología, Facultad de ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

La pandemia de COVID-19 comenzó en la ciudad de Wuhan, en la provincia de Hubei, en China, en diciembre 2019, propagándose rápidamente a otros países y continentes, declarada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo de 2020. Para contener la propagación, muchos países implementaron medidas estrictas como confinamiento, distanciamiento social, uso de mascarillas, cuarentena y aislamiento, así como restricciones de viaje y el cierre de negocios no esenciales. La pandemia ha tenido impactos significativos en varios aspectos de la sociedad, incluida la salud pública, la economía, la educación y las interacciones sociales. Muchos países han enfrentado desafíos en la gestión de la crisis de salud y en la mitigación de los impactos socioeconómicos. El autor basa su presentación como miembro de la Plataforma Todos con la COVID-19, un grupo convocado por el presidente de Honduras para asesorar, de forma voluntaria, la respuesta nacional; secretario de la Junta Directiva de World Vision International; presidente de la Junta Directiva de World Vision Honduras; coautor de diversas publicaciones sobre el tema en revistas indexadas y coautor de dos libros. La pandemia fue un amplificador de la múltiple vulnerabilidad global a eventos que amenacen la seguridad sanitaria. Entre estos factores destacan: cambio climático, pobre capacidad de sistemas de salud para detectar y manejar amenazas sanitarias, un tercio de la población en pobreza multidimensional, pandemia de enfermedades crónicas no detectadas o mal manejadas y modelos de salud curativos y excluyentes. Adicionalmente, la respuesta global fue fragmentada, politizada, influida por los poderosos intereses económicos de las compañías farmacéuticas. A tres años del inicio de la pandemia el mundo se encuentra en una

posición de mayor vulnerabilidad, como lo demuestra el brote de Viruela Símica y la alerta mundial por influenza aviar (H5N1).

**24C. LIPOESCULTURA.** Emerson Gabriel Medina Madrid. Especialista en Cirugía General y Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital Atlántida, La Ceiba, Honduras.

La liposucción es en la actualidad probablemente el procedimiento más realizado por el cirujano plástico acuñado ahora el término de lipoescultura, que no es más que realizar una liposucción para remodelar una parte o todo el cuerpo. En la conferencia hablaremos de los sitios que podemos realizar una liposucción, en que pacientes se pueden hacer estos tipos de procedimientos, cuáles son las expectativas tanto del médico como del paciente. Los tipos de liposucción: convencional, ultrasónico, por vibración, que se puede hacer con la grasa obtenida de la liposucción, que podemos ofrecer para una mayor retracción de la piel, entre ellos la utilización del laser y del J plasma, los cuidados posoperatorios del paciente, las complicaciones y los resultados.

**25C. ESTADIFICACIÓN DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA.** Melvin Geovanni Castillo Zavala. Médico Especialista en Cirugía General y Cirugía Vasculard, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS); Honduras Medical Center, Centro de Arritmias, Cardiología y Cirugía Endovascular (CARDIOVASC). Tegucigalpa, Honduras.

La enfermedad venosa crónica es una condición que se caracteriza por la incapacidad del sistema venoso de las piernas para retornar de forma efectiva la sangre al corazón. Afecta al ser humano desde tiempos antiguos y prácticamente es propia del ser humano por su condición de ser bípedo. Ya sea por un proceso obstructivo extrínseco, trombosis previa, por degeneración de la pared venosa e insuficiencia valvular, dicho sistema es incapaz de generar un retorno venoso eficiente de la sangre de los miembros inferiores hacia el ventrículo derecho del corazón en contra de la gravedad. Esta condición provoca estasis de sangre en el sistema venoso profundo y superficial de las piernas y con el tiempo genera síntomas y signos que afectan el tejido celular cutáneo y la piel, afectando también la calidad de vida de los pacientes. Se ha creado la clasificación del CEAP como una forma de unificar a nivel internacional los diferentes estadios clínicos de la enfermedad venosa. Es adecuado también para evaluar los tratamientos y seguimiento de los pacientes, así como para comparaciones entre diversas instituciones. La clasificación del CEAP abarca 4 diferentes aspectos: clínico, etiológico, anatómico y patofisiológico. El aspecto clínico se subdivide en: 0 (ausencia de signos visuales o palpables), 1 presencia de vénulas y telangiectasias, 2 presencia de venas varicosas, 3 edema de piernas, 4 alteraciones cutáneas tróficas secundarias, 5 úlcera varicosa ya cicatrizada y 6 úlcera venosa activa. El aspecto etiológico se subdivide en primario, congénito, secundario y ausencia de causa venosa reconocida. El aspecto anatómico se subdivide en sistema

venoso superficial, venoso profundo, venas comunicantes y perforantes. El aspecto patofisiológico se subdivide en causa obstructiva o por reflujo venoso valvular. A las clasificaciones previas se les agrega A sí el paciente es asintomático y S sí el paciente es sintomático.

**26C. ÚLCERAS VASCULARES Y SU MANEJO.** Juan Ramón Barón Barrientos. Médico Especialista en Angiología, Cirugía Vasculard y Endovascular, Clínica de Atención Sampedrana Integral, San Pedro Sula, Honduras.

Las úlceras vasculares son lesiones de continuidad por necrosis que afectan la epidermis y dermis, originadas por patología vascular. La causa más frecuente de las úlceras cutáneas en miembros inferiores es la patología venosa en un 75%, arterial en 15% y mixta en 10%. Las úlceras venosas se dan por hipertensión venosa crónica y las arteriales por pérdida de aporte sanguíneo por procesos oclusivos. Las úlceras se clasifican según Fontaine en enfermedad arterial periférica en: grado I asintomático, grado II claudicación intermitente, grado III dolor de reposo y grado IV lesiones tróficas, se definirá cada grado con imagen y el manejo en cada etapa y las úlceras venosas en 4 tipos. El diagnóstico se realiza ya sea con examen físico de pie y acostado, con el índice tobillo/brazo, realizando un ultrasonido Doppler o mediante una angioTAC o angioRMN. El tratamiento recomendado para la curación de úlceras venosas es: analgésico y antibióticos, evitar el edema, vendaje compresivo 30-40 mmHg, curaciones avanzadas, vendaje multicapa, FFPM y cirugía, el tratamiento para úlceras arteriales es: curaciones avanzadas, antibióticos si hay signos de infección, no vendaje compresivo, vasodilatador, antiagregante plaquetario, estatinas y revascularización. Se hablará de la evaluación y documentación de la herida, donde está ubicada y las dimensiones anatómicas, así como la longitud y el ancho de la herida, la profundidad, socavamiento, tunelización y tipos del tejido. T.I.M.E es un concepto que se puede aplicar a la cicatrización de heridas, ayuda a identificar el curso de acción correcto, el motivo del retraso de la cicatrización, T: *tissue* eliminación de escaras o esfacelos, I: infección/inflamación, las bacterias exacerbaban la cronicidad de la herida y estimulan un entorno proinflamatorio, M: *moisture*, demasiada o muy poca humedad, E: *edges*, estimula la respuesta de la herida y mejora la calidad del lecho, se finaliza con la selección de apósitos.

**27C. LOS TRASTORNOS DIGESTIVOS FUNCIONALES DE LOS LACTANTES: DE ROMA IV A V.** Óscar Gerardo Banegas. Médico Especialista en Pediatría, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

En 2016 la Academia Pediátrica Mundial consensuó la relevancia de establecer criterios mínimos para diagnosticar y manejar los Desórdenes Funcionales Gastrointestinales de la Infancia (DFGI) (Criterios de Roma IV). Con el objetivo de determinar en la práctica clínica pediátrica cotidiana, y entre niños sanos de nuestra práctica profesional privada, que cumpliera dichos



criterios, participamos entre 2020-21 en el ensayo de validación clínica, que no es un estudio experimental, sino post marketing de una fórmula infantil especializada y con registro comercial en nuestro país para Nestlé Nutrition. Los ensayos son estudios académicos no remunerables, con el suministro gratuito y facilitador del producto en la ejecución del estudio. En el mismo se siguieron los lineamientos del Código Internacional de OMS para la comercialización de sucedáneos de la leche humana y los lineamientos del artículo 7.4 de las Validaciones Clínicas del 2018. Todos los participantes, mayores de edad, pediatras y padres o encargados firmamos sendos acuerdos de participación y permanencia voluntaria en el ensayo. Presentar ésta experiencia en el marco del LXV COMENAC y en la ruta del consenso Roma IV hacia el V, resulta oportuno, provechoso y acorde a los objetivos del mismo, la educación médica continua y el avanzar en la investigación nacional. En la experiencia establecimos la importancia de la puericultura y detección correcta y temprana de los DFGI, ya que constituyen un problema frecuente y con repercusiones en la dinámica familiar. La detección temprana de los signos de alarma, la educación a los padres y el manejo integral usando una fórmula especial como la analizada, con la que en el 98% de nuestra experiencia se mejoró la sintomatología de sus DGIF son algunas de las conclusiones y lecciones aprendidas de esta experiencia.

**28C. MAPEO CEREBRAL.** Rafael Leonardo Aguilar-Estrada. Médico Especialista en Neurocirugía y Cirugía Funcional y de Epilepsia, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

Evidencias de procedimientos de neurocirugía datan de los egipcios. Diferentes avances tecnológicos y la curiosidad humana permitieron la estimulación cerebral inicialmente con Sir Víctor Horsley y posteriormente a Penfield y Rasmussen. Actualmente en nuestro país contamos con diferentes técnicas que nos facilitan realizar procedimientos más seguros y precisos. La intención de esta presentación es describir la experiencia obtenida en el Hospital Escuela (HE) con 4 diferentes técnicas, usadas solas o en conjunto. La neuronavegación: permite la fusión de imágenes de resonancia magnética, tomografías, angiografías y otros para crear un mapa tridimensional que favorece al neurocirujano aumentar la precisión y la percepción de los instrumentos con lesiones cerebrales. Esta tecnología está presente en el HE a partir del año 2015. La estereotaxia: descrita en 1906 por Horsley y Clark, inicialmente para clasificar regiones en cerebros animales y posteriormente en humanos, es un procedimiento mínimamente invasivo que logra el manejo de las imágenes, tomografía cerebral y resonancia magnética para crear un mapa cartesiano y definir un objetivo con precisión milimétrica para guiar una cirugía u obtener una biopsia cerebral. El mapeo cortical: inicialmente utilizado para identificar funciones en el cerebro humano, es un procedimiento que utiliza una corriente cerebral mono o bipolar para identificar zonas elocuentes en la corteza cerebral. Esta técnica permite realizar resecciones tumorales más amplias y la protección de áreas elocuentes que de otra forma podrían ser

lesionadas. La electrocorticografía: técnica intraoperatoria que incluye el apoyo del epileptólogo y neurofisiólogo en el quirófano y consiste en introducir electrodos subdurales para registrar la actividad eléctrica a nivel de la superficie cortical, con el fin de identificar el área epileptogénica de forma transoperatoria y guiar la resección en cirugía de epilepsia. En conclusión, estas técnicas favorecen la precisión y protegen las áreas elocuentes, traduciéndose en menos complicaciones en los procedimientos.

**29C. ACTUALIZACION EN LA CIRUGÍA DE MANO Y MICRO-CIRUGÍA EN HONDURAS.** Elvin Rodas, Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología, y en Cirugía de la Mano y Miembro Superior, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

Nuestras manos son la conexión de nuestro cerebro con el medio exterior. Al manipular el medio exterior las exponemos a lesionarse o mediante nuestras actividades diarias, a enfermarse. La cirugía de la mano, como rama de la cirugía existe desde principios de la segunda guerra mundial. Se desarrollo con el fin de poder manejar las lesiones que afectan las manos de forma integral, aportando conocimientos de la cirugía ortopédica, traumatología, cirugía reconstructiva, neurocirugía, cirugía vascular microcirugía y rehabilitación. En Honduras, las lesiones de la mano han sido abordadas por especialidades de forma independiente, sin embargo, debido al creciente interés en formación específica en cirugía de mano, se han podido tratar diversas condiciones, de origen traumático o degenerativo que antes como "tratables": Lesiones parciales y complejas del plexo braquial, reimplantes de extremidades amputadas, colgajos de cobertura en defectos cutáneos por trauma o lesiones primarias, cirugía de reconstrucción de nervios periféricos, lesiones compresivas de nervios periféricos, transferencias nerviosas, reconstrucción articular en enfermedad traumática y degenerativa, salvamento de manos severamente traumatizadas, entre otras, forman parte de algunas de las lesiones que la cirugía de la mano y reconstrucción del miembro superior permite poder abordar. La experiencia actual es muy poca, en comparación a otros países. Actualmente nuestra práctica reciente en el hospital de especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social nos ha permitido explorar la increíble gama de posibilidades que dicha área del conocimiento puede ofrecer a los pacientes trabajadores que allí son atendidos y que día a día buscan atención. Aunque la experiencia es reciente, el futuro parece esperanzador. El objetivo es seguir mejorando el conocimiento y llevar a la practica en la cirugía de mano a niveles del "primer mundo"

**30C. MANEJO INICIAL EN LAS LESIONES DE MANO.** Elvin Rodas, Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología, y en Cirugía de la Mano y Miembro Superior, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

Nuestras manos son los que nos permite, después de nuestro cerebro, el poder ser humanos. Esta cualidad de poder utilizar

nuestras manos para interactuar y manipular el medio externo nos pone en riesgo constante de lesiones. Las lesiones en la mano son una de las principales causas de atención en los servicios de emergencia, en todos los niveles de salud. El poder dar un manejo inicial adecuado a dichas lesiones es de suma importancia en la evolución y la eventual recuperación de dicha lesión, y por tanto, se hace imperativo que los encargados de brindar dicha atención inicial estén orientados y puedan dar el mejor manejo de dichas lesiones. Los médicos de atención primaria deben poder dar el manejo inicial de las lesiones de la mano, y en muchas ocasiones, al dar un adecuado manejo, no necesitan ser remitidos a un nivel superior. Poder diagnosticar mediante examen clínico las lesiones cerradas, lesiones abiertas, el realizar una inmovilización adecuada y funcional de la mano, deben ser parte de las habilidades de todo personal que recibe al paciente con una lesión de la mano.

**31C DEFICIENCIA DE HIERRO EN LOS PACIENTES RENALES CRÓNICOS, CON Y SIN ANEMIA.** Manuel Amílcar Rocha Meza. Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Interna y Nefrología, Hospital Bendaña, San Pedro Sula, Honduras.

La deficiencia de hierro es la más común de las enfermedades carenciales. La anemia es un problema de salud pública mundial y tiene consecuencias sociales y de desarrollo económico graves. 2000 millones de individuos afectados, 50% de casos son por deficiencia de hierro. La deficiencia de hierro produce incremento de la morbilidad cardiovascular, progresión de daño renal, y afectación en la productividad de los adultos. El hierro es necesario para la producción de glóbulos rojos, muchos procesos celulares en todas las células del organismo, la fosforilación oxidativa, el metabolismo de la energía y función muscular. Es indispensable también en la síntesis, replicación y reparación del ADN y regulación del ciclo celular, para el desarrollo y función de las neuronas, el desarrollo de las células inmunitarias y su proliferación y diferenciación, síntesis de colágeno y la producción de hormonas tiroideas. Las enzimas del citocromo p450 hemoproteínas que requieren de hierro. No hay un proceso activo para la excreción de hierro. El equilibrio del hierro es regulado por la absorción de hierro, controlado principalmente por hepcidina, que bloquea la exportación de hierro y es producida principalmente en el hígado, considerada la reguladora central del hierro. La deficiencia de hierro es la principal causa de mala respuesta a la eritropoyetina en los pacientes con enfermedad renal crónica, existen muchas formas de pérdida de sangre en los pacientes renales crónicos. Las transfusiones de sangre conllevan riesgos y eventos adversos, entre otros, reacciones de incompatibilidad, transmisión de enfermedades infecciosas, inmunomodulación, reacciones febriles no hemolíticas, reacciones alérgicas, contaminación bacteriana, transmisión de genes tumorales, Implicaciones financieras. El tratamiento de la deficiencia de hierro consiste en administración de hierro oral y hierro endovenoso.

**32C GUÍAS EUROPEAS 2023 PARA SÍNDROME CORONARIO AGUDO: ¿QUÉ HA CAMBIADO?** Óscar Enrique Alvarenga Maldonado, Médico Especialista en Medicina Interna. Hospital de Occidente y Centro Médico Santa Rosa, Santa Rosa de Copán.

Las guías de manejo evalúan y resumen la evidencia disponible con el objetivo de asistir a los profesionales de la salud en proponer el mejor abordaje diagnóstico o terapéutico para un paciente con una condición particular. En el caso de las guías europeas de síndrome coronario agudo, en 2023 se publicó la actualización trianual de las recomendaciones respecto a esta patología. Entre los aspectos novedosos abordados en la versión 2023, se propone un manejo basado en cinco pasos: 1) el abordaje inicial, 2) el manejo invasivo, 3) la terapia antitrombótica, 4) la revascularización, y 5) la prevención secundaria. En cuanto a las recomendaciones nuevas o actualizadas, dentro de las que cuentan con grado I de evidencia, se cuentan: la decisión de tratamiento antidiabético en pacientes que lo requieran con base en comorbilidades, incluyendo insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad renal crónica y obesidad; la recomendación de una estrategia invasiva en pacientes con cáncer que sufren infartos de alto grado y con esperanza de vida mayor o igual a seis meses; y que la intervención coronaria percutánea del paciente hemodinámicamente estable con enfermedad de múltiples vasos incluya a las arterias sanas según compromiso angiográfico. En cuanto al manejo farmacológico, recomiendan al clopidogrel como terapia antiplaquetaria en pacientes con alto riesgo de sangrado; la aceptabilidad de los inhibidores P2Y12 como monoterapia en sustitución de la aspirina, y la omisión de los antiplaquetarios en pacientes con indicación de anticoagulantes orales. Dentro de la terapia a largo plazo, la intensificación de la terapia con estatinas, incluyendo la adición de la ezetimiba, y la colchicina como terapia preventiva secundaria en pacientes con alto riesgo. A pesar de que la terapia invasiva por sus altos costos sigue siendo prohibitiva para el grueso de nuestra población, podemos seguir brindando manejo médico a la altura de las exigencias internacionales.

**33C. REPRODUCCIÓN ASISTIDA: AVANCES Y RETOS.** Fátima Martínez Tercero, Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital y Centro Urológico, Tegucigalpa, Honduras.

La reproducción humana es un proceso altamente ineficaz. En condiciones normales, los humanos tienen alrededor de 20% de posibilidades de conseguir un embarazo cada mes, con lo cual, al cabo de un año de búsqueda, el 84% de parejas quedan gestantes, y a los 2 años el 92%. Esta estadística ha motivado que las distintas escuelas de Ginecología consideren el diagnóstico de esterilidad al cabo de uno o dos años de relaciones sexuales sin protección. Una vez realizado el diagnóstico en la pareja, corresponde la aplicación de diferentes recursos terapéuticos, seleccionando el más idóneo para cada paciente, mediante valoración de sus ventajas e inconvenientes, en términos de

eficacia y seguridad. Se debe individualizar el tratamiento y los pacientes, haciendo uso de su autonomía, y escogiendo finalmente entre las opciones que resulten clínicamente aplicables. En la actualidad en Honduras, tenemos disponibles todas las técnicas de reproducción asistida que actualmente hay en el mundo. En los tratamientos de baja complejidad, como la inseminación artificial, tenemos mejores tasas de embarazo en casos de factor masculino, y mujeres menores de 38 años. Las mujeres de 40 años o más tienen indicación de fecundación *in vitro*, idealmente con la aplicación de diagnóstico genético preimplantacional por el aumento de riesgo aumentado, a partir de los 37 años, de aneuploidías embrionarias. La edad de la mujer es el factor pronóstico más importante en el éxito de las técnicas de reproducción asistida. Se aprecia una disminución de los resultados a partir de los 32 años, cuando hay baja reserva ovárica (AMH <1,26 ng/ml), con el uso de tabaco, y mujeres con índice de masa corporal elevado. El principal reto de la reproducción asistida en Honduras es poder ofertar la posibilidad a los pacientes de realizar todos los tratamientos necesarios a un costo competitivo.

**34C. LA NUEVA EPIDEMIA: LOS TRASTORNOS DE LENGUAJE.** Óscar Armando Ponce Barahona. Médico Especialista en Pediatría y Neurología Pediátrica. Hospital de Occidente y Centro Médico Santa Rosa, Santa Rosa de Copán, Honduras.

Los dos últimos años fueron especiales para todos, nadie quedó exento de los efectos de la pandemia. Los niños, tampoco. A nivel preescolar me llamó puntualmente la atención la afección del lenguaje en la gran mayoría de los niños. Recién inicia el año escolar en las escuelas privadas de Santa Rosa de Copán, tras llevar a su hijo a su primer día de nursery, una madre, se lleva una enorme sorpresa. Son más de 20 los estudiantes que acompañan a su hijo, pero esa no es la sorpresa. Ambos de sus padres son maestros y nunca había visto un aula con tantos problemas de lenguaje. Más de la mitad de los compañeros de su hijo tienen algún problema con el mismo. La pandemia vino a afectarnos a todo nivel y a los niños en su lenguaje aún más. La comprensión, adquisición y expresión de este es algo que no se había visto tan alterado jamás. Estamos hablando de niños de 3 años que solamente juntan dos palabras, niños de esa misma edad que recién aprenden a obedecer órdenes sencillas, niños que recién cumplen el año e inician a reconocer su nombre. Se está viendo cada vez con mayor frecuencia que los padres ya han acudido a terapia de lenguaje antes de ir a consulta; independientemente sean referidos por alguien o no. Quizás sea la creencia popular del “dale chance ya va a hablar”, o el “es varón, las niñas hablan primero”; o incluso el pensar que como un familiar se tardó en hablar, lo único que hay que hacer es esperar también, así como se hizo con él. Cada vez los niños con trastornos de lenguaje van en aumento y es algo que se debe de intervenir oportunamente antes de tener importantes consecuencias en el desarrollo cognitivo de los mismos.

**35C. VACUNACIÓN A PACIENTES EN ESPLENECTOMÍA, HEMODIÁLISIS Y TRASPLANTES.** Oscar Armando Ponce Quezada. Médico Especialista en Pediatría, Diplomado en Vacunas. Hospital Del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

Idealmente, todo paciente debe tener su esquema de vacunas completo para la edad y patología. Anualmente, el Centers for Disease Control and Prevention (CDC) actualiza el esquema de inmunización para niños y adultos, sanos y enfermos. Tanto en la esplenectomía electiva y de urgencia, debe verificarse esquema, enfatizando en vacunas contra bacterias encapsuladas: *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae*, pudiendo aplicar la última dosis hasta 14 días antes de la cirugía. En esplenectomía de urgencia, debe iniciarse vacunación al momento del alta o a los 14 días después de la cirugía, lo que ocurra primero, incluyendo vacunas contra influenza y COVID-19. En hemodiálisis, debe vacunarse contra hepatitis B, influenza, varicela, neumococo y COVID-19; además vacunar al personal de hemodiálisis, ya que existe contacto estrecho y permanente; haciendo seguimiento con títulos de hepatitis B para considerar iniciar un nuevo esquema con doble dosis. En trasplante, existen cuatro pilares básicos de vacunación: donador, cuidador, equipo de trasplante y receptor. En trasplante de órgano sólido electivo, debe verificar esquema de vacunas y su última dosis deberá aplicarse 14 días antes del trasplante o 4 semanas antes si es virus vivo; reiniciando esquema 3-6 meses después del trasplante una vez que los inmunosupresores han cesado o disminuido, vacunando contra influenza, neumococo, meningococo, y COVID-19. En esta fase no deberá administrarse vacuna de microorganismos vivos (BCG, rotavirus, polio oral, RSP ni varicela). En trasplante de precursores hematopoyéticos (médula ósea), debe iniciar vacunación 6 meses posterior a la cirugía, comenzando esquema similar al de los 2 meses de vida. Bajo ningún punto deberá vacunarse con microorganismos vivos; estos deberán iniciarse año y medio después del trasplante. En este periodo, el paciente no debe estar en contacto con receptores de vacunas de virus vivos.

**36C. CUIDADOS PALIATIVOS: UNA NECESIDAD EN LA ATENCIÓN.** Bayron Josué Degrandes. Médico Especialista en Medicina Interna, Máster en Atención del Paciente Respiratorio Grave, Máster infieri en Cuidados Paliativos. Instituto Nacional Cardiopulmonar e Instituto Hondureño de Seguridad Social. Tegucigalpa, Honduras.

La Organización Mundial de la Salud define Cuidados Paliativos como “el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y sus familias que se enfrentan a problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación, tratamiento del dolor y otros problemas físicos, sociales, psicológicos y espirituales”. Se estima que 40 millones de personas en el mundo necesitan cuidados paliativos cada

año, debido al envejecimiento de la población y al aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano, y a nivel mundial, tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben. En Honduras existen pocos expertos en cuidados paliativos, y la disponibilidad de servicios o equipos son limitados. Entre las enfermedades que trata la especialidad incluyen enfermedades oncológicas (todos los tipos y estadios de cánceres) y no oncológicas (VIH, neumopatía obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, hepática y renal, demencia, entre otras). Sobre el manejo brindado por esta especialidad, incluye control de síntomas con fármacos: dolor, disnea, tos, síndrome constitucional, asesoramiento, orientaciones, terapias no farmacológicas, atenciones domiciliarias y hospitalarias. Los Cuidados Paliativos se deben iniciar en fases tempranas del diagnóstico de enfermedades que amenazan la vida, simultáneamente con los tratamientos curativos. De la misma forma, incluso en fases finales de la enfermedad, el tratamiento predominantemente paliativo ofrece medidas de confort. Un trabajo en equipo multidisciplinario es una de las características esenciales de los cuidados paliativos, e incluye a médicos generales y especialistas, enfermería, psicología, trabajador social, nutricionistas, y terapeutas. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia.

### **37C. AVANCES EN EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA.**

Allan Alcides Álvarez Corrales. Médico Especialista en Neurología, Neurofisiología Clínica, Diplomado en Enfermedad Vascular Cerebral. Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Hospital del Valle, Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Valle de Sula, San Pedro Sula, Honduras.

La migraña es una enfermedad que afecta a gente joven, en edad reproductiva predomina en mujeres, y es de las principales causas de inasistencia en todos los niveles académicos y laborales. Actualmente contamos con una serie de tratamientos médicos dirigidos a tratamiento agudo de la migraña, que, a pesar de su efectividad, no van dirigidos específicamente a los componentes fisiopatológicos de la migraña. Es hasta 2018 que aparecen nuevos fármacos dirigidos a blancos específicos que intervienen en la aparición de los síntomas relacionados a la migraña, teniendo mejor perfil de seguridad y eficacia en el manejo de la migraña. Además, algunos de estos pueden utilizarse tanto como terapia abortiva de las crisis y en tratamiento preventivo.

**38C. COMPARANDO CORTICOIDES NASALES EN PEDIATRÍA.** José Daniel Pazzetti Paz. Médico Especialista en Otorrinolaringología. Hospital del Valle, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Universidad Católica de Honduras. San Pedro Sula, Honduras.

La rinitis alérgica es una enfermedad crónica con una prevalencia estimada de 18% para la población pediátrica y con un impacto alto en la calidad de vida de los niños que la presentan, pero también de sus familias y cuidadores. Según las guías ARIA, el eje central para el manejo de la rinitis persistente moderada severa debe ser los corticoides intranasales o INCS; sin embargo, existen particularidades entre los diferentes INCS que permiten considerar su uso preferente por características farmacológicas, de seguridad y de tolerancia. En el caso del furoato de fluticasona, es el INCS con mayor afinidad al receptor (dentro de los disponibles en el mercado actual) lo que permite un menor riesgo de absorción sistémica y por consiguiente de eventos adversos asociados a su uso además de un corto tiempo de inicio de acción brindando un alivio más rápido de los síntomas, especialmente de la obstrucción; a su vez tiene un menor goteo postnasal y menor riesgo de disgeusia lo que favorece las estrategias de uso continuo para de esta manera disminuir la inflamación mínima persistente y la aparición de síntomas, aun en exposición a agentes alérgicos desencadenantes como polen, ácaros o epitelios animales.

**39C. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ESTUDIO DAPA-CKD.** Dany Tábora. Médico Especialista en Nefrología. Hospital del Valle, Occipat y Diálisis de Honduras, San Pedro Sula, Honduras.

El estudio DAPA-CKD, es un ensayo clínico que se publicó en el New England Journal of Medicine, a finales del 2022, cuyo objetivo principal fue evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo de la dapagliflozina, un inhibidor del SGLT-2, en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), con o sin diabetes mellitus tipo 2 (DMT2). Fue un estudio aleatorizado, doble ciego con una muestra de 4304 pacientes, de los cuales el mayor porcentaje eran diabéticos con algún grado de ERC. Cabe destacar que el estudio DAPA-CKD tiene como antecedentes directos el ensayo DECLARE-TIMI, donde se estudió la seguridad cardiovascular de la dapagliflozina, y se planteó la hipótesis del efecto renoprotector de este fármaco; esto fue confirmado por el estudio CREDENCE. En el estudio DECLARE, con 60% pacientes aproximadamente en atención primaria de salud, se obtuvo un efecto beneficioso en relación a la hospitalización por insuficiencia cardíaca y en la progresión de la ERC. Al finalizar el estudio los autores concluyeron que los pacientes con ERC, independientemente padezcan DMT2, el riesgo de sufrir una disminución del filtrado glomerular estimado es en al menos un 50%, ERC estadio terminal o muerte de origen renal o cardiovascular, fue significativamente inferior a los tratados con placebos. Como mensaje clave para los profesionales de

atención primaria de salud, el resultado del estudio DAPA-CKD, posiciona a la dapagliflozina como un fármaco de utilidad en pacientes con ERC, DMT2 o no diabéticos.

**40C HABLEMOS DE RESISTENCIA ANTIMICROBIANA: SU IMPACTO Y CONDUCTAS FRENTE A SU AUMENTO.** María Carignano. Médico Especialista en Cuidados Críticos y Terapia Intensiva, Especialista en Soporte Nutricional y Rehabilitación Intestinal, Glaxo SmithKline, Ciudad de Panamá, Panamá.

El incremento de la resistencia a los antimicrobianos (RAM) se ha convertido en uno de los principales temas que se abordan desde los organismos que gestionan y promocionan la salud a nivel mundial. Si bien los principales mecanismos por los cuales se desarrolla la RAM son conocidos, mucho queda todavía por investigar respecto del impacto en el microbioma humano y sus consecuencias, así como también en el propio daño colateral ejercido por los antibióticos en la selección de cepas multirresistentes. Como consecuencia de la pandemia de la COVID-19, se produjeron cambios en los hábitos prescriptivos de antibióticos acompañados de un deterioro en la vacunación de la población que inciden, directamente, en la gravedad de las nuevas infecciones y en las tasas de utilización de los mismos. Por otra parte, el replanteo del abordaje de la RAM en un contexto multidisciplinario que tenga en consideración todos los actores involucrados en la manipulación de estos fármacos (veterinarios, industria ganadera y pesquera, agricultura entre otros) viene tomando fuerza en pos de lograr los objetivos de controlarla. En esta conferencia, se abordan distintos tópicos relacionados con los mecanismos de desarrollo de la RAM, su impacto directo en los seres humanos, servicios de salud, medio ambiente y la sociedad en general; también se muestran publicaciones y programas de vigilancia antibiótica destinados a promover una selección adecuada de antibióticos y, más aún, a diferenciar patologías virales de bacterianas en la comunidad con el fin de disminuir el consumo de antibióticos que impactan en la creciente RAM.

**41C. ULTRASONIDO F.A.S.T.: HERRAMIENTA FUNDAMENTAL EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO.** Roberto Abner Sanabria Peña, Médico especialista en Cirugía General, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán Honduras. Brenda Navarrete, Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Radiología e Imágenes, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras.

El ultrasonido F.A.S.T. por sus siglas en inglés Focused Assessment with Sonography for Trauma, es un punto clave dentro de la atención de pacientes con politraumatismo, debido a la alta prevalencia de trauma abdominal cerrado (TAC) en nuestra población. Su objetivo principal es la identificación de líquido libre intraperitoneal, sin hacer énfasis en la especificidad, ni cantidad del mismo. La sensibilidad para la detección de hemoperitoneo varía del 73% a 99%; siendo necesario realizar

el mismo de manera seriada para optimizar dicha sensibilidad. En manos expertas es capaz de detectar hemoperitoneo menor a 100 ml pero en términos generales detecta hemoperitoneo mayor a 200 ml. El alto valor predictivo negativo lo hace una muy buena herramienta de tamizaje para TAC. Para su realización hacemos uso de un equipo de ultrasonido básico con un transductor convexo de 2-5 MHz que puede ser utilizado dentro del box de reanimación, sin entorpecer las maniobras de resucitación, dicho transductor se coloca en 4 ventanas anatómicas donde habitualmente se acumula líquido en contexto del TAC: subxifoidea, hepatorenal, esplenorenal y pélvica. La curva de aprendizaje recomienda la realización de 25 a 50 FAST para alcanzar una adecuada sensibilidad por ser operador dependiente. Una ecografía FAST negativa reduce, y probablemente elimina, la necesidad de realizar un lavado peritoneal diagnóstico. La mayoría de hospitales en nuestro país cuentan con disponibilidad técnica para la implementación del FAST en evaluación inicial, por lo que se vuelve fundamental la capacitación del personal médico de emergencia para evaluación inicial del paciente politraumatizado y optimizar el manejo definitivo.

**42C. INDICACIONES DE TOMOGRAFÍA CEREBRAL EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE. PARTE I Y II.** Roberto Álvarez Rodríguez, Médico Especialista en Neurocirugía; Hospital de Occidente y Centro Médico Santa Rosa, Santa Rosa de Copán. Jorge Omar Brito Argueta. Médico General. Fundación CAMO, Santa Rosa de Copán, Honduras.

No existen en Honduras estadísticas que determinen la tasa de mortalidad y morbilidad en el TEC donde además por muchas décadas la decisión de realizar tomografía de manera obligatoria en el TEC Leve ha sido un tema de discusión ya que en más de la mitad de los casos se encuentra normal, lo que no evita la exposición del paciente a radiación innecesaria que puede perjudicar su estado de salud sumado los altos costos que le genera a nuestro sistema de salud. Identificar cuáles son los criterios para realizar una tomografía computarizada posterior a un traumatismo craneoencefálico leve y cuáles son los hallazgos tomográficos más frecuentes. Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se identificaron los pacientes que ingresaron entre el 9 de septiembre de 2021 al 9 de septiembre de 2022. Evaluando el mecanismo de trauma, Glasgow del paciente al ingreso y la indicación de tomografía en el TEC leve, siendo consignados con los hallazgos tomográficos. 245 pacientes totales; 67% resultaron normales, la precipitación fue el mecanismo de trauma más frecuente (35%), la principal indicación fue la pérdida de la consciencia mayor a cinco minutos en un 41%, sin embargo, el 88% de las tomografías fueron normales. El 29% de las TAC pediátricas fueron patológicas. Pacientes con Glasgow 14 presentaron alteración en el 81%. El principal hallazgo fue la fractura de cráneo en un 32% de los casos. La identificación de factores específicos nos permite decidir en qué pacientes es obligatorio realizar una tomografía computarizada de cráneo para su diagnóstico y en cuales podríamos valorar otros manejos diagnósticos. Recomendando la

creación de un protocolo para el manejo de TEC leve valorando que pacientes realmente se verían beneficiados con una TAC, recomendación que podría validarse incluso para las demás instituciones de características similares a nivel nacional.

#### **43C. ABDOMEN AGUDO EN LOS EXTREMOS DE LA VIDA.**

Dr. Carlos Bladimir Irías, Médico Especialista en Cirugía General. Hospital de occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras.

#### **44C. MANEJO INTEGRAL DE LA DIABETES MELLITUS.** Irma De Vicente Aguilera. Médico Especialista en Medicina Interna y Endocrinología, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras.

El manejo integral de la diabetes es un enfoque completo y holístico que busca abordar todos los aspectos relacionados: control glucémico, estilo de vida, prevención de complicaciones y riesgo cardiovascular. La nutrición desempeña un papel crucial, promoviendo una dieta equilibrada, control de porciones y evitando alimentos ricos en azúcares y carbohidratos refinados. El ejercicio regular es fundamental para controlar el peso y mejorar la sensibilidad a la insulina. Es importante personalizar el tratamiento farmacológico, que puede incluir insulina o medicamentos orales, según las necesidades individuales de cada paciente. Además, se abordan factores de riesgo como la hipertensión arterial y la dislipidemia para prevenir complicaciones a largo plazo. Una relación significativa en este contexto es la conexión entre la diabetes tipo 2 y el hígado graso no alcohólico (HGNA) o esteatosis hepática no alcohólica (NAFLD). Ambas condiciones se influyen mutuamente y requieren atención integral para prevenir complicaciones. Además, las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de complicaciones graves por enfermedades infecciosas, lo que destaca la importancia de las vacunas. El manejo integral no se limita solo a lo físico, ya que también aborda el apoyo emocional y psicológico, reconociendo los desafíos de vivir con una enfermedad crónica. La atención médica regular y el seguimiento son esenciales para evaluar el progreso y ajustar el tratamiento según sea necesario. En resumen, el manejo integral de la diabetes es un enfoque completo que abarca la monitorización de la glucosa, la educación, la nutrición, el ejercicio, el tratamiento farmacológico, la atención al hígado graso, la vacunación, el apoyo emocional y el seguimiento médico. Este enfoque global ayuda a las personas con diabetes a controlar su enfermedad y mejorar su calidad de vida a largo plazo, reduciendo el riesgo de complicaciones graves.

#### **45C. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS EPILEPSIAS.**

Arnold René Thompson Cerna. Médico Especialista en Neurología y Epileptología Clínica. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Valle de Sula, San Pedro Sula, Honduras.

Las epilepsias representan la enfermedad neurológica grave más frecuente del mundo, afectando a más de 50 millones de personas en el mundo. Se calcula que el 70% de los casos res-

ponderán a una terapia farmacológica adecuada, sin embargo, para lograr este objetivo, es necesario que el médico tratante comprenda adecuadamente la definición de crisis epilépticas, epilepsia y la semiología de las crisis epilépticas, y en base a ello, poder clasificarlas. En 1971 inicia una primera propuesta de definición y clasificación de las epilepsias, la cual posteriormente es revisada en los años siguientes. En 2017 se publica una nueva propuesta de clasificación de las epilepsias por parte del grupo de la Liga Internacional contra las Epilepsias, en donde se pretende simplificar y unificar los diagnósticos en epilepsia. Las epilepsias pueden ser clasificadas como de inicio focal, de inicio generalizado y de inicio desconocido. En el primer grupo (de inicio focal) pueden ser con alteración de la consciencia o sin alteración de la consciencia, motoras y no motoras, resaltando que estas características no siguen un rol jerárquico. De igual manera, las crisis generalizadas pueden ser motoras y no motoras. La clasificación de las epilepsias del año 2017 propone una manera simplificada de agrupar los diferentes tipos de epilepsia, de tal manera que sean de fácil comprensión para la población médica. Se requiere de futuras revisiones de esta clasificación para poder incorporar otras entidades clínicas, así como que permitan agrupar diferentes grupos de edad.

#### **46C. SEMIOLOGÍA DE LAS EPILEPSIAS.** Marco Tulio Medina, Médico Especialista en Neurología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

#### **47C. EPILEPSIA EN LA MUJER.** Sofía Dubón. Médico Especialista en Neurología y Epileptología. Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

La epilepsia es un problema de salud a nivel mundial, así como una condición frecuente en las mujeres. Aun cuando la prevalencia y el abordaje terapéutico son similares para hombres y mujeres, las mujeres presentan frecuentemente patrones de crisis relacionados a ciclos hormonales y están en riesgo de alteraciones reproductivas y complicaciones durante el embarazo. El diagnóstico temprano, la elección de medicamento, planificación familiar y otras consideraciones deben de tomarse en cuenta al momento de diagnosticar e iniciar con su tratamiento. Los cambios hormonales, el embarazo, la planificación familiar y la lactancia entre otros pueden afectar la efectividad del tratamiento, y poner en riesgo a la mujer. El riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto y post parto, así como las alteraciones psiquiátricas son mucho más frecuentes que en las mujeres sin epilepsia. La elección de los fármacos antiepilépticos es de vital importancia y debe de realizarse considerando la efectividad terapéutica los efectos secundarios y las interacciones que estos producen durante las diferentes etapas de la vida de la mujer. La comprensión de los mecanismos que relacionan las crisis a los cambios hormonales favorece la implementación de protocolos de tratamiento que mejoren la calidad de vida de nuestras pacientes y de sus hijos. La educación a las pacientes, a sus familiares, y al personal de salud es la forma de lograr las mejores decisiones. Su abordaje

debe realizarse de manera integral, multidisciplinaria, incluyendo a gineco obstetras, neurólogos, psicólogos.

**48C. EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL.** Rafael Leonardo Aguilar-Estrada. Médico Especialista en Neurocirugía y Cirugía Funcional y de Epilepsia, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

La epilepsia es una condición que afecta a más de 50 millones de habitantes para el 2022, con una prevalencia de 28.9 a 53.1 por 100 000 habitantes. De estos pacientes hasta un 7% no ha recibido una evaluación. La epilepsia del Lóbulo temporal es una causa frecuente de epilepsia refractaria. Se describen dos tipos principales: Lateral neocortical (ENCL) y Epilepsia mesial temporal (EMT). Existen terapias quirúrgicas con resultados satisfactorios. El reconocimiento temprano y tratamiento oportuno puede evitar secuelas neurológicas y mejorar de forma significativa la calidad de vida de los pacientes. El síndrome temporal mesial se caracteriza por presentar una zona epileptogénica conformada por gliosis y pérdida de neuronas en el hipocampo, subículo, giro parahipocámpico. La semiología de las crisis se manifiesta en forma de auras de tipo abdominal, sensación de miedo, y síntomas de tipo psíquico. (*déjà vu, déjà vécu*). Puede acompañarse de alteración del estado de conciencia y automatismos por afectación del cíngulo. La causa más frecuente es la esclerosis mesial temporal. El síndrome temporal lateral suele presentarse por irritación en las regiones perisilvianas provocando alucinaciones auditivas, afasia cuando se encuentran en el hemisferio dominante. En otras ocasiones con ilusiones y/o alucinaciones visuales. Su causa más frecuente son la presencia de tumores de estirpe benigna, malformaciones vasculares, y del desarrollo cortical. Ambas entidades suelen ser altamente epileptogénicas, pudiendo convertirse de focal a bilateral tónicas clónicas, en ocasiones llegando a ser refractarias a tratamiento, ocupando cirugía. El resulta de la ENCL en lesiones visibles en resonancia magnética suele ser parecido a los de la esclerosis mesial temporal, de 2/3 control de crisis. Existe tratamiento quirúrgico con buenos resultados en el control de crisis para los síndromes del lóbulo temporal. El diagnóstico temprano y tratamiento disminuyen los déficit neurológicos y mejoran la calidad de vida.

**49C. BENEFICIOS DE DAPAGLIFLOZINA EN EL CONTINUUM CARDIOVASCULAR.** César Fernando Somoza Toro, Médico Especialista en Medicina Interna y Cardiología Clínica. CEMESA, San Pedro Sula, Honduras.

La dapagliflozina, un inhibidor selectivo del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2), ha emergido como una herramienta trascendental en la gestión del continuum cardiovascular (CC). Originalmente aprobado para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2). Estudios recientes han revelado impactos beneficiosos más allá de su efecto glucorregulador. El ensayo DAPA-HF ha proporcionado evidencia robusta sobre el papel beneficioso de la dapagliflozina en la reducción del riesgo de

muerte cardiovascular en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección reducida, independientemente de la presencia o ausencia de DMT2; lo mismo que el estudio DELIVER en los pacientes con fracción de eyección preservada o levemente disminuida. Adicionalmente, el ensayo DAPA-CKD ha destacado la eficacia de la dapagliflozina en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), evidenciando una desaceleración en la progresión de la enfermedad y reduciendo el riesgo de eventos renales adversos mayores. En el estudio DECLARE con 60% de pacientes aproximadamente en prevención primaria se obtuvo. Estos beneficios se atribuyen a varios mecanismos. Además de su acción diurética osmótica, la dapagliflozina puede mejorar la función endotelial, reducir la inflamación sistémica y aliviar la sobrecarga de volumen. Este perfil de acción multifacético sitúa a la dapagliflozina en una posición única dentro del arsenal terapéutico para abordar el continuum cardiovascular, desde la prevención primaria en pacientes diabéticos hasta el tratamiento de la IC y la ERC avanzada. En conclusión, la dapagliflozina no solo ha revolucionado el manejo glucémico en la DMT2, sino que ha demostrado ser una herramienta valiosa en el panorama más amplio del cuidado cardiovascular y renal. Estas propiedades, respaldadas por ensayos clínicos de alto impacto, refuerzan su posición como un pilar terapéutico en el continuum cardiovascular. Un efecto beneficioso en la reducción de la hospitalización por insuficiencia cardíaca y en la progresión de la enfermedad renal.

**50C. ESQUIZOFRENIA: DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y MANEJO FARMACOLÓGICO.** Héctor Armando Velásquez Ramírez. Médico Especialista en Psiquiatría, Hospital y Clínicas Millenium, Tegucigalpa, Honduras.

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico, se caracteriza por presentar alteraciones en el pensamiento, ideas delirantes, alucinaciones, trastornos emocionales y cambios de conducta. El riesgo a lo largo de la vida de sufrir esquizofrenia es aproximadamente del 1% y típicamente se manifiesta en la edad adulta temprana. La esquizofrenia tiene la misma prevalencia tanto en hombres como en mujeres. Se han identificado 5 subtipos de esquizofrenia, los cuales son simple, catatónico, paranoide, hebefrénico, indiferenciado. El diagnóstico conlleva la identificación de una constelación de signos y síntomas asociados con un deterioro del funcionamiento laboral o social. Los comportamientos aparentemente impulsivos, como los intentos de suicidio o de homicidio, pueden ser una respuesta a las alucinaciones que comandan al paciente a actuar. La esperanza de vida se reduce en 15-20 años en las personas con esquizofrenia en comparación con aquellos sin enfermedad mental grave. Varios estudios han demostrado que hasta el 80% de los enfermos con esquizofrenia sufren otras enfermedades médicas concomitantes. Existen, sin embargo, numerosas terapias que, solas o en combinación, son eficaces para tratar los síntomas de la enfermedad y mantenerla bajo control. La Asociación Americana de Psiquiatría recomienda

los antipsicóticos atípicos como tratamiento de primera línea de la Esquizofrenia. La literatura recomienda tres fases en el tratamiento: aguda, estabilización y mantenimiento. Se ha demostrado que la administración continua de medicamentos antipsicóticos después de la recuperación de un episodio psicótico es eficaz para reducir el riesgo de recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente.

#### **51C. LA MEMORIA ASOCIADA AL ENVEJECIMIENTO: ¿REPRESENTA UN PROCESO NORMAL O PATOLÓGICO?**

Mariela Morales. Médico Especialista en Geriátrica, Universidad Católica de Honduras, Instituto Hondureño de Seguridad Social Tegucigalpa, Honduras.

#### **52C. BASES TERAPÉUTICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR: ESCALONES 1 Y 2 DE LA ESCALERA ANALGÉSICA OMS.** Iván Guayasamín Landázuri. Médico, Master en Programación Neurolingüística, Higea Farma, Quito, Ecuador.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial. Tiene una alta prevalencia (1/3 de la población) y acompaña a muchas patologías. Existen mecanismos del cuerpo colaboran para que se controle (endorfinas, encefalinas, endomorfina, noradrenalina, dopamina, serotonina) o se aumente (bradicinina, prostaglandinas, histamina,). Su mecanismo fisiopatológico incluye una vía especial que iniciando en los nociceptores termina con la concientización en la corteza cerebral, mecanismo necesario comprender para el adecuado uso de los analgésicos y sus combinaciones. La clasificación de los analgésicos incluye básicamente los fármacos no opioides y opioides. Para decidir qué analgésico o combinación usar, es necesario primero un buen diagnóstico del tipo de dolor y su grado, y según ello

manejarlo de acuerdo con la escalera analgésica propuesta por la OMS y en base al mecanismo de acción de este tipo de fármacos. Es importante incluir en el manejo del dolor los coadyuvantes analgésicos utilizados primariamente para otros fines, pero que poseen cualidades capaces de aliviar ciertos tipos de dolor que se resisten o responden mal a los analgésicos específicos; entre ellos se incluyen los corticoides, relajantes musculares, vitamina C, vitaminas del complejo B, analgésicos tópicos, anticonvulsivantes, ansiolíticos, antidepresivos, etc. La vitamina C juega un papel importante en este contexto por su inocuidad, eficacia demostrada en múltiples estudios y el papel que juega en la prevención del uso indiscriminado de opioides y sus consecuencias, como la dependencia. La conferencia nos permitirá analizar de mejor manera el tratamiento del dolor no severo, escalones I y II de la escalera analgésica propuesta por la OMS, antes de decidir el uso de fármacos opioides, previniendo su inadecuado manejo.

#### **1CMR. ABORDAJE MULTISISTÉMICO DEL SÍNDROME DE**

**DOWN.** Dilcia Paola Pagoaga, médico especialista en pediatría con subespecialidad en Cardiología Pediátrica, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras; Lidia Prado, médico especialista en Pediatría, con subespecialidad en neumología pediátrica, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras; Óscar Ponce, médico especialista en Pediatría con subespecialidad en Neurología Pediátrica, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras; Lesby Espinoza, médico especialista en Pediatría con subespecialidad en Endocrinología Pediátrica, Hospital María, Tegucigalpa, Honduras; Karla Fúnez, médico especialista en Fisiatría, Teletón, Santa Rosa de Copán, Honduras; Douglas Carranza, médico especialista en Pediatría, Hospital Juan Manuel Gálvez, Gracias, Lempira, Honduras.