

RESÚMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES

1C. RESISTENCIA ANTIMICROBIANA: LA NUEVA PANDEMIA. Karin Patricia Villalobos Flores. Hospital Mario Catarino Rivas. San Pedro Sula, Honduras.

La resistencia antimicrobiana (RAM) es considerada una amenaza para la salud mundial, declarándose como una de las principales amenazas de salud pública a las que se enfrenta la humanidad. Se produce cuando las bacterias, virus, hongos y parásitos desarrollan mecanismos de defensa contra los antimicrobianos que se utilizan para combatirlos dificultando el tratamiento y aumentando el riesgo de enfermedades y muerte. Se estima que para el año 2050 morirán 10 millones de personas a causa de las RAM, convirtiéndose en la denominada pandemia silenciosa. En 2024 se actualizó la lista de patógenos bacterianos prioritarios, para los cuales no existen tratamientos y afectan principalmente grupos vulnerables, como niños, embarazadas, ancianos, inmunosupresor y habitantes de países con bajos recursos económicos. Hay varios factores que inciden en las RAM, principalmente el uso indebido y excesivo de los antibióticos. También el uso de antibióticos en la agricultura y agropecuaria favorece la contaminación del ambiente y la permanencia de estos en el suelo sin desgastarse. Otros factores importantes que inciden en la RAM son: la automedicación, el control deficiente de las infecciones en los centros hospitalarios facilitando la propagación de microorganismos resistentes, el hacinamiento y la deteriorada infraestructura de los hospitales. El comercio y el aumento del movimiento de personas permiten que los organismos se propaguen más fácilmente a través de las fronteras. Actualmente surge el concepto de UNA SALUD, cuyo concepto comprende la salud humana y la sanidad animal como interdependiente y vinculada a los ecosistemas en los cuales coexisten. Es por esto que los esfuerzos actuales para el control de las RAM están dirigidos a los esfuerzos de colaboración de múltiples disciplinas que trabajan local, y globalmente para lograr una salud óptima para las personas, los animales y nuestro medio ambiente. En conclusión, se necesita urgentemente promover este enfoque transdisciplinar para controlar la RAM y la diseminación de microorganismos de difícil tratamiento.

2C. VACUNACIÓN EN EL ADULTO MAYOR. Emilio Barrueto Saavedra. Hospital del Valle, Centro de vacunación (CIECI); San Pedro Sula, Honduras.

El envejecimiento de la población es una tendencia irreversible, impulsada por la disminución de la fertilidad y el aumento de la longevidad. Para 2050, se estima que 77% de las personas mayores de 65 años vivirán en países de ingresos bajos y medios,

donde el acceso a la atención médica es limitado. Este fenómeno plantea desafíos significativos: el aumento de la fragilidad y la necesidad de atención especializada, pero también ofrece oportunidades para promover un envejecimiento saludable mediante estrategias preventivas especialmente la vacunación. Las vacunas son clave para prevenir enfermedades infecciosas, crónicas y cánceres en adultos mayores. Actualmente, las vacunas de ARNm contra el herpes zóster, el VRS y el cáncer, demuestran potencial. Sin embargo, la inmunosenescencia y el "inflammaging" complican su eficacia en este grupo. Para superar esto, se proponen estrategias como el uso de adyuvantes, dosis más altas de inmunógenos y vacunas combinadas. Además, vacunas personalizadas contra el cáncer enfrentan desafíos de acceso y costos, especialmente en países con recursos limitados. La adherencia a la vacunación en adultos es otro reto, influenciado por la percepción de riesgos-beneficios. Campañas educativas, sistemas de vigilancia robustos pueden aumentar la confianza y la aceptación. En países de ingresos bajos y medios, es crucial fortalecer la infraestructura de vacunación e integrarla en programas de salud existentes, como lo ha demostrado la experiencia con la COVID-19. Económicamente, estas reducen costos médicos, mantienen la productividad y contribución social de las personas mayores; impactando positivamente en la salud, la economía global y la sostenibilidad de los sistemas de salud. En conclusión, maximizar el potencial de la vacunación requiere mejorar la tecnología, garantizar acceso equitativo y fomentar la aceptación pública. Iniciativas como el Decenio del Envejecimiento Saludable de la ONU destacan la importancia de integrar la vacunación en estrategias globales para un futuro más saludable y sostenible.

3C. PLASMAFÉRESIS EN HONDURAS. Raúl Wilfredo Galeano Milla. Clínica Cellmater Honduras; San Pedro Sula, Honduras.

Es un procedimiento extracorpóreo para extraer sangre completa de un paciente previamente seleccionado de acuerdo con los criterios de la Asociación Americana para Aféresis (ASFA) y Neurológicos. Se le coloca un catéter periférico de Mahurkar para conectarlo a una máquina automatizada de aféresis (separador celular). Se obtiene la separación del plasma y de los otros componentes celulares; una vez recolectado el plasma (promedio de 3 litros en 5-6 horas), se le regresa el resto de los componentes (glóbulos rojos, plaquetas y leucocitos). El objetivo principal es remover elementos específicos no deseados (mediadores de procesos patológicos) utilizando kits desechables diseñados para tal propósito, de difícil obtención y costosos, que requieren un personal entrenado especializado (equipo de

aféresis, hematólogo, enfermeras profesionales). Las primeras técnicas fueron manuales; el pionero fue el Dr. Edwin J. Cohn en Harvard en los años 50. Estas técnicas separaban los componentes del plasma de acuerdo con su densidad. La primera plasmaféresis en Honduras se llevó a cabo en San Pedro Sula en el año 2000 en el Hospital CEMESA, a cargo del Dr. Raúl Galeano Milla y la Lic. Liliam Flores Ham, para un paciente con Guillain-Barré. Las indicaciones más comunes de plasmaféresis son para enfermedades neurológicas (Guillain-Barré, miastenia gravis) y algunas entidades nefrológicas y hematológicas como el síndrome de Goodpasture y púrpura trombocitopénica trombótica (PTT). Ha sido usada como recurso terapéutico en más de 80 enfermedades. La ASFA y la Asociación Americana de Bancos de Sangre (AABB) establecen 4 categorías para el uso de la plasmaféresis: Categoría I: La aféresis terapéutica es una terapia aceptada, ya sea como terapia de primera línea o adyuvante a otras terapias. Su eficacia está basada en pruebas bien controladas o bien diseñadas. Categoría II: La aféresis es generalmente aceptada como una terapia de soporte. Categoría III: La aféresis terapéutica no está claramente indicada, basada en evidencia insuficiente o resultados contradictorios. Categoría IV: La aféresis terapéutica ha demostrado carecer de efectividad.

4C. AVANCES EN EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA. Fawad Khan. Clínica Ochsner, Nueva Orleans, Luisiana, Estados Unidos.

5C. AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA EPILEPSIA RESISTENTE A FÁRMACOS. Isaac Molinero. Clínica Ochsner, Nueva Orleans, Luisiana, Estados Unidos.

6C. LABORATORIOS EN REUMATOLOGÍA. Jenny Maldonado. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

7C. FIEBRE REUMÁTICA MÁS ALLÁ DEL ASO. Pedro Martínez. Hospital Vicente D'Antoni; La Ceiba, Honduras.

8C. ARTRITIS REUMATOIDE; PERLAS SOBRE ETIOPATOGENIA, MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO. Emy Gutiérrez. Hospital CEMESA y Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica, sistémica, autoinmune e inflamatoria que afecta principalmente las articulaciones y tejidos blandos periarticulares. La prevalencia se encuentra 0.4-1.3% de la población mundial, con mayor incidencia en zonas rurales y en población de escasos recursos. Afecta predominantemente a mujeres en una relación 3:1 con respecto a los hombres, con un pico de incidencia en la menopausia. El compromiso inflamatorio afecta de manera simétrica, prevalece en articulaciones pequeñas y da lugar a erosión y destrucción en el cartílago y óseo; trayendo como consecuencia deformidades crónicas e incapacidad. Las manifestaciones clínicas más frecuentes comprenden artralgias, artritis, rigidez matutina,

mialgias, fatiga, fiebre intermitente, caída de cabello y pérdida de peso. En estadios tardíos o formas de enfermedad agresiva, existen también manifestaciones extraarticulares, como ser, ojo y boca seca, EPI, vasculitis, escleritis y EPI escleritis, entre otras. Algunos hallazgos laboratoriales que se encuentran en este grupo de pacientes, comprenden: factor reumatoide positivo a títulos bajos o altos, anticuerpos anti-péptido citrulinado positivos, en la hematología, pueden encontrarse anemia normocítica-normocrómica, trombocitosis, leucocitopenia o linfopenia. Pueden encontrarse elevados los marcadores de inflamación aguda (velocidad de eritrosedimentación y proteína C reactiva) en ausencia de infección; alteraciones en las pruebas de función renal, creatinina, BUN y en el examen general de orina que puede mostrar sedimento activo o proteinuria. Los hallazgos en estudios imagenológicos comprenden erosiones óseas marginales, tendinitis, derrame sinovial, disminución simétrica del espacio articular y datos de desmineralización ósea; por otro lado, una radiografía de tórax podría mostrar datos de EPI.

9C. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ¿CUÁNDO SOSPECHARLO? Siham Mendoza Kunkar. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES), es una enfermedad autoinmune sistémica caracterizada por una actividad aberrante del sistema inmunológico y se presenta con una amplia gama de manifestaciones clínicas, que incluyen síntomas renales, dermatológicos, neuropsiquiátricos y cardiovasculares. El lupus es "el gran imitador". El 63% de las personas con lupus refieren haber sido diagnosticadas incorrectamente y el 55% habían consultado a cuatro o más médicos diferentes sobre sus síntomas antes de ser diagnosticados con precisión. Desafortunadamente, parece haber una tendencia a aumentar la prevalencia del LES con el tiempo. Los costos relacionados con la atención médica del LES están relacionados con la gravedad de la enfermedad y los tipos de órganos involucrados. Es fundamental mejorar la capacidad de diagnosticar el LES de manera temprana para un tratamiento eficaz; para esto es necesario conocer de los criterios clasificatorios EULAR/ACR 2019 que ayudan a orientar sobre los signos y síntomas, estudios de laboratorio para hacer el diagnóstico. El tratamiento con agentes inmunosupresores es un desafío, ya que muchos agentes son relativamente inespecíficos y la enfermedad subyacente se caracteriza por brotes y remisiones impredecibles. Los objetivos generales del tratamiento del lupus eritematoso sistémico son reducir la actividad de la enfermedad, prevenir daños orgánicos irreversibles y conservar la calidad de vida. Estos objetivos se logran buscando la remisión o, si no se puede lograr la remisión, un estado de baja actividad de la enfermedad.

10C. MEDIOS DE CONTRASTE EN ENFERMEDAD RENAL. Roberto López. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

11C. COGNICIÓN Y MENOPAUSIA. Sofía Dubón. Hospital Zafiro; Tegucigalpa, Honduras.

12C. ENFERMEDAD METABÓLICA ÓSEA ASOCIADA A ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (CKD – MBD), UNA EPI-DEMICIA DESATENDIDA. Marlen Cruz Joya. Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública a nivel mundial, 1.3 millones de personas mueren de enfermedades renales cada año, más 1.4 millones de muertes por ECV atribuidas a ERC, su prevalencia aumenta alarmantemente, pasó entre 1990 a 2020 de la 17ª causa de muerte a la 10ª, se espera que ascienda a 5ª causa para el 2040. La incidencia en países de la región (Panamá, Costa Rica, Guatemala, Honduras) es entre 7.54 y 11.43%. La secretaria de Salud de Honduras, oficializó un registro aproximado de 3,380 personas que sufren ERC terminal, no hay datos de pacientes en estadios 3 y 4. Los trastornos de la mineralización y el metabolismo óseo son problemas comúnmente asociados, causando importante morbilidad y deterioro de la calidad de vida. Desde la disminución de 60 ml/min se encuentran alteraciones que incluyen elevaciones en los niveles séricos de PTH y fósforo, disminución del calcio sérico. La osteodistrofia renal está acompañada de disminución en la calidad ósea e incremento en incidencia de fracturas, puede ser clasificado en 5 grupos: Enfermedad ósea adinámica, de alto recambio, osteomalacia, osteoporosis y enfermedad renal ósea mixta. Las guías KDIGO recomiendan monitorizar valores séricos de calcio, fósforo, PTH, vitamina D y fosfatasa alcalina desde el estadio 3, cada 3 a 12 meses según evolución. El tratamiento de la CKD – MBD está orientado a disminuir las alteraciones en el metabolismo mineral, el efecto deletéreo cardiovascular (enfermedad arterial periférica, enfermedad coronaria). Incluye: Dieta, fijadores de fosfato, vitamina D, agonistas del receptor de calcio y paratiroidectomía. Buscando mantener objetivos: 1. Calcio sérico 8.5 – 10.5 mg/dL, 2. Fósforo sérico 2.5 – 4.5 mg/dL, 3. Producto calcio x fósforo <55 mg²/dL², 4. Niveles normales de fosfatasa alcalina (45 – 140 UI/L), 5. PTH en pacientes estadio 5 entre 150 y 300 pg/mL y 6. Incrementar la densidad mineral ósea.

13C. NEONATO CON DISTRÉS RESPIRATORIO. Moises Melgar. Hospital CEMESA; San Pedro Sula, Honduras.

14C. REANIMACIÓN NEONATAL HASTA EL DÍA DE HOY. Mérida Galeas. Centro de Especialidades Médicas; Santa Bárbara, Honduras.

La reanimación neonatal es un tema crucial para los médicos generales y profesionales de la salud, ya que cada año miles de recién nacidos requieren intervenciones inmediatas para sobrevivir y evitar complicaciones a largo plazo. A lo largo del tiempo, la reanimación neonatal ha incorporado nuevos conceptos basados en evidencia científica, como la importancia del contacto piel con piel en el proceso de estabilización, la optimización del uso de oxígeno y la preferencia por ventilación

con presión positiva en lugar de reanimación agresiva. Además, se ha reforzado la necesidad de realizar una evaluación rápida pero precisa, utilizando herramientas como la Escala de Apgar y la monitorización de la saturación de oxígeno para guiar la toma de decisiones. Uno de los aspectos clave de la práctica es la adaptación de estos avances en el ámbito clínico, asegurando que los médicos generales y otros profesionales estén preparados para actuar en cualquier entorno, incluso con recursos limitados. La enseñanza de maniobras como la ventilación con bolsa y mascarilla, el acceso vascular en situaciones de emergencia y el uso racional de fármacos como la adrenalina son fundamentales. Al actualizar a los profesionales en las últimas recomendaciones y cambios, se contribuye a mejorar la tasa de supervivencia neonatal y la calidad de atención. Este conocimiento no solo salva vidas, sino que también minimiza secuelas neurológicas y garantiza un mejor pronóstico para los recién nacidos que enfrentan dificultades al nacer.

15C. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU): CLAVES PARA DIAGNÓSTICO Y MANEJO EXITOSO. Jorge Díaz. Hospital CEMESA; San Pedro Sula, Honduras.

La infección del tracto urinario (ITU) es una de las patologías más frecuentes en la práctica médica, especialmente en población pediátrica y femenina en edad reproductiva. Se define como la presencia de bacterias en el tracto urinario acompañada o no de síntomas, clasificándose en ITU alta (pielonefritis) o baja (cistitis, uretritis). Su correcta identificación y tratamiento son esenciales para evitar complicaciones como daño renal permanente, sepsis y recurrencias. En pediatría, la ITU es la causa bacteriana más común de fiebre sin foco en menores de 2 años, y su prevalencia en niñas supera el 8% a lo largo de la infancia. En adultos, es una causa importante de morbilidad y consumo de antibióticos. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica, apoyado por pruebas como el uroanálisis, tira reactiva y cultivo de orina. La toma adecuada de muestra es esencial para evitar resultados falsos. El uso de antibióticos debe basarse en la gravedad clínica, edad del paciente, presencia de factores de riesgo y resultados del cultivo. La profilaxis antibiótica está indicada en casos seleccionados, como reflujo vesicoureteral grado alto o ITU recurrente documentada. Los estudios de imágenes, como ecografía renal y cistouretrógrafa miccional, no deben realizarse de forma rutinaria en todos los casos. Su indicación se reserva para pacientes con ITU febril, anomalías anatómicas sospechadas o recurrencia de episodios. Durante el congreso abordaremos la epidemiología, definiciones prácticas, estrategias diagnósticas actualizadas, cuándo y cómo usar antibióticos, y criterios claros para indicar imágenes y profilaxis. Este conocimiento permitirá al médico optimizar el manejo y prevenir daño renal a largo plazo.

16C. NIÑO CON HEMATURIA. Rubén Galeas. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

17C. NIÑOS CON TALLA BAJA. Ivania Hernández. Hospital CEMESA /Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

La evaluación del crecimiento es un pilar importante en la evaluación pediátrica. La antropometría es un indicador que cuantifica la variación en las dimensiones físicas y la composición del cuerpo en diferentes edades, y refleja el equilibrio entre las condiciones genéticas y los factores ambientales. La longitud es la distancia entre el vértex del cráneo y los calcáneos. Se determina con el paciente en decúbito supino, sobre una superficie horizontal y rígida. La talla, por acuerdo internacional, se refiere a la talla de pie a partir de los dos años, midiendo la distancia entre el vértex y el suelo. La talla baja es definida por encontrarse más de cuatro centímetros por debajo de la curva familiar esperada o dos desviaciones estándar por debajo de la media poblacional para la edad. Es importante determinar si las proporciones corporales son armónicas o disarmónicas, analizando la relación de segmentos y la relación brazada-talla. Las causas de la talla baja pueden ser congénitas o adquiridas. Las congénitas incluyen condiciones genéticas, como el síndrome de Turner, síndrome de Noonan, síndrome de prader-willi, displasias esqueléticas; condiciones hormonales, como el hipotiroidismo congénito, síndrome de Cushing o deficiencia de hormona de crecimiento. Las causas adquiridas incluyen factores nutricionales, enfermedades crónicas o incluso circunstancias socioeconómicas que limitan el acceso a una adecuada nutrición y atención médica. El diagnóstico se realiza con la historia clínica, análisis de la curva de crecimiento, estudios hormonales, radiografías para evaluar la edad ósea y, en algunos casos, pruebas genéticas. El tratamiento depende de la causa subyacente. En deficiencia de hormona de crecimiento se administra terapia hormonal, mientras que para displasias esqueléticas el tratamiento es paliativo, enfocado en mejorar la calidad de vida y adaptar el entorno.

18C. NEUMONÍAS EN PEDIATRÍA: COMPLICACIONES, LA RECURRENCIA Y PERSISTENCIA. Julio Ortega. Centro de Neumología y Alergia; San Pedro Sula, Honduras.

Las Neumonías son la principal causa de morbilidad en la población menor de 5 años de edad, cada año mueren 800,000 niños por esta enfermedad. Las complicaciones de las neumonías son múltiples, siendo el derrame pleural la más frecuente y sobre todo de origen piógeno. El manejo inicial debe incluir una toracocentesis preferible guiada por ultrasonido para realizar estudios citoquímicos, microbiológicos, patológicos y de biología molecular. El empiema es indicación absoluta para colocar sonda pleural, según la evolución clínica – radiológica se determinará si amerita uso de toracoltmicos o cirugía torácica. El uso de Estreptoquinasa ha tenido buenos resultados en el Hospital Mario Rivas. En caso de presentarse un paciente con Neumonía Recurrente (> 2 episodios / año o 3 o más en la vida) o Neumonía Persistente (síntomas y/o radiológicos por más de

un mes) el médico debe tener en consideración varias patologías que pueden estar condicionando este comportamiento, entre ellas : Inmunodeficiencias primarias o secundarias, Enfermedades congénitas con compromiso respiratorio importante como ser fibrosis quística y discinesia ciliar primaria, Síndromes aspirativos que acompañan a niños con déficit neurológico , alteración de la deglución, reflujo gastroesofágico , fistulas traqueoesofágicas, patología broncopulmonar congénita como ser: secuestro pulmonar, quiste broncogénico, malformación adenomatoidea quística y otros, y cuerpo extraño en vía respiratoria. Dependiendo de la sospecha clínica se indicarán estudios de laboratorio, genéticos, de biología molecular, imagen, endoscópicos y otros. El tratamiento será multidisciplinario e incluye al pediatra y subespecialistas como neumólogo, gastroenterólogo, infectólogo y cirujano pediatra.

19C. URTICARIA EN NIÑOS. Cinthia Falck. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

Se define urticaria como una alteración de la piel cuya lesión característica es el habón, el cual consiste en un área central edematosa rodeada por eritema, son característicos su desaparición a la presión y el prurito que causa. Las lesiones pueden ser individuales, pero también generalizarse en pocos minutos suelen aumentar de tamaño e incluso fusionarse, desapareciendo en 24 horas, sin dejar piel lesionada. Es una de las condiciones más comunes que se presentan en las salas de emergencia con una prevalencia estimada del 20%. EL 50% manifiestan urticaria y angioedema y menos del 1% progresa a urticaria crónica. El angioedema consiste en una afectación edematosa de las capas más profundas de la piel o mucosas. Suele causar más dolor que prurito y su resolución suele ser más lenta que la de los habones. Pueden coexistir ambas alteraciones. Hasta el 40 % de los niños con urticaria son menores de 6 años. Uno de cada cinco niños presenta un episodio de urticaria en algún momento de su vida por lo que conocer las características de esta enfermedad, es primordial ya que, a pesar de ser benigna, crea gran preocupación entre los padres y, por tanto, es motivo frecuente de consulta. La urticaria se clasifica en función de su duración, aguda o crónica, 6 semanas. Las causas más frecuentes de urticaria aguda en pediatría son las infecciones, seguidas de la alergia alimentaria, a fármacos o las picaduras de insecto. En la urticaria crónica (UC) los habones y/o angioedema permanecen durante 6 o más semanas. Las urticarias físicas y autoinmunes son crónicas, es más frecuente en adultos. Se clasifica en espontánea (UCE) si no hay factor etiológico aparente y en inducible (UCI) cuando existe un factor físico causante asociado. Los antihistamínicos de segunda generación son la primera línea de tratamiento.

20C. NIÑO QUE RONCA. Jorge Osorio. Centro de Neumología y Alergia; San Pedro Sula, Honduras.

21C. ACCIDENTE OFÍDICO EN PEDIATRÍA. Eliar Douglas Carranza Coello. Hospital Juan Manuel Galvez; Gracias, Lempira. Honduras.

El accidente ofídico es un problema de salud pública desatendido, siendo las personas que trabajen en campo los más afectados, clasificamos las serpientes en Viperidae de las cuales en Honduras contamos con 11 especies y elapidae 5 especies, siendo las áreas corporales de mordeduras más frecuente miembros inferiores (68%), miembros superiores (27%), el veneno de las serpientes viperidae está compuesto de aminoácidos, nucleótidos, lípidos, carbohidratos entre otros. La fosfolipasa es el componente principal con efecto catalítico, proinflamatorio, mionecrótico, neuro y cardio tóxico, anticoagulante, igualmente las hemorraginas que provocan hemorragia, flictenas, necrosis hemorrágica y fibrosis, en resumen provocan acción proteolítica, vasculotóxica y anticoagulante. El diagnóstico se hace con identificación de serpiente, antecedente y laboratorial, las manifestaciones clínicas iniciales son: náuseas, vómito, diarrea, síncope, taquicardia; las manifestaciones locales son: dolor, edema, equimosis, flictenas, ampollas, linfangitis, necrosis; las sistémicas son desfibrinación, trombocitopenia, gingivorragia, hematuria, hipotensión, edema, hipoalbuminemia, hemoconcentración, choque hipovolémico y stress post traumático, igual complicaciones renales, síndrome compartamental, amputaciones, infecciones y muerte. El tratamiento se hace con suero antiofídico polivalente, usando en casos leves 5 frascos y casos moderados a severos 10 frascos, Inmunoglobulina antitetánica y analgésicos como acetaminofén y opioides, no se utilizan ALNES, puede transfundirse según necesidad; ante una reacción a la aplicación de suero antiofídico, administrar difenhidramina y adrenalina y suspender temporalmente la administración de suero. Las mordeduras de la serpiente Elapidae (Coral) liberan neurotoxinas que causan pérdida de fuerza muscular y parálisis respiratoria (20-60%). Las mordeduras pueden ser secas o con envenenamientos leves. Los síntomas incluyen cefalea, náuseas, vómitos, ptosis palpebral, diplopía, oftalmoplejía, disfagia, parálisis faríngea, ataxia, arreflexia, parálisis flácida, convulsiones, confusión, debilidad muscular crónica y fallecimiento en 8-12 horas. El tratamiento incluye suero antiofídico anticoral, inhibidores de colinesterasa y fisioterapia para pacientes con manifestaciones moderadas a severas, con buen pronóstico y evolución.

22C. CALENDARIO QUIRÚRGICO Y UROLÓGICO. Christian Breiullet. Hospital Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Honduras.

23C. ABDOMEN AGUDO. Giovannie Marie. Hospital Bendaña; San Pedro Sula, Honduras.

24C. LA FITOFARMACOLOGÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN PEDIATRÍA. Oscar Gerardo Banegas Gonzáles; Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula; San Pedro Sula, Honduras.

La Fitofarmacología es una rama de la Farmacología que dedica su esfuerzo al estudio de la ciencia de la preparación de medicamentos cuyos principios activos residen en las plantas, su existencia es tan antigua como la Medicina misma; pero su jerarquización es relativamente nueva y, surge ante el encarecimiento de las prescripciones facultativas, el uso muchas veces obligado; pero no siempre acertado de medicina alternativa basada en la utilización de “recetas caseras” de brebajes y unturas de origen fitológico. La Pediatría Mesoamericana no ha quedado al margen de ambas realidades, y en la mezcla con ellas de la múltiple etnicidad, la cortedad de la preparación académica y la nada despreciable influencia cultural y religiosa que nos envuelve, el desarrollo de la Fito Farmacología ha encontrado un nicho en el amplio campo de la atención primaria en salud de los niños y adolescentes que junto a sus familias propias o adquiridas buscan la asistencia médica y de prescripción farmacológica de productos seguros, eficientes, confiables y de acceso económico plausible. En fin, en Honduras y con una intensa estrategia de mercadeo formal o no, estamos sumergidos en un torrente de Fito fármacos que en la práctica usaron nuestros profesores muchas veces como medidas complementarias a los manejos conocidos y aprendidos de la ciencia de la Farmacodinámica y Farmacocinética, hoy en cambio la oferta se mejora con conceptos de Biodisponibilidad y Bioequivalencia que nos asesoran e instan a confiar “en la receta de la abuela” basados en la evidencia que los torna recomendables. ¿Cómo enfrentar la vorágine del cambio? ¿Y superar las reticencias del intelecto y de la “duda científica”, además de la oposición desmedida de la Farmacéutica tradicional?; pues con las herramientas con que contamos: Estudiar y Probar.

25C. ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA PATOLOGÍA BENIGNA DE MAMA. Alicia Cerrato Grande. Liga Contra el Cáncer; San Pedro Sula, Honduras.

Las enfermedades benignas de la mama representan un grupo heterogéneo de trastornos que afectan hasta al 60% de las mujeres a lo largo de su vida y representan el 80% de las consultas por síntomas mamarios. Por tanto, es fundamental su adecuado manejo especialmente en la atención primaria, procurando un enfoque sistemático que combine la historia clínica detallada, el examen físico minucioso y el uso racional de pruebas complementarias. El triple diagnóstico (clínica, imagen e histología) sigue siendo el estándar de oro. Según

el riesgo de malignidad, las condiciones benignas se clasifican en tres categorías: no proliferativas, proliferativas sin atipia y lesiones con atipia. La estratificación del riesgo determinará la frecuencia de seguimiento por imagen. El ultrasonido es la herramienta ideal en menores de 40 años, y la mamografía con tomosíntesis en mujeres mayores. En el caso de los fibroadenomas, se recomienda la observación de lesiones asintomáticas menor de 2 cm; la escisión quirúrgica debe reservarse para casos sintomáticos o con características atípicas. La crioablación ambulatoria ha emergido recientemente como una alternativa mínimamente invasiva. Para la condición fibroquística, las modificaciones del estilo de vida son superiores al uso de medicamentos. En cuanto a los papilomas intraductales, la escisión quirúrgica sigue estando indicada para lesiones con atipia. La hiperplasia atípica tiene potencial maligno, por lo que se recomiendan protocolos de vigilancia estricta y la implementación de estrategias para la reducción del riesgo, como el uso de tamoxifeno. La colaboración multidisciplinaria y buena comunicación entre médicos de atención primaria, radiólogos, patólogos y cirujanos de mama sigue siendo esencial para obtener resultados óptimos para las pacientes. El uso de protocolos estandarizados y vías clínicas definidas optimiza el manejo de estas condiciones y reduce los costos sanitarios.

26C. BIRADS: INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA EN LA PATOLOGÍA DE MAMA. Ricardo Palau. DIAGNOS; San Pedro Sula, Honduras.

El sistema BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System), desarrollado por el Colegio Americano de Radiología, es una herramienta fundamental para la interpretación y comunicación de hallazgos en estudios de imagen mamaria. Su propósito es estandarizar los informes radiológicos y facilitar la toma de decisiones clínicas en la detección, diagnóstico y manejo del cáncer de mama. BIRADS clasifica los hallazgos en siete categorías, numeradas del 0 al 6, que reflejan el grado de sospecha de malignidad. BIRADS 0 indica un estudio incompleto, con necesidad de imágenes adicionales. BIRADS 1 y 2 son hallazgos normales o claramente benignos, respectivamente, que no requieren intervención adicional. BIRADS 3 se asocia con lesiones probablemente benignas, con menos del 2% de riesgo de malignidad, por lo que se recomienda seguimiento a corto plazo. Las categorías BIRADS 4A, 4B y 4C reflejan un riesgo creciente de cáncer (desde >2% hasta <95%), justificando la indicación de biopsia. BIRADS 5 representa alta sospecha de malignidad (>95%) y requiere acción diagnóstica y terapéutica inmediata. Finalmente, BIRADS 6 se asigna a lesiones ya confirmadas como malignas por biopsia. Este sistema no solo orienta al radiólogo, sino que también es una guía crítica para cirujanos, ginecólogos y oncólogos en la planificación del tratamiento. Además, promueve la coherencia en la terminología y el seguimiento de pacientes, facilitando estudios comparativos y auditorías clínicas. El conocimiento y correcta aplicación del BIRADS mejora la sensibilidad diagnóstica, reduce falsos positivos, y optimiza la atención al paciente. Es esencial que los

médicos de diversas especialidades comprendan su significado e implicancias, para garantizar un abordaje integral, oportuno y efectivo de la patología mamaria.

27C. MASTITIS PUERPERAL. Alicia Cerrato Grande. Liga Contra el Cáncer; San Pedro Sula, Honduras.

La mastitis sigue siendo un problema de salud importante que afecta entre el 2-33 % de las mujeres lactantes en todo el mundo, con una incidencia máxima durante las primeras 6 semanas posparto. El diagnóstico molecular temprano, incluyendo el cultivo de leche y las pruebas de PCR mejoran las tasas de identificación de patógenos en comparación con los métodos de cultivo tradicionales, lo que permite una terapia antimicrobiana más específica. El *Staphylococcus aureus* sigue siendo el patógeno predominante, seguido de los estafilococos coagulasa negativos y las especies de estreptococos. En cuanto a la eficacia del tratamiento, las revisiones sistemáticas han demostrado que la lactancia materna continua, combinada con la extracción frecuente de leche, sigue siendo la piedra angular del manejo. La inclusión de probióticos específicos, en particular las cepas de *Lactobacillus salivarius* y *Lactobacillus fermentum*, reducen las tasas de recurrencia en un tercio de los casos. La terapia con antibióticos sigue estando indicada para infecciones moderadas a graves. Entre los nuevos enfoques de manejo se incluye la ecografía mamaria terapéutica. En caso de abscesos mamaros, el drenaje ecoguiado se ha convertido en el estándar de atención, con tasas de resolución superiores al 95 % y una reducción significativa de la recurrencia en comparación con los métodos tradicionales de incisión y drenaje. Se destaca la importancia de los enfoques multidisciplinarios que incorporan apoyo a la lactancia, diagnóstico microbiológico y terapias antimicrobianas o probióticas adecuadas. La implementación de estas estrategias puede reducir significativamente la morbilidad asociada a la mastitis y mejorar las tasas de continuación de la lactancia materna.

28C. SANGRADO UTERINO DISFUNCIONAL: NUEVO ENFOQUE DE FIGO. Ricardo Antonio Rivas Sánchez. Instituto Hondureño de Seguridad Social; San Pedro Sula, Honduras.

La hemorragia uterina disfuncional (HUD), también conocida como sangrado uterino anormal (SUA), se refiere a cualquier variación en la frecuencia, regularidad, duración o volumen de la menstruación normal, incluyendo el sangrado intermenstrual. Es un sangrado anormal del útero no asociado a causas orgánicas (como tumores, infecciones o embarazo), sino a desequilibrios hormonales que alteran el ciclo menstrual. Es común en mujeres en edades extremas reproductivas (adolescentes y perimenopáusicas mayores de 45 años) debido a la inmadurez o declive del eje hipotálamo-hipófisis-ovario. Se clasifica según el sistema PALM-COEIN de la FIGO (2011), que categoriza según las causas en estructurales (PALM) y no estructurales. La HUD ahora englobada en el grupo "COEIN", se refiere a sangrados sin patología orgánica, asociados a coagulopatías, disfunción

ovulatoria, alteraciones endometriales, iatrogénicas, o no clasificadas. La HUD corresponde a “O” (Ovulatory Dysfunction), caracterizada por sangrado irregular debido a: anovulación crónica (ej. síndrome de ovario poliquístico, perimenopausia) y disfunción lútea (defecto en la fase secretora). La HUD es un diagnóstico de exclusión que requiere abordaje individualizado para restaurar el equilibrio hormonal y prevenir complicaciones como la anemia. La HUD, reclasificada como disfunción ovulatoria (COEIN-O) para su abordaje se debe descartar primero causas estructurales (PALM), y luego enfocarse en regularizar la ovulación con terapia hormonal. El tratamiento depende de la causa subyacente, edad, deseo de fertilidad y severidad del sangrado. Incluye manejo médico (AINEs, anticonceptivos hormonales, ácido tranexámico) o en ocasiones quirúrgico (histeroscopia, ablación endometrial, histerectomía). Este sistema estandariza el diagnóstico, evitando el término “disfuncional” y orientando el tratamiento según la etiología. La HUD (ahora “O”) requiere manejo hormonal, mientras que PALM puede necesitar cirugía. La clasificación PALM-COEIN permite un enfoque sistemático, facilitando el diagnóstico preciso y el tratamiento individualizado, mejorando así la calidad de vida y la salud reproductiva de las mujeres.

29C. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL (SUA). Angela Enamorado. Gynecare Center; San Pedro Sula, Honduras.

El sangrado uterino anormal (SUA) es una alteración en la cantidad, duración o regularidad del sangrado menstrual que afecta la calidad de vida de las pacientes. Es un motivo frecuente de consulta ginecológica, especialmente en adolescentes y mujeres en edad reproductiva. Para su evaluación, se utiliza la clasificación PALM-COEIN de la FIGO, que divide las causas en estructurales (Pólipo, Adeniosis, Leiomioma, Malignidad/hiperplasia) y no estructurales (Coagulopatía, Ovulatorio, Endometrial, Iatrogénico, No clasificado). El diagnóstico incluye una historia clínica detallada, evaluación de patrones menstruales, examen físico, y estudios complementarios como hemograma, pruebas de coagulación, niveles hormonales, ecografía pélvica transvaginal y, en algunos casos, histeroscopia o biopsia endometrial. El manejo depende de la causa, edad de la paciente, deseo de fertilidad y severidad del sangrado. En causas no estructurales, el tratamiento médico es la primera línea e incluye antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), anticonceptivos hormonales combinados, progestágenos, ácido tranexámico y dispositivos intrauterinos con levonorgestrel. En casos de sangrado severo, se puede requerir tratamiento hormonal en altas dosis o manejo hospitalario. Cuando la causa es estructural, el tratamiento puede ser médico o quirúrgico. Las opciones incluyen poliopectomía, miomectomía, ablación endometrial o histerectomía, según el caso. En adolescentes, se prioriza el tratamiento conservador. Es fundamental una evaluación individualizada, considerando comorbilidades, preferencias de la paciente y su contexto. Además, el seguimiento es clave para ajustar el tratamiento y garantizar una buena calidad de vida. En

conclusión, el SUA es una condición multifactorial que requiere un enfoque sistemático para su diagnóstico y un manejo integral centrado en la paciente.

30C. LA TIROIDES Y EL EMBARAZO: DIAGNÓSTICO Y MANEJO MATERNO FETAL. Juan José Jaar. Hospital CEMESA; San Pedro Sula, Honduras.

Las alteraciones tiroideas son las endocrinopatías más comunes durante el embarazo, con importantes implicaciones maternas y fetales. La fisiología tiroidea se modifica durante la gestación: hay un aumento de la globulina transportadora de tiroxina, mayor conversión periférica de T4 a T3, estimulación del receptor de TSH por la hCG en el primer trimestre, y un aumento en las necesidades de yodo. El hipotiroidismo puede ser clínico o subclínico. El primero, generalmente por tiroiditis de Hashimoto, se asocia a aborto espontáneo, parto pretérmino, preeclampsia y deterioro en el desarrollo neurológico fetal. El hipotiroidismo subclínico también se ha vinculado a desenlaces adversos, por lo que muchas guías recomiendan su tratamiento con levotiroxina, especialmente en mujeres con anticuerpos antitiroideos positivos o alto riesgo obstétrico. El hipertiroidismo es menos frecuente y suele ser causado por enfermedad de Graves. Puede provocar preeclampsia, restricción del crecimiento fetal, parto pretérmino e insuficiencia cardíaca materna. El tratamiento de elección es con tiamidas (propiltiouracilo en el primer trimestre y metimazol después del segundo), ajustando dosis para mantener niveles maternos seguros sin inducir hipotiroidismo fetal. El tamizaje universal de función tiroidea durante el embarazo sigue siendo debatido, aunque se recomienda evaluar a mujeres con factores de riesgo (antecedentes personales o familiares, síntomas sugestivos, infertilidad, abortos recurrentes). El control del embarazo en mujeres con disfunción tiroidea debe ser multidisciplinario y cuidadoso. Un diagnóstico oportuno y un manejo adecuado mejoran significativamente los desenlaces perinatales, por lo que es fundamental que los profesionales de salud estén familiarizados con estos desórdenes y sus implicaciones en la gestación.

31C. LA ENIGMÁTICA DESCARGA VAGINAL Y SU MANEJO. Miguel Ángel Crespin. Hospital CEMESA; San Pedro Sula, Honduras.

La candidiasis vulvovaginal recurrente (CVVR) es una infección micótica común en la práctica ginecológica, principalmente causada por *Candida albicans*. Se define como la aparición de cuatro o más episodios sintomáticos en un año, lo cual puede afectar significativamente la calidad de vida de la paciente. Los factores predisponentes incluyen el uso de antibióticos, anticonceptivos hormonales, diabetes mellitus, inmunosupresión, y alteraciones en la microbiota vaginal. Clínicamente, se presenta con prurito vulvar intenso, dispareunia, flujo vaginal espeso y blanquecino, así como eritema y edema vulvar. El diagnóstico se basa en la clínica y debe confirmarse con estudios micro-

biológicos, incluyendo cultivo y tipificación de especie, especialmente en casos recurrentes o refractarios. El tratamiento incluye antifúngicos tópicos o sistémicos, siendo el fluconazol oral el más utilizado. Para CVVR se recomienda un régimen de inducción seguido de terapia de mantenimiento prolongada. La identificación de factores predisponentes y su modificación es esencial para prevenir recurrencias. En pacientes con *Candida no albicans*, pueden requerirse tratamientos alternativos debido a menor sensibilidad al fluconazol. Es fundamental la educación de la paciente, evitar automedicación y prácticas de higiene que alteren el ecosistema vaginal. Se discute también la posibilidad del tratamiento de la pareja sexual y la necesidad de seguimiento clínico estrecho para evaluar la respuesta y evitar recaídas. En conclusión, la CVVR es un desafío clínico que requiere un enfoque integral, diagnóstico preciso y tratamiento individualizado. La investigación continúa en búsqueda de estrategias preventivas efectivas, como el uso de probióticos o vacunas, que puedan disminuir la alta carga de esta patología.

32C. TOMA CORRECTA DE CITOLOGÍA E INTERPRETACIÓN. Oscar Leonel Herrera. Liga Contra el Cáncer; San Pedro Sula, Honduras.

La citología cervical, también conocida como prueba de Papanicolaou, es fundamental en detección temprana del cáncer cervicouterino. Una toma adecuada garantiza resultados confiables. Se recomienda realizarla entre los días 10 y 20 del ciclo menstrual, evitando relaciones sexuales, duchas vaginales o uso de medicamentos intravaginales 48 horas antes. La paciente debe estar en posición ginecológica. Se introduce espéculo para visualizar cuello uterino obteniéndose la muestra usando una espátula de Ayre (para el ectocérvix) y un cepillo endocervical (para el canal cervical). En el método convencional, la muestra se extiende en un portaobjetos y se fija con alcohol al 96%. En el método de base líquida, se deposita en un vial con conservador especial. La interpretación se realiza mediante el sistema Bethesda, clasificando los resultados en: negativo para lesión intraepitelial o malignidad (normal), atipias de significado indeterminado (ASC-US), lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LSIL), de alto grado (HSIL), o carcinoma. También puede detectar infecciones como VPH, tricomonas o candidiasis. La citología convencional y la citología en base líquida difieren principalmente en la forma de procesamiento. La base líquida mejora la calidad de la muestra y reduce errores por superposición celular o presencia de moco y sangre, permite estudios adicionales como la detección de VPH, sin embargo, es más costosa. Ambos métodos son útiles, pero la correcta toma y conservación de la muestra son clave para una interpretación diagnóstica efectiva. La citología sigue siendo esencial en los programas de prevención del cáncer cervicouterino, especialmente en mujeres entre 21 y 65 años. Ventajas de la citología líquida: Mayor sensibilidad para detectar lesiones precancerosas, permite hacer pruebas moleculares (como tipificación de VPH) desde la misma muestra y reducción de errores por mala extensión o secado de las células. Ventajas

de la citología convencional: más económica, ampliamente utilizada y requiere menos tecnología y equipamiento.

33C. IVAA VER Y TRATAR ¿CUÁNDO SÍ? Mario Rosales. Liga Contra el Cáncer. San Pedro Sula, Honduras.

La inspección visual con ácido acético (IVA) es una herramienta fundamental en tamizaje del cáncer cervical en Honduras, este ocupa la segunda posición como causa de mortalidad por cáncer en población femenina. Esta técnica valorada por su sencillez, bajo costo y rapidez, permitiendo detectar lesiones precancerosas en mujeres en edad reproductiva, especialmente en áreas rurales y de bajos recursos. IVA consiste en aplicar ácido acético al cuello uterino y observar los cambios en la mucosa; las áreas que se vuelven blancas (acetoblancas) indican posibles lesiones que requieren atención. Cuando se obtiene un resultado acetoblanco positivo, el personal capacitado puede decidir si la lesión es tratable en el mismo lugar o si debe referirse a centro especializado. La decisión de tratar en el lugar se basa en la apariencia de la lesión, su tamaño y la experiencia del operador; lesiones pequeñas, bien delimitadas y sin signos de invasión pueden ser tratadas con procedimientos como la crioterapia o ablación térmica. Sin embargo, si la lesión es extensa, irregular, presenta sangrado, o si hay dudas sobre la gravedad, es fundamental referir la paciente a centro de mayor especialización para realizar biopsia y manejo adecuado. Además, si paciente presenta síntomas como sangrado irregular, dolor o signos de invasión, o si la lesión no responde a la primera intervención, la referencia se vuelve imprescindible. La clave está en la capacitación del personal en la interpretación de los resultados y en la toma de decisiones clínicas acertadas, garantizando que las mujeres reciban el tratamiento oportuno y evitando tanto el tratamiento innecesario como la omisión de atención en casos que requieren intervención especializada. La IVA, por tanto, es una estrategia efectiva en la lucha contra el cáncer cervical en Honduras, siempre que se utilice con criterio clínico y en coordinación con los centros de referencia adecuados.

34C. INMUNIZACIÓN Y PREVENCIÓN: ROMPIENDO BARRERAS EN LA LUCHA CONTRA EL VPH. Miguel Crespín. Hospital CEMESA; San Pedro Sula, Honduras.

El virus del papiloma humano (VPH) representa una de las infecciones de transmisión sexual más prevalentes a nivel mundial y es el principal causante de cáncer de cuello uterino, así como de otros cánceres anogenitales y orofaríngeos. La inmunización contra el VPH mediante vacunas profilácticas ha demostrado ser una herramienta altamente eficaz para prevenir estas enfermedades. Sin embargo, a pesar de su efectividad, la implementación de programas de vacunación masiva enfrenta importantes desafíos. Entre las principales barreras se encuentran la falta de conocimiento y la desinformación sobre el VPH y su vacuna, factores culturales y religiosos que promueven la renuencia a vacunar, el costo de las vacunas en países de bajos

ingresos, y las limitaciones en la infraestructura de salud pública para lograr una amplia cobertura. Asimismo, la percepción errónea de que la vacunación promueve comportamientos sexuales de riesgo ha sido un obstáculo frecuente en diversas comunidades. Superar estas barreras exige estrategias multifacéticas. La educación comunitaria basada en evidencia, la capacitación de profesionales de la salud como agentes de cambio, el subsidio gubernamental de los costos de vacunación y la integración de la inmunización en programas escolares son medidas que han demostrado aumentar las tasas de aceptación y cobertura. De igual manera, campañas de comunicación masiva y el abordaje respetuoso de preocupaciones culturales son fundamentales para generar confianza en la población. La lucha contra el VPH es un esfuerzo global que requiere no solo de avances científicos, sino también del compromiso social y político para garantizar el acceso equitativo a la vacunación. Romper las barreras que limitan la inmunización es, hoy más que nunca, un paso esencial hacia la erradicación del cáncer cervical y otras enfermedades relacionadas al VPH.

35C. ULTRASONIDO GINECOLÓGICO: QUÉ DEBEMOS REPORTAR Y EVALUAR. Ricardo Palau. DIAGNOS; San Pedro Sula, Honduras.

El ultrasonido ginecológico es una herramienta diagnóstica esencial en la evaluación del aparato reproductor femenino. Su uso permite visualizar con alta resolución estructuras como el útero, los ovarios, el endometrio y el fondo de saco, proporcionando información clave para el diagnóstico y seguimiento de múltiples patologías. Para una correcta interpretación y reporte, es fundamental aplicar criterios estandarizados y detallados. Durante el estudio, se debe evaluar el útero en cuanto a tamaño, forma, contorno, ecogenicidad y presencia de lesiones focales como miomas o adenomiosis. En el endometrio, es crucial reportar el grosor, la ecogenicidad, y la morfología en relación con la fase del ciclo menstrual. Alteraciones como engrosamientos, pólipos o presencia de líquido deben describirse con precisión. Los ovarios deben ser evaluados en tamaño, ecogenicidad y presencia de folículos o masas. Quistes funcionales, endometriomas o lesiones sospechosas deben ser caracterizadas según sus características ecográficas. La clasificación IOTA (International Ovarian Tumor Analysis) puede ser útil para diferenciar lesiones benignas de malignas. También es importante examinar el fondo de saco (Douglas) en busca de líquido libre o masas anexiales, lo que puede orientar hacia patologías como enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis o ruptura de quistes. El informe debe incluir todos estos aspectos de forma clara y estructurada, facilitando la correlación clínica y la toma de decisiones terapéuticas. Además, en contextos de fertilidad, el ultrasonido transvaginal aporta datos relevantes sobre reserva ovárica y monitoreo folicular. Un buen reporte ecográfico ginecológico debe ser completo, preciso y comprensible, ya que impacta directamente en la calidad del cuidado médico que reciben las pacientes.

36C. ACTUALIZACIÓN EN EL SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO. Juan Ferez. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es un trastorno hormonal común que afecta a las mujeres en edad reproductiva. Es una condición en la que los ovarios producen cantidades anormalmente altas de andrógenos (hormonas masculinas), lo que puede interferir con la ovulación normal. Entre las características principales se encuentran: ciclos menstruales irregulares o ausentes, quistes en los ovarios (aunque no siempre están presentes), hiperandrogenismo (puede causar acné, exceso de vello (hirsutismo) y calvicie de patrón masculino) de infertilidad debido a la falta de ovulación. No se conoce la causa exacta, pero se asocia con: resistencia a la insulina, predisposición genética y desequilibrios hormonales. El diagnóstico, se basa en criterios clínicos, ecografía y análisis hormonales. Se suelen usar los criterios de Rotterdam, que requieren al menos dos de los siguientes: irregularidades menstruales, evidencia clínica o bioquímica de exceso de andrógenos y ovarios poliquísticos en la ecografía. El Tratamiento consiste en: cambios en el estilo de vida (dieta, ejercicio y pérdida de peso), medicamentos hormonales (anticonceptivos orales para regular el ciclo y controlar los síntomas), metformina (mejora la sensibilidad a la insulina) y fertilidad (medicamentos como el clomifeno o letrozol si se busca embarazo).

37C. EL ESTUDIO DE LA INFERTILIDAD EN PAREJAS: UNA VISIÓN INTEGRAL. María Egas. Clínica. DXGEN; San Pedro Sula, Honduras.

La infertilidad es una condición que afecta aproximadamente al 15% de las parejas en edad reproductiva. Su estudio requiere un enfoque integral que contemple tanto factores femeninos como masculinos, y que integre dimensiones anatómicas, bioquímicas, hormonales, genéticas y de estilo de vida. Desde una perspectiva anatómica, en la mujer es fundamental evaluar la integridad del aparato reproductor: útero, trompas de Falopio y ovarios, considerando alteraciones como endometriosis, miomas o sinequias. En el varón, se examina la morfología testicular, la permeabilidad de los conductos deferentes y la presencia de varicocele. A nivel bioquímico y hormonal, en la mujer se deben explorar las hormonas involucradas en el eje hipotálamo-hipófisis-ovario (FSH, LH, estradiol, progesterona, prolactina y TSH), además del perfil androgénico. En el hombre, la evaluación incluye niveles de testosterona total y libre, FSH y LH, que ayudan a interpretar alteraciones en la espermatogénesis. El componente genético no debe subestimarse. Alteraciones como el síndrome de Klinefelter en hombres, el síndrome de Turner o mutaciones en genes relacionados con la reserva ovárica, pueden condicionar la fertilidad. Los cariotipos y estudios de microdeleciones del cromosoma y/o mutaciones en el gen CFTR también son relevantes. Además, los hábitos de vida influyen significativamente. Factores como tabaquismo, alcohol,

obesidad, ejercicio excesivo, exposición a toxinas ambientales, estrés crónico y patrones de sueño alterados impactan la función reproductiva en ambos sexos. Este enfoque integral no solo mejora el diagnóstico, sino que también permite diseñar intervenciones personalizadas y más efectivas. La infertilidad no debe ser vista como un problema exclusivamente femenino ni solo médico, sino como una condición de pareja que exige empatía, ciencia y colaboración multidisciplinaria.

38C. EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON PÉRDIDA AUDITIVA. Iván Jovel. Clínica Murillo; San Pedro Sula, Honduras.

El oído es el sentido con el que percibimos los sonidos que nos rodean; a través de la audición, nos relacionamos con nuestro entorno, nos comunicamos con los demás, expresamos nuestros pensamientos y nos educamos. En todo el mundo, más de 1.500 millones de personas tendrán algún tipo de disminución de la capacidad auditiva a lo largo del curso de su vida, de las cuales al menos 430 millones necesitarán atención. Si no se la detecta y atiende, la pérdida de la audición puede tener consecuencias de gran alcance que afectan la adquisición del lenguaje, el bienestar psicosocial, la calidad de vida, los logros educativos y la independencia económica en las diversas etapas de la vida. Muchas causas de la pérdida de la audición pueden prevenirse. Las infecciones y enfermedades comunes del oído, ciertas enfermedades prevenibles por vacunación y la exposición al ruido y a los productos químicos ponen en peligro la audición de muchas personas a distintas edades. Las medidas en materia de salud pública deben tener en cuenta los cambios demográficos en curso: en las próximas décadas, se prevé que la pérdida de la audición aumente más de 1.5 veces. Se dice que una persona tiene pérdida de la audición si su capacidad auditiva está reducida y no es capaz de oír tan bien como alguien con una audición normal. La audición "normal" suele referirse a umbrales de audición de 20 dB o más en ambos oídos. La capacidad auditiva es la capacidad de percibir los sonidos y se mide con la audiometría de tonos puros, considerada la prueba de referencia para la evaluación. Es importante promover la atención otológica y audiológica temprana que permita a las personas con discapacidad auditiva recibir una intervención clínica y una rehabilitación auditiva adecuada.

39C. OTITIS MEDIA: UPDATE. Daniel Pazzetti. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

40C. PAILOMATOSIS LARÍNGEA. Gabriela Muñoz. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

41C. NUEVAS ARMAS EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA. Daniel Chinchilla. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

42C. RESONANCIA MULTIPARAMÉTRICA PARA CÁNCER DE PRÓSTATA. Sara Chinchilla. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

43C. PATIENT BLOOD MANAGEMENT (PBM): GESTIÓN DE LA SANGRE EN EL PERIOPERATORIO. María Alejandra Echeto. Hospital Bendaña; San Pedro Sula, Honduras.

El Patient Blood Management (PBM) es una estrategia médica centrada en optimizar el manejo de la sangre del paciente para mejorar los resultados clínicos, reducir la exposición a transfusiones y promover una recuperación segura. Se basa en tres pilares fundamentales: la optimización de la eritropoyesis (tratamiento de la anemia preoperatoria), la minimización de la pérdida sanguínea y la mejora de la tolerancia a la anemia. El primer pilar aborda la anemia preoperatoria, un factor de riesgo asociado a mayor morbilidad quirúrgica. Incluye la identificación de la causa subyacente y su tratamiento específico con hierro (oral o intravenoso), vitamina B12, ácido fólico y eritropoyetina. El tratamiento se establece según causa subyacente, tiempo disponible para tratamiento y adherencia al mismo del paciente. El segundo pilar se enfoca en reducir la pérdida sanguínea mediante técnicas quirúrgicas menos invasivas, control riguroso de la hemostasia, uso de antifibrinolíticos (ácido tranexámico), y dispositivos de recuperación de sangre intraoperatoria (cell savers). Estas estrategias permiten preservar el volumen sanguíneo autólogo del paciente y disminuir el riesgo de transfusiones. El tercer pilar busca mejorar la tolerancia a la anemia, adaptando el manejo clínico a cada paciente según su capacidad de compensar bajos niveles de hemoglobina, con soporte fisiológico adecuado y evitando transfusiones basadas únicamente en valores de laboratorio. Se destaca además el uso de la tromboelastografía (TEG), una herramienta avanzada que evalúa en tiempo real la dinámica de la coagulación, permitiendo una evaluación funcional del sistema hemostático. Su uso en contextos quirúrgicos complejos o coagulopatías permite tomar decisiones terapéuticas más precisas, optimizando el tratamiento y evitando transfusiones innecesarias. La implementación sistemática del PBM mejora la seguridad y reduce las complicaciones postoperatorias. Hoy en día, se considera el nuevo estándar en seguridad y calidad de atención centrada en el paciente.

44C. EVALUACIÓN PREOPERATORIA. Carlos Espinoza. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

45C. INTERVENCIONISMO PARA EL DOLOR CRÓNICO REFRACTARIO. Carlos Espinoza. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

46C. INFECCIONES URINARIAS RECURRENTES: ABORDAJE Y MANEJO. Alex Gómez. Centro Médico Galenos; San Pedro Sula, Honduras.

47C. LITIASIS RENAL. Carlos Izaguirre. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

48C. TRANSPLANTE RENAL: EXPERIENCIA NACIONAL. Roberto Fasch; Hospital Bendaña; San Pedro Sula, Honduras.

49C. TRAUMATISMO RENAL. Romary Aleman.

50C. ANESTESIA EN EL PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMO. Sergio Montoya. Hospital CEMESA; San Pedro Sula, Honduras.

51C. SEGURIDAD Y EFICACIA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA. Dalio Gómez. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

52C. EVALUACIÓN DE DISNEA AGUDA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS. José Gómez.

La disnea aguda es uno de los síntomas más frecuentes en los servicios de emergencias, representando un desafío diagnóstico debido a su etiología diversa y potencialmente mortal. Una evaluación rápida y precisa es esencial para mejorar los resultados clínicos y reducir la mortalidad. Aunque la historia clínica y el examen físico son fundamentales, su especificidad y sensibilidad pueden ser limitadas en el contexto de la disnea aguda. Por ello, es crucial complementar la evaluación inicial con herramientas diagnósticas adicionales para una valoración más precisa. Herramientas diagnósticas de imágenes y biomarcadores: Radiografía de tórax, Electrocardiograma, POCUS, Biomarcadores. Estrategias, el soporte respiratorio ya sea no invasivo o invasivo, con dispositivos de alto flujo o ventilación con presión positiva continua (CPAP) y la ventilación no invasiva (NIV), ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la disnea aguda, especialmente en casos de edema pulmonar cardiogénico y exacerbaciones de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Estas modalidades mejoran la oxigenación, reducen el trabajo respiratorio y pueden disminuir la necesidad de intubación. Identificar la causa y tratarla de manera oportuna tiene un impacto en el pronóstico clínico y supervivencia de los pacientes con esta afección.

53C. DEMANDA LEGAL EN LA ASISTENCIA MÉDICA. Carlos Medina. Licenciado en Derecho; San Pedro Sula, Honduras.

54C. SIMULACIÓN DE CASOS DE DEMANDA LEGAL. Carlos Medina. Licenciado en Derecho; San Pedro Sula, Honduras.

55C. ACTUALIZACIÓN EN QUEMADURAS. Gonzalo Pineda. Hospital del Valle. San Pedro Sula, Honduras.

56C. REHABILITACIÓN EN QUEMADURAS. Erika Calderon. Instituto Hondureño de Seguridad Social y Hospital Militar; San Pedro Sula, Honduras.

Las quemaduras representan un problema importante de salud pública, por requerir un gasto considerable de recursos sa-

nitarios, invertidos en personal especializado, infraestructura, insumos, entre otros, a pesar de ser eventos prevenibles se considera que representan la tercera causa de defunciones en niños a nivel mundial. La rehabilitación de pacientes con quemaduras es un continuo de terapia activa que comienza desde su ingreso al hospital; para facilitar el seguimiento o una vía de atención, se han dividido en etapas iniciales y etapas posteriores dependiendo del tamaño y la gravedad de la lesión, la edad y factores premórbidos, durante el acompañamiento de estas la mejora del dolor es esencial, cuyo objetivo de los medicamentos analgésicos debe ser desarrollar un buen control del dolor de línea de base para permitir que el movimiento funcional y las actividades de la vida diaria ocurran en cualquier momento durante el día, cuando introducimos la rehabilitación como parte integral de la atención desde el primer día, ya sea en paciente hospitalizado o ambulatorio, es más fácil de aceptar y seguir como un elemento adicional de su atención en una fecha posterior cuando las contracturas ya se estén desarrollando. Se pueden realizar diferentes intervenciones de terapia física y ocupacional dependiendo la etapa en la que se encuentre el paciente, como ser posicionamiento, ferulización, estiramientos, ejercicio terapéutico, terapia respiratoria, educación a la familia, psicoterapia, manejo de la cicatriz, hidratación y masoterapia, terapia de presión, uso de silicona, uso de medios físicos, infiltraciones, manejo del dolor, prurito entre otras. La rehabilitación tiene un papel importante en la prevención de deformidades, restauración funcional, mejora en la estética de la cicatriz, reintegración a sus actividades de la vida diaria, y forma parte del cuidado de las quemaduras gracias a los avances en medicina actual, disminuyendo los costos y el tiempo de atención.

57C. MANEJO CONSERVADOR EN REHABILITACIÓN INICIAL DE FRACTURAS. Roger Ortega. Hospital Vicente D' Antoni; La Ceiba, Honduras.

La rehabilitación en el manejo conservador de fracturas es un proceso fundamental que comienza desde la evaluación inicial. Esta incluye anamnesis, examen físico y estudios radiológicos, lo que permite establecer un plan terapéutico efectivo. Se prioriza la movilización temprana de segmentos articulares no comprometidos, lo cual mejora la funcionalidad y reduce complicaciones. El proceso de curación ósea depende de factores histológicos, biológicos y del entorno del paciente. Existen elementos que favorecen la curación, como una adecuada vascularización, y otros que la dificultan, como el tabaquismo o la desnutrición. Las medidas no farmacológicas, como el uso de modalidades físicas, también contribuyen a un mejor pronóstico. Se describen protocolos específicos para distintos tipos de fracturas; por ejemplo, en fracturas de clavícula mínimamente desplazadas, se utilizan ejercicios pasivos y activos como 'rock the baby' y ejercicios de Codman. En fracturas proximales del húmero, se recomienda el uso de bastón para asistencia en la flexión y rotación externa, con especial énfasis en el seguimiento del programa a largo plazo. En fracturas distales de radio, el correcto manejo del yeso es crucial, incluyendo medidas como la apertura de regatas descompresivas para evitar fenómenos

compresivos. También se destaca la importancia de mantener la movilidad de las articulaciones no afectadas y realizar drenaje linfático. Para fracturas de columna vertebral sin lesión neurológica, se aplican criterios basados en la clasificación de Magerl. Se consideran también fracturas del acetábulo, patela, platillo tibial y tobillo, cada una con criterios específicos para un tratamiento conservador, incluyendo aspectos como la estabilidad, el desplazamiento y las comorbilidades. Finalmente, se concluye que el elevado grado de éxito en la rehabilitación conservadora requiere un enfoque individualizado, una movilización oportuna y la participación activa del paciente, factores claves para minimizar la morbilidad a largo plazo.

58C. PROLOTERAPIA EN REHABILITACIÓN. María Herrera. Clínica SER; San Pedro Sula, Honduras.

La proloterapia es una técnica de medicina regenerativa, en el campo de la rehabilitación empleada para combatir el dolor musculoesquelético crónico. Consiste en la inyección de soluciones irritantes, principalmente dextrosa hipertónica, en los ligamentos, tendones o articulaciones que se encuentren lesionadas. Buscando generar una respuesta inflamatoria controlada para fomentar la regeneración del tejido conectivo y lograr una mayor estabilidad articular, disminuyendo la sintomatología dolorosa. Ha demostrado ser una terapia viable en pacientes con tendinopatías, esguinces, inestabilidad ligamentaria, dolor lumbar crónico, así como en artrosis leve a moderada. Por otro lado, debido a que esta terapia es aplicada en rehabilitación física, posibilita la rápida recuperación de la funcionalidad, se utiliza en conjunto con fisioterapia, ejercicio y reeducación postural. Por consiguiente, diversos estudios clínicos han demostrado mejoras significativas en la reducción del dolor, aumento de la movilidad y calidad de vida de los pacientes tratados con proloterapia, especialmente cuando otras opciones conservadoras han fallado. Es una alternativa menos invasiva que la cirugía, con un perfil de seguridad favorable y baja incidencia de efectos adversos, siempre y cuando se realice por profesionales capacitados. La proloterapia en la práctica clínica implica una evaluación integral y un protocolo individualizado con el paciente. La colaboración interdisciplinaria entre los médicos rehabilitadores, fisioterapeutas y especialistas en manejo del dolor es crucial para lograr el mayor efecto positivo de las intervenciones. En general, la proloterapia es una valiosa y prometedora adición al arsenal de terapias no farmacológicas utilizado en la rehabilitación, con perfil de seguridad favorable; pues tiene un respaldo científico significativo. Su inclusión en programas de tratamiento integrales puede mejorar los resultados funcionales y reducir la necesidad de intervenciones más invasivas, beneficiando tanto a pacientes como al sistema de salud.

59C. SÍNDROME MIOFASCIAL CERVICAL: COMO ABORDARLO. Allan Torres. Guatemala.

60C. IDENTIFICACIÓN DE SARCOMA MUSCOLOESQUELÉTICO. Tito Livio. Hospital Honduras Medical Center; Tegucigalpa, Honduras.

60C. IDENTIFICACIÓN DE SARCOMA MUSCOLOESQUELÉTICO. Tito Livio. Hospital Honduras Medical Center; Tegucigalpa, Honduras.

61C. PROGRAMA DE CIRUGÍA ARTICULAR: FUNDACIÓN RUTH PAZ. Luis Arita. Hospital Fundación Ruth Paz; San Pedro Sula, Honduras.

62C. COMUNICACIÓN DE RIESGOS Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL MANEJO DE EPIDEMIAS. Popultaion Services International (PSI).

63C. CÁNCER DE MAMA. Sociedad de Oncología.

64C. CURSO BÁSICO DE HÍGADO. Sociedad de Gastroenterología.

65C. ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO. Josue Umaña. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

66C. ENDOSCOPIA: MANEJO DE HEMORROIDES. Enrique Martínez. Hospital Evangélico; Siguatepeque, Comayagua, Honduras.

67C. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CÁNCER COLORECTAL. Heidy Rápalo. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

68C. GENERALIDADES DE LA PATOLOGÍA ANORECTAL. Heidy Rápalo. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

69C. CIRUGÍA BARIÁTRICA: EXPERIENCIA EN EL IHSS. Álvaro Funez. Instituto Hondureño de Seguridad Social-Hospital Regional del Norte; San Pedro Sula, Honduras.

70C. ABORDAJE DE LA HTA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL AGUDA Y CRÓNICA. Manuel Rocha. Hospital Bendaña; San Pedro Sula, Honduras.

71C. DESAFÍOS EN EL 2025 PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO, ¿QUÉ SUCEDE EN HONDURAS? Manuel Armando Espinoza Rueda. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

El infarto de miocardio es una situación urgente que conlleva una mortalidad elevada siendo la principal causa de muerte a nivel mundial. En los Estados Unidos se producen aproximadamente 1 millón de infartos de miocardio anualmente. El infarto agudo de miocardio es una necrosis miocárdica que se produce por la obstrucción de una arteria coronaria condicionando opresión o dolor torácico, disnea, síncope, colapso hemodinámico y muerte. El diagnóstico se confirma con electrocardiograma y los marcadores séricos como Troponinas, Creatinina-MB y debe ser realizado a la brevedad posible a su ingreso. El tratamiento médico va de acuerdo con el tipo de síndrome coronario agudo,

el cual puede ser infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST y sin elevación del segmento ST. El tratamiento es farmacológico, fibrinólisis sistémica e intervención coronaria percutánea. Los tiempos en el inicio del tratamiento son fundamentales para impactar en el pronóstico de vida del paciente. Los fármacos trombolíticos fibrinolíticos específicos son considerados los ideales para impactar en el éxito del tratamiento y sobrevida. Además, se debe contar con mayor número de hospitales con salas de hemodinámica para el tratamiento oportuno de los pacientes.

72C. USO DE ISGLT2 EN EL ESPECTRO DE LA FALLA CARDÍACA. César Fernando Somoza Toro. Hospital CEMESA y Cardiocenter; San Pedro Sula, Honduras.

Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) han emergido como una terapia fundamental en la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFEr). Inicialmente desarrollados para el manejo de la diabetes mellitus tipo 2, su impacto en la fisiopatología cardiovascular ha sido ampliamente documentado, con beneficios que trascienden el control glucémico. Los estudios EMPEROR-Reduced (empagliflozina) y DAPA-HF (dapagliflozina) demostraron que los iSGLT2 reducen significativamente la mortalidad cardiovascular y las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca en pacientes con ICFEr, independientemente del estado glucémico. Su mecanismo de acción involucra múltiples vías: reducción de la precarga y poscarga mediante diuresis y natriuresis, disminución de la rigidez ventricular, atenuación del estrés oxidativo y la inflamación, así como mejoría en la bioenergética cardíaca a través del aumento en la oxidación de ácidos grasos y cuerpos cetónicos. Desde el punto de vista clínico, los iSGLT2 son ahora recomendados como parte del tratamiento estándar de la ICFEr junto con bloqueadores del sistema renina-angiotensina, betabloqueadores y antagonistas de mineralocorticoides. Sus beneficios incluyen una mejoría sintomática, reducción de eventos adversos y un perfil de seguridad favorable, con efectos adversos mínimos, siendo los más relevantes la mayor incidencia de infecciones urinarias y euglucemia con cetoacidosis en pacientes predispuestos. En conclusión, los iSGLT2 representan un avance significativo en la terapéutica de la ICFEr, con efectos pleiotrópicos que impactan positivamente la morbilidad. Su inclusión temprana en el tratamiento optimizado de la insuficiencia cardíaca es crucial para mejorar los desenlaces clínicos en esta población de alto riesgo.

73C. INDICACIONES E INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS DE IMAGEN CARDIOVASCULAR. Aldo Fernando Ponce Barahona. Hospital del Valle y Hospital CEMESA; San Pedro Sula, Honduras.

La cardiopatía isquémica es un proceso patológico complejo causado por el desarrollo de la aterosclerosis coronaria, con efectos posteriores en el miocardio ventricular izquierdo. Los recientes avances en tomografía computarizada (TC) y resonancia

magnética cardíaca (RMC) permiten obtener imágenes detalladas de cada una de estas diferentes fases de la enfermedad, lo que potencialmente permite el seguimiento de la cardiopatía isquémica a lo largo de la vida del paciente. En particular, la TC se ha consolidado como la modalidad no invasiva de elección para obtener imágenes de las arterias coronarias, mientras que la RMC ofrece evaluaciones detalladas de la perfusión, la viabilidad y la función miocárdicas. La utilidad clínica de estas técnicas está cada vez más respaldada por datos sólidos de ensayos controlados aleatorizados, aunque la adopción generalizada de la TC cardíaca y la RMC requerirán mayor evidencia de su eficacia clínica y rentabilidad. La TC y la RMC de las arterias coronarias y el miocardio ventricular izquierdo proporcionan evaluaciones complementarias e integrales de la cardiopatía isquémica, desde sus etapas preclínicas más tempranas hasta las fases finales de la insuficiencia cardíaca avanzada. Estas nuevas modalidades de imagen ya están impactando la atención clínica, y se prevé que nuevos avances amplíen su utilidad y función. En particular, la TC se ha consolidado como la prueba no invasiva de elección para obtener imágenes de la anatomía coronaria. La RMC, en cambio, es de gran valor para evaluar el miocardio ventricular izquierdo, en particular, por su capacidad para investigar la perfusión miocárdica y la composición tisular sin necesidad de radiación.

74C. REFERENCIA OPORTUNA AL NEFRÓLOGO. Alexa Benavides. Hospital Bendaña; San Pedro Sula, Honduras.

75C. NEUROMIELITIS ÓPTICA (NMOSD) Y SU DIAGNÓSTICO. Eunice Ramírez. Hospital Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Honduras.

La Neuromielitis Óptica es una enfermedad neurológica autoinmune caracterizada por ataques de neuritis óptica y mielitis transversa. Los ataques pueden ser grandes y la recuperación incompleta que pueden acumularse y dar una discapacidad a largo plazo. La mayoría de los casos están asociados a los anticuerpos IgG séricos de Aquaporina 4 (AQP4), los cuales son fundamentales para su diagnóstico pues es un marcador que no se encuentra en otras enfermedades inmunomediadas. Es poco frecuente que ambas presentaciones ocurran en el primer ataque de neuromielitis con IgG- AQP4 positivo, pero muchos pacientes acaban presentando ambos ataques o en recaídas posteriores. La mayoría de los pacientes tienen un curso recurrente sin progresión importante de la enfermedad, y el tiempo transcurrido entre ataques puede variar de meses a años. Algunos pacientes pueden presentar signos y síntomas de compromiso cerebral, en particular el síndrome de área postrema (náuseas vómitos e hipo incontrolable) y en menor frecuencia síndrome diencefálico agudo (narcolepsia, alteración del estado de conciencia, disfunción hipotalámica), síndrome del tronco encefálico o una presentación similar a la encefalomielitis diseminada aguda (ADEM). Alrededor del 33% de los pacientes tienen otros trastornos autoinmunes, en particular lupus eritematoso sistémico (LES), Síndrome de Sjögren.

gren, enfermedad tiroidea autoinmune y miastenia Gravis. La edad de presentación se puede dar a cualquier edad. Es más común en el sexo femenino en una relación 7:1 y en personas afrocaribeñas. La incidencia global varía entre 0.02-0.73 casos por 100,000 personas al año. La prevalencia global es de: cinco a 10 casos por 100,000 personas al año. Entre el 70 al 80% van a ser positivos anticuerpos AQP4 y 10-20% van a ser positivos a anticuerpos IgG- MOG, y sólo del 5 al 10% serán seronegativos a anticuerpos IgG-AQP4 y a IgG- MOG. La coexistencia de ambos anticuerpos son pocos reportados en la literatura.

76C. EPILEPSIA DE AUSENCIAS, DESDE LA CLÍNICA HASTA LAS BASES MOLECULARES. Marco Tulio Medina. Torre Médica Tepeyac; Tegucigalpa, Honduras.

77C. HEMOGRAMA: INTERPRETACIÓN Y SU PAPEL COMO PUNTA DEL ICEBERG EN ENFERMEDADES SISTÉMICAS. Tatiana Sarai Rivera Domínguez. Hospital Bendaña; San Pedro Sula, Honduras.

Desde las primeras descripciones de Maxwell Wintrobe, autor del primer tratado de Hematología y el establecimiento de los índices eritrocitarios y valores de referencia, sabemos que el hemograma es una de las herramientas más importantes en la valoración del estado hemodinámico y funcional del cuerpo humano. Los índices eritrocitarios: hemoglobina, hematocrito, volumen corpuscular medio, hemoglobina corpuscular media, índice corregido de reticulocitos nos permiten tener una visión global de la calidad y cantidad de producción medular de eritrocitos. Por otra parte, la cantidad y distribución de leucocitos nos permite conocer la respuesta inmune celular ante diferentes escenarios: inflamatorios, infecciosos bacterianos, virales, micóticos, parasitarios; reactivos o alérgicos. La calidad, cantidad y tamaño de los trombocitos o plaquetas y su papel en la hemostasia primaria es imprescindible en valoraciones prequirúrgicas, así como en el contexto de enfermedades sistémicas. Todo lo anteriormente mencionado se debe relacionar con la historia clínica, signos y síntomas del paciente.

78C. EJE NEURO-INMUNO-ENDÓCRINO. Juan Pablo Araica. Hospital CEMESA; San Pedro Sula, Honduras.

Teniendo al SN como rector, el SI y SE reciben órdenes específicas de cómo deben reaccionar frente a un escenario anormal con potencial peligro. El SN está permanentemente informado de lo que pasa en la periferia y utiliza la sangre, por medio de hormonas y sus tres grandes componentes: 1) sistema nervioso central (SNC) 2) nervios periféricos y; 3) sistema nervioso autónomo (SNA) con este fin. Notemos que nuestra "bóveda craneana" con estructuras duras y rígidas, que aísla y protege el SNC del ambiente externo, permite selectivamente la interacción celular entre neuronas, microglía, astrocito y oligodendrocitos con las hormonas, citoquinas y péptidos especiales del SE y SI, para actuar sinérgicamente en defensa contra patógenos. Las citoquinas producidas en los procesos

infecciosos e inflamatorios son llevadas al SN por la circulación y penetran zonas del cerebro desprovistas de barreras o las atraviesan. Consecuentemente inducen en el hipotálamo, alteraciones en el centro termorregulador (fiebre), anorexia y cambios de comportamiento. Las reacciones inmunes (citoquinas) alteran las funciones neurológicas y psicológicas, influyendo en funciones cognitivas (memoria) y del comportamiento social. Para concluir; al fenómeno fisiológico de comunicación activa entre los sistemas nervioso, inmune y endócrino lo denominamos interacciones neuroinmunoendocrinológicas (INIE) o eje neuroinmunoendócrino. Y es esto lo que permite mantener la homeostasis ante los constantes estímulos estresantes.

79C. NÓDULOS TIROIDEOS, ¿QUÉ SON Y QUÉ HACEMOS? Olga Alejandra García Barillas. Hospital CEMESA; San Pedro Sula, Honduras.

Los nódulos tiroideos son masas o bultos que se forman en la glándula tiroides, ubicada en la parte frontal del cuello. Es una de las afecciones más comunes en la práctica médica, con una prevalencia que varía entre el 4%-85 % en la población general, y hasta el 85% en aquellos sometidos a estudios de imagen. Aunque la mayoría de estos nódulos son benignos, es crucial realizar una evaluación adecuada para descartar malignidad, dado que aproximadamente el 5-15% pueden ser cancerosos. Se dividen en sólidos y quísticos, y la importancia de la historia clínica y el examen físico en su evaluación inicial. La ecografía tiroidea es una herramienta fundamental para caracterizar los nódulos, permitiendo identificar características que sugieren malignidad, como microcalcificaciones, bordes irregulares y un aumento en la vascularización. La punción aspirativa con aguja fina (PAAF) es el estándar de oro para el diagnóstico, proporcionando información citológica que guía el manejo. El tratamiento de los nódulos tiroideos depende de su naturaleza. Los nódulos benignos generalmente requieren vigilancia, mientras que los nódulos malignos o aquellos con alto riesgo de malignidad pueden necesitar intervención quirúrgica. La importancia de un enfoque multidisciplinario en el manejo de los nódulos tiroideos, involucrando a médicos de atención primaria, endocrinólogos, cirujanos y radiólogos, para asegurar un tratamiento óptimo y personalizado para cada paciente. Importante tener una visión integral y actualizada sobre el manejo de los nódulos tiroideos, promoviendo la detección temprana y el tratamiento adecuado.

80C. ECOCARDIOGRAFÍA: REVISIÓN DE CASOS. Luz Deras. Clínica CELLMATTER Honduras; San Pedro Sula, Honduras.

81C. PANCREATITIS AGUDA: ¿CUÁNTO ES SUFICIENTE? Reinaldo Arita. Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Honduras.

En el manejo de la pancreatitis aguda, la rehidratación ha sido tradicionalmente agresiva, basada en la premisa de que una rápida administración de líquidos mejora la perfusión pancreática y reduce complicaciones. Sin embargo, estudios recientes

han cuestionado este enfoque, sugiriendo que la fluidoterapia restrictiva podría ser más beneficiosa. Investigaciones han demostrado que la sobrecarga de líquidos puede generar efectos adversos, como edema pancreático, insuficiencia respiratoria y mayor riesgo de complicaciones sistémicas. En contraste, esquemas más controlados han mostrado mejores resultados en términos de estabilidad hemodinámica y menor incidencia de disfunción orgánica. El uso de Ringer lactato ha sido propuesto como una alternativa más segura en comparación con soluciones salinas, debido a su impacto positivo en la reducción de la respuesta inflamatoria. Además, la monitorización individualizada de la hidratación, basada en parámetros clínicos y biomarcadores, se ha convertido en una estrategia clave para optimizar el tratamiento. Estos hallazgos han llevado a una revisión de las guías clínicas, promoviendo un enfoque más personalizado y menos agresivo en la administración de líquidos parenterales. Aunque se requieren más estudios para establecer protocolos definitivos, la tendencia actual favorece la hidratación controlada sobre los esquemas liberales tradicionales.

82C. LA PIEL: UN ÓRGANO VITAL Y MULTIFACÉTICO. Héctor R. Caballero Castro. Instituto Hondureño de Seguridad Social Regional Norte. ASHONPLAFA; San Pedro Sula, Honduras.

La piel, el órgano más grande del cuerpo humano, a menudo se pasa por alto en su complejidad y vital importancia. Más allá de su función estética, la piel sirve como una barrera protectora esencial contra el mundo exterior, regulando la temperatura corporal, permitiendo la sensación del tacto y desempeñando un papel crucial en el sistema inmunológico una barrera protectora. La piel actúa como un escudo contra los patógenos, los rayos UV dañinos y los productos químicos agresivos. Sus múltiples capas, cada una con funciones especializadas, trabajan en conjunto para mantener la integridad del cuerpo. La epidermis, la capa externa, proporciona una barrera física, mientras que la dermis, la capa intermedia, contiene vasos sanguíneos, nervios y folículos pilosos. La hipodermis, la capa más profunda, almacena grasa y ayuda a regular la temperatura. La piel es un órgano sensorial rico, repleto de terminaciones nerviosas que nos permiten sentir el tacto, la presión, la temperatura y el dolor. La piel juega un papel crucial en la regulación de la temperatura corporal. A través de la sudoración y la dilatación o constricción de los vasos sanguíneos, la piel ayuda a mantener una temperatura interna estable, esencial para el funcionamiento óptimo del cuerpo. Un reflejo de la salud, la piel puede ser un espejo de la salud general. Cambios en el color, la textura o la aparición de erupciones pueden indicar afecciones subyacentes. El cuidado adecuado de la piel, incluida la protección solar, la hidratación y una dieta saludable, es esencial para mantener su salud y función. En conclusión, la piel es un órgano vital y multifacético que merece nuestra atención y cuidado. Al comprender su complejidad y funciones esenciales, podemos apreciar mejor su importancia para nuestra salud y bienestar general.

83C. INDICACIONES DE ESTUDIOS GENÉTICOS EN PEDIATRÍA. Carol Josseline Zúniga García. Hospital Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Honduras.

En Honduras sigue siendo un desafío importante, la realización de estudios genéticos, pero día a día avanzamos en esta búsqueda, hoy por hoy el acceso a dichos estudios a bajo costo y la posibilidad de terapias modificadoras de la enfermedad son una realidad en nuestro país. El poder realizar medicina de precisión la cual se define como la posibilidad de adaptar el tratamiento y la prevención de enfermedades considerando las diferencias en factores genéticos, ambientales o incluso de estilo de vida, específicos de grupos de personas. Siendo su objetivo final garantizar que cada medicamento o tratamiento sea el más adecuado para tratar a un individuo, ha sido gracias a la masificación de la secuenciación del genoma humano. Existen diversos estudios genéticos que nos orientan a un diagnóstico definitivo, como cariotipo, microarreglos/ FISH (Hibridación genómica comparativa), MLPA (Amplificación múltiple dependiente de la ligación de sondas) y secuenciación, cada uno con indicaciones específicas. Algunos de los criterios de derivación a Genética son dismorfias, trastornos neurológicos con o sin malformaciones cerebrales, retraso en el neurodesarrollo, Hipotonía, movimientos anormales, Discapacidad intelectual, Trastorno del espectro autista, hipoacusia, displasias esqueléticas, enfermedades por depósito, mitocondriales, miocardiopatías, canalopatías, algunas enfermedades oftalmológicas, amaurosis congénita de Leber, enfermedades endocrinológicas, talla baja, hipercolesterolemia familiar, enfermedades metabólicas, historia familiar de cáncer, trastorno de tejido conectivo, antecedente de muerte neonatal. La posibilidad de un diagnóstico definitivo y en algunas patologías; un diagnóstico presintomático, nos brinda la oportunidad de un tratamiento oportuno y precoz, mejorando la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

84C. ESTATUS EPILÉPTICO EN NIÑOS. Carlos Genaro García Carranza. Pediacenter; San Pedro Sula, Honduras.

El estatus epiléptico es una emergencia médica que se caracteriza por crisis epilépticas prolongadas o repetitivas. En niños, puede tener un impacto significativo debido a factores como la inmadurez del sistema nervioso y condiciones subyacentes. La definición clínica implica una crisis que dura más de cinco o diez minutos según el tipo de crisis. Existen diversas causas que pueden precipitar el estatus epiléptico en la infancia, incluyendo trastornos metabólicos, infecciones del sistema nervioso central, lesiones cerebrales, fiebre alta (en el caso de la crisis febril), y enfermedades neurológicas estructurales. Es esencial realizar un diagnóstico rápido para identificar la causa subyacente y adaptar el tratamiento de manera efectiva. Los síntomas pueden variar, pero generalmente incluyen crisis epilépticas tónicas, clónicas o mioclónicas, alteraciones del nivel de conciencia, y en ocasiones, cambios en la función respiratoria. El manejo inicial se centra en la estabilización del paciente y

la prevención de complicaciones, lo que incluye asegurar la vía aérea, el monitoreo de signos vitales y la administración de medicamentos anticonvulsivantes. Benzodiazepinas, como el Lorazepam o el diazepam, son comúnmente utilizados en la fase aguda. El pronóstico del estatus epiléptico en niños puede variar dependiendo de la etiología, el tiempo hasta el tratamiento y las intervenciones realizadas. Un manejo adecuado y oportuno es crucial para minimizar el riesgo de daño cerebral y mejorar los resultados a largo plazo. La educación de los padres y el personal médico sobre el reconocimiento y la respuesta a esta condición es vital para prevenir eventos recurrentes y garantizar la seguridad del niño.

85C. MITOS SOBRE VACUNAS EN PEDIATRÍA. Oscar Ponce Quezada. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

En nuestro país existen conceptos erróneos acerca de las vacunas los cuales están aumentando, alimentados por la falta de conocimientos acerca de las inmunizaciones por parte del personal de salud, los médicos como líderes en salud estamos obligados a educar a la población en dicho sentido. Los principales mitos son: 1. Las vacunas producen autismo, completamente falso, no existe ninguna asociación vacuna-autismo. 2. Las vacunas deben aplicarse hasta que el niño alcanza peso de al menos 2 kg, falso existen múltiples estudios que revelan que se deben aplicar de acuerdo con la edad cronológica independiente del peso es decir iniciar su vacunación a los 2 meses de edad siendo los niños de bajo peso quienes más necesitan un esquema de vacuna completo. 3. No debe aplicarse muchas vacunas de manera simultánea, falso las vacunas deben aplicarse en número requerido de acuerdo con la edad y su respuesta inmune no presenta ninguna interferencia. 4. No aplicar las vacunas del año si no ha comido huevo y no presentó alergia, completamente falso, las vacunas actualmente no se cultivan en embrión de pollo. 5. No vacunar niño con procesos respiratorios o digestivos, falso la tos, rinorrea o diarrea no constituyen contraindicaciones para vacunar; única contraindicación relativa para vacunar es el padecimiento de enfermedad grave que al ser superada ya puede vacunarse. 6. Niños inmunodeprimidos no deben vacunarse, falso, al contrario, ellos son los que más necesitan su esquema de vacunas completo. Existen muchos mitos más los cuales impiden que la población vacune y fortalecen los movimientos antivacunas; solamente el médico con sus conocimientos puede influir en el personal de Salud y población general para que dichos mitos sean erradicados completamente y evitar que más niños enfermen y fallezcan de enfermedades inmunoprevenibles.

86C. ICTERICIA NEONATAL: MANEJO ACTUALIZADO PARA EL MÉDICO GENERAL Y PEDIATRA. Andrés Gonzáles. PEDIACENTER; San Pedro Sula, Honduras.

La ictericia neonatal, causada por la acumulación de bilirrubina no conjugada, es un hallazgo frecuente en recién nacidos, con una incidencia cercana al 60% en recién nacidos a término.

La mayoría de los casos son fisiológicos, pero un enfoque sistemático es esencial para identificar causas patológicas y prevenir encefalopatía bilirrubínica. La AAP (2022) recomienda utilizar herramientas de evaluación del riesgo basadas en la edad posnatal en horas, con tablas y nomogramas para interpretar bilirrubina sérica total (BST) y transcutánea (TcB). Se debe evaluar el riesgo antes del alta, idealmente con medición de TcB o BST, más factores clínicos como edad gestacional, alimentación, presencia de hemólisis y antecedentes familiares. La ictericia fisiológica aparece después de las 24 horas de vida, alcanza su pico entre el día 3 y 5, y se resuelve en 1 a 2 semanas. En contraste, la ictericia patológica (inicio <24 horas, BST > percentil 95, o curso prolongado) requiere estudios dirigidos: grupo sanguíneo, Coombs directo, hematocrito, recuento de reticulocitos, y pruebas de función hepática si se sospecha colestasis. El tratamiento principal sigue siendo la fototerapia, indicada según las curvas de riesgo por edad y factores predisponentes. La inmunoglobulina intravenosa (IVIG) está indicada si hay hemólisis con aumento rápido de BST, y la exanguinotransfusión es reservada para casos severos o refractarios. Es crucial el seguimiento ambulatorio tras el alta en neonatos con riesgo intermedio o alto, especialmente si el alta fue antes de las 48 horas. La lactancia debe promoverse, pero es importante diferenciar entre ictericia por lactancia insuficiente y la ictericia asociada a la leche materna. El abordaje oportuno y guiado por algoritmos actualizados mejora el pronóstico y reduce el riesgo de kernícterus.

87C. NIÑO CON ANEMIA. Roxana Martínez. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

La anemia es solo un hallazgo de laboratorio, no un diagnóstico. Para que sea un diagnóstico debemos llegar a la causa de esta. En primer lugar, debemos definir si el paciente tiene realmente anemia. Definiremos anemia como una reducción del nivel de Hb dos desviaciones estándar por debajo de la media para la edad y sexo del paciente. Estos valores constan en tablas que podemos consultar. Luego debemos buscar la causa de la anemia: ¿Hay una disminución en la producción de glóbulos rojos? ¿Hay aumento de la destrucción? ¿Hay pérdidas sanguíneas que expliquen la anemia? Al contestar estas preguntas debemos conocer el recuento de reticulocitos. Además, en este punto la historia clínica en cuanto a dieta, herencia, hemorragias, ictericia, etc. ayudan a definir el diagnóstico. Finalmente podemos valernos del VCM para definir si la anemia es normocítica, macrocítica o microcítica. Cada una de ellas se asocia a un grupo de patología como causal. A nivel mundial la anemia más común es la anemia ferropénica, que es más prevalente en los primeros años de vida debido a la acelerada velocidad de crecimiento, con requerimientos de hierro que no se completan con dietas en general basadas en leche. Otras anemias en que debemos pensar cuando no se trata de ferropenia: talasemia, esferocitosis y anemias de células falciformes. Hay puntos clave en el hemograma que debemos saber interpretar para llegar al diagnóstico correcto.

Pero si hay dudas, es mejor referir a un Hematólogo para no poner en riesgo el bienestar de nuestros pacientes.

88C. LEUCEMIA EN NIÑOS: DETECCIÓN TEMPRANA. Diana Ramírez. Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Región Norte. San Pedro Sula, Honduras.

La leucemia es la neoplasia maligna más frecuente en la edad pediátrica, representando alrededor del 30% de los cánceres infantiles. La leucemia linfoblástica aguda (LLA) constituye el 75% de los casos, seguida por la leucemia mieloide aguda (LMA). Afecta principalmente a niños en edad preescolar. Su etiología es multifactorial, destacando factores de riesgo como predisposición genética (síndrome de Down, neurofibromatosis tipo 1), exposición a radiación ionizante y agentes químicos. La presentación clínica es insidiosa y suele simular enfermedades comunes. Los signos y síntomas más frecuentes incluyen palidez, fiebre persistente, fatiga, infecciones recurrentes, petequias, epistaxis, linfadenopatías, hepatoesplenomegalia y dolor óseo o articular. Esta inespecificidad puede llevar a diagnósticos erróneos iniciales y retrasos en el tratamiento. Ante un cuadro clínico sospechoso, se debe solicitar un hemograma con frotis de sangre periférica. Hallazgos como anemia, trombocitopenia, leucocitosis o leucopenia, o la presencia de blastos, requieren derivación inmediata a oncología pediátrica. El tratamiento, basado en protocolos de quimioterapia, es altamente eficaz: la LLA alcanza tasas de sobrevida superiores al 80% si se diagnostica y trata oportunamente. El papel del médico general es fundamental para identificar signos de alarma, iniciar el abordaje diagnóstico básico y derivar sin demora. La detección precoz es crucial para mejorar el pronóstico y reducir complicaciones. Dado que los síntomas pueden ser confundidos con patologías virales o reumatológicas, es esencial mantener un alto índice de sospecha. La educación continua del personal médico de primer contacto es clave para lograr un diagnóstico oportuno y ofrecer a los niños una oportunidad real de curación.

89C. ENFERMEDAD AVANZADA POR VIH EN NIÑOS. Karen Erazo. Hospital Mario Catarino Rivas. San Pedro Sula, Honduras.

A pesar de los grandes avances logrados en la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, los niños siguen infectándose y el diagnóstico es tardío en la mayoría de los casos. Representan el 3% de las personas infectadas por VIH y el 12% de la mortalidad sobre todo en los menores de 1 año. La OMS considera que la enfermedad por VIH está avanzada en adultos y adolescentes cuando se encuentra en estadio 3 o 4 o cuando el número de cd4 es inferior a 200 por mm³ y en niños menores de 5 años. El diagnóstico se realiza mediante pruebas virológicas en menores de 18 meses y pruebas serológicas en mayores de esa edad. Las manifestaciones clínicas suelen ser variadas sin embargo la encefalopatía por VIH, malnutrición, y las infecciones bacterianas suelen ser frecuentes. Se recomienda el tamizaje de infecciones oportunistas y el inicio

del tratamiento antirretroviral (TAR) lo más pronto posible independientemente de la edad y la cantidad de cd4 presentes. En los últimos años, la historia natural de la infección por VIH se ha visto modificada por la introducción del TAR. El inicio precoz del mismo, en las primeras semanas de vida, ha determinado que la mayoría de los niños infectados sean asintomáticos. En general, en ausencia de tratamiento, el periodo de incubación y progresión de la enfermedad es más corto que en adultos y el tiempo medio de progresión a enfermedad avanzada es de 4-6 años con riesgo mayor en el primer año de vida (10-30%). Se recomienda el tratamiento con tres fármacos antirretrovirales: dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos (ITIAN), asociados a un inhibidor de la integrasa (INI) y el seguimiento integral que incluya la aplicación de vacunas y el monitoreo de los cd4 y la carga viral.

90C. AUTOLESIONES Y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES: EVALUACIÓN Y ABORDAJE. Misael Alonso Pineda Santos. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

Las autolesiones y otras conductas de riesgo han aumentado en adolescentes en los últimos años, convirtiéndose en un desafío significativo para la salud mental. Estas conductas incluyen cortes, quemaduras o golpes autoinfligidos y suelen estar asociadas con dificultades en la regulación emocional, trastornos psiquiátricos subyacentes y factores socioculturales como la influencia de las redes sociales y la presión grupal. Entre los principales factores de riesgo se encuentran la comorbilidad con trastornos del estado de ánimo, ansiedad, abuso de sustancias y experiencias de trauma infantil. Es fundamental diferenciar entre autolesiones no suicidas y conductas con intencionalidad suicida, ya que ambas requieren un abordaje específico. Una evaluación psiquiátrica integral es clave para establecer el nivel de riesgo y definir estrategias de intervención adecuadas. El tratamiento debe basarse en evidencia científica, incluyendo terapias cognitivo-conductuales, técnicas de regulación emocional y, en algunos casos, el uso de farmacoterapia. La intervención multidisciplinaria es esencial, con un papel activo de la familia, la escuela y los servicios de salud en la prevención, detección temprana y manejo de estas conductas. Además, el impacto de los entornos digitales es un aspecto relevante, ya que la exposición a contenido que normaliza o refuerza las autolesiones puede influir en su aparición y mantenimiento. Se requiere un enfoque preventivo y educativo dirigido a adolescentes, padres y profesionales de la salud para reducir la incidencia de estas conductas y fomentar estrategias de afrontamiento saludables.

91C. REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN NIÑOS. Marlon Fernández Aragón. Hospital CEMESA; San Pedro Sula, Honduras.

El reflujo gastroesofágico (RGE) se refiere al movimiento retrógrado e involuntario del contenido gástrico hacia el esófago; cuando el reflujo se hace visible (boca, nariz) se denomina regurgitación. Cuando la regurgitación del contenido gástrico causa complicaciones o contribuye al daño o a la inflamación

del tejido (p.ej., esofagitis, apnea obstructiva, broncoespasmo, aspiración pulmonar, dificultades para alimentarse y deglutir o detención del crecimiento), se denomina enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). El diagnóstico se basa en la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias. La anamnesis es imprescindible, pero, dada la inespecificidad de los síntomas de la ERGE, en ocasiones puede ser necesario realizar pruebas adicionales. En niños menores en ausencia de datos de alarma, no se requieren pruebas diagnósticas, las pruebas diagnósticas (serie esófago gastroduodenal, ultrasonido, endoscopia digestiva, ph-metría e impedancia) se solicitan con el objetivo de descartar complicaciones de la ERGE o evaluar diagnósticos diferenciales. El tratamiento de la ERGE en pediatría incluye inicialmente una combinación de medidas conservadoras, cambios en el estilo de vida (horarios, postura) o modificaciones dietéticas (formulas, espesamiento). En algunas ocasiones se suelen utilizar medidas farmacológicas, y raramente llegar al tratamiento quirúrgico. El manejo de la regurgitación infantil debe centrarse en la educación y apoyo a los padres, enfatizando que las regurgitaciones son un proceso fisiológico y autolimitado al primer año de vida. El uso de procinéticos en pediatría para el tratamiento se limita a casos específicos. El uso rutinario de inhibidores de bomba de protones (IBP) en los lactantes sanos con regurgitación no está indicado, a menos que existan datos disponibles de llanto o irritabilidad que demuestre una asociación clara con RGE ácido por riesgo de esofagitis erosiva. Antes de sugerir cirugía antirreflujo, sugerimos una evaluación exhaustiva con otros métodos diagnósticos que descarten complicaciones y ERGE secundario a alguna patología.

92C. ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL EN PEDIATRÍA. Celenia Godoy. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

El estreñimiento es un problema frecuente en pediatría, con una prevalencia del 14% y representa hasta el 25% de las consultas en gastroenterología pediátrica. Afecta por igual a ambos sexos, pudiendo iniciar en cualquier edad. El estreñimiento funcional se define por la presencia de al menos dos criterios de ROMA IV durante un mes: menos de 2 evacuaciones por semana, retención fecal, dolor al defecar, heces voluminosas, masa fecal en recto o incontinencia fecal. El principal mecanismo fisiopatológico es la conducta de retención, especialmente en bebés y niños pequeños. El entrenamiento inadecuado, experiencias dolorosas al defecar, uso frecuente de enemas o el miedo al baño generan una respuesta voluntaria o subconsciente de retención. En lugar de relajar el piso pélvico, el niño se pone de pie y contrae los músculos glúteos y perineales (posturas retentivas), lo que perpetúa la retención, endurece las heces por absorción de agua y dificulta su expulsión, iniciando un círculo vicioso. La acumulación rectal provoca megarecto e hiposensibilidad, y puede haber escape de heces líquidas, provocando la incontinencia fecal. En el 90% de los casos, el estreñimiento es funcional. El 10% restante se debe a causas orgánicas, que deben sospecharse ante signos de alarma:

inicio antes del primer mes de vida, retraso en la expulsión del meconio, distensión abdominal severa, vómitos biliosos, pérdida de peso, retraso del crecimiento, anomalías neurológicas o del área sacra. Los estudios de laboratorio o gabinete se reservan para casos con signos de alarma o estreñimiento intratable. El tratamiento incluye educación, desimpactación (oral con PEG o rectal con enemas) y mantenimiento con laxantes osmóticos. Se recomienda una dieta con fibra, líquidos y actividad física normal para la edad. No se aconseja el uso rutinario de probióticos. El éxito del tratamiento está en los padres.

93C. DENGUE EN PEDIATRÍA. Karen Rodríguez. Hospital Bendaña; San Pedro Sula, Honduras.

El dengue es una enfermedad viral transmitida por mosquitos del género *Aedes*, principalmente *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Existen cuatro serotipos del virus (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4). Tras un período de incubación de 7 a 14 días, la enfermedad inicia de forma abrupta y suele presentar tres fases: febril, crítica y de recuperación. Solo una minoría desarrolla la fase crítica. Los niños con reinfección por un serotipo distinto tienen mayor riesgo de presentar dengue grave. En estos casos, la respuesta inmune genera anticuerpos que no logran neutralizar el virus, lo que desencadena una tormenta de citoquinas desregulada, resultando en complicaciones graves. Clínicamente, el dengue grave se caracteriza por aumento de la permeabilidad capilar, fuga de plasma, hemoconcentración, poliserositis (como ascitis y derrame pleural), sangrados severos y, en casos críticos, choque hipovolémico. Estos signos aparecen usualmente entre el tercer y séptimo día de enfermedad. Es fundamental reconocer signos de alarma como dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, somnolencia o irritabilidad, hepatomegalia y sangrado. El diagnóstico se basa en la historia clínica, el contexto epidemiológico y pruebas de laboratorio como hemograma (con hematocrito elevado y trombocitopenia), serología o pruebas moleculares. El tratamiento es de soporte, con énfasis en una hidratación cuidadosa, preferiblemente por vía oral. En casos que requieren hidratación intravenosa, se utilizan soluciones isotónicas bajo monitoreo estricto de signos vitales y parámetros hematológicos. Para prevenir complicaciones, es crucial evitar la sobrecarga hídrica mediante el seguimiento del hematocrito, gases arteriales (evaluando acidosis metabólica), lactato, saturación venosa y, sobre todo, el gasto urinario. Cuando se dispone de ultrasonido, pueden usarse variables hemodinámicas dinámicas como el índice de Vena Cava Inferior y el ultrasonido pulmonar.

94C. CONTROL PRENATAL ENFOQUE MÉDICO, OBJETIVOS, MEDIDAS Y ALERTAS. Carol Díaz Zelaya. Hospital Bendaña; San Pedro Sula, Honduras.

El control prenatal es un componente esencial de la atención integral en salud materna, orientado a garantizar la salud de la madre y el feto durante el embarazo. En Honduras, la Secretaría de Salud (SESAL) ha establecido lineamientos y protocolos

actualizados para fortalecer este proceso y reducir la mortalidad materna y neonatal. Objetivos del control prenatal, según el protocolo para la atención integral en salud materna de la SESAL (2024), los objetivos del control prenatal incluyen: Identificar y manejar factores de riesgo maternos y fetales, prevenir complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, detectar y tratar enfermedades que puedan afectar la salud materno-infantil y garantizar la preparación para el parto y el puerperio. Medidas recomendadas, La SESAL establece diversas acciones durante el control prenatal, que incluyen: Evaluación clínica periódica de la madre y el feto, Realización de exámenes de laboratorio y pruebas diagnósticas, Administración de suplementos nutricionales, como hierro y ácido fólico, Aplicación de vacunas según el calendario nacional. Seguimiento y derivación oportuna en caso de complicaciones. Alertas y signos de peligro, se destaca la importancia de reconocer signos de alarma que requieren atención médica inmediata, tales como: sangrado vaginal, dolor abdominal intenso, disminución o ausencia de movimientos fetales, hipertensión arterial, fiebre persistente y edema facial o de extremidades. El control prenatal es fundamental para asegurar embarazos saludables y reducir riesgos para la madre y el bebé. La implementación de protocolos actualizados, junto con la educación y participación comunitaria, son estrategias clave para mejorar los resultados en salud materna y neonatal en el país.

95C. PARTO PRETÉRMINO ACTUALIDADES. Mario Ramírez. Materna Honduras; Tegucigalpa, Honduras.

El parto pretérmino se define como el nacimiento antes de las 37 semanas de gestación. Representa el 11% de todos los nacimientos aproximadamente 15 millones al año. Entre las causas directas de dicha condición se encuentran: Trabajo de parto espontáneo, ruptura prematura de membranas pretérmino, embarazo gemelar e indicación materna o fetal (por ejemplo, preeclampsia o restricción del crecimiento fetal). Según la OMS nace 1 pretérmino cada 2 segundos y esta condición es la principal causa de muerte neonatal. El neonato pretérmino se enfrenta a diferentes tipos de complicaciones como: Dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, retinopatía del prematuro entre muchas otras, que condicionan la vida de estos recién nacidos; no solo de manera inmediata si no que para toda la vida ya que se asocia con hipertensión arterial y diabetes mellitus en la adultez entre muchas otras. La mejor estrategia para evitar esta condición es la prevención la cual se realiza mediante la detección de factores de riesgo y el tamizaje tanto selectivo como universal de las pacientes embarazadas. Una vez identificada la paciente en riesgo podemos optar por las mejores estrategias para prevenir este terrible desenlace del nacimiento pretérmino. La evidencia actual indica que la progesterona vía vaginal es el medicamento de elección para prevención de esta condición y que el cerclaje cervical es la intervención quirúrgica con mejores resultados para dicho fin. En la actualidad existen diferentes técnicas para identificar aquella paciente en riesgo de tener un parto pretér-

mino como es la medición de la longitud cervical, evaluación del ángulo útero-cervical, consistencia cervical y la eslastografía cervical. Técnicas que han sido desarrolladas en la actualidad para mejorar la sensibilidad y especificidad para la detección de pacientes en riesgo y así disminuir morbi-mortalidad neonatal.

96C. HEMORRAGIA OBSTÉTRICA, DIAGNOSTICO Y MANEJO. Wendy Cárcamo. Hospital Honduras Medical Center; Tegucigalpa, Honduras.

La hemorragia postparto (HPP) constituye una verdadera emergencia obstétrica y su incidencia varía entre el 5 al 15% de nacimientos a nivel mundial. Además de causar muertes la mayoría de ellas prevenibles produce un número importante de casos de morbilidad materna extrema (MME) o “casi muerte” representados por la necesidad de histerectomías, transfusión de hemoderivados, coagulopatía, choque hipovolémico y anemias severas que pueden terminar en daño permanente de órgano blanco. DEFINICIÓN: Aunque son múltiples las definiciones empleadas para el diagnóstico de HPP, hoy en día la más aceptada es la pérdida de cualquier cantidad de sangre que cause signos de inestabilidad hemodinámica en la paciente. Clasificación: Según periodo de tiempo de la gestación en que aparecen (ante parto, durante el parto y postparto), según la gravedad (leve, moderado, y severo) y según el tiempo en el que se presente la misma: como primaria (si ocurre en las primeras 24 horas después del parto) o secundaria (ocurre después de las 24 horas). Factores de riesgo y etiología: La etiopatogenia se da por una alteración de los 4 factores encargados de la hemostasis de manera clásica con la nemotecnia de las 4ts: Tono, Tejido, Trauma y Trombina. Tratamiento: Administración de uterotónicos: Oxitocina (primera línea de tratamiento), ergometrina (produce contracciones rítmicas y tetánicas del miometrio), misoprostol (análogo de la prostaglandina E1), ácido tranexámico (agente antifibrinolítico que inhibe la degradación del coágulo sanguíneo inhibiendo los sitios de unión de la lisina al plasminógeno). Traje antichoque: Ha demostrado su efectividad en estudios realizados en +hospitales de tercer nivel. También se pueden usar otras estrategias como ser: balones hidrostáticos, y suturas hemostáticas, entre otras. Siendo la principal finalidad evitar que la paciente muera en un evento obstétrico como es el nacimiento.

97C. NUTRICIÓN Y EMBARAZO. Mónica García Santacruz. Centro Hondureño de Medicina Fetal (CEHMEFE): San Pedro Sula, Honduras.

La nutrición durante el embarazo es un determinante crítico de los desenlaces materno-fetales. Una alimentación adecuada no solo cubre las necesidades fisiológicas de la madre y el feto, sino que previene complicaciones obstétricas y enfermedades crónicas futuras. La atención médica actual exige una evaluación nutricional integral como parte del control prenatal rutinario. Las recomendaciones actuales sugieren un aumento calórico progresivo (340 kcal/día en el segundo trimestre y 450 kcal/día

en el tercero), acompañado de una distribución adecuada de macronutrientes (20% proteínas, 30% grasas, 50% carbohidratos complejos) y micronutrientes esenciales. El ácido fólico debe iniciarse al menos un mes antes de la concepción (400–800 µg/día) para prevenir defectos del tubo neural. El hierro (30–60 mg/día) es fundamental para evitar anemia ferropénica, que incrementa el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer. La deficiencia de calcio, yodo, vitamina D y vitamina B12 también debe ser monitoreada, especialmente en embarazadas adolescentes, vegetarianas o con patologías gastrointestinales. El uso del DHA que antes se dejaba para el tercer trimestre por sus beneficios para mejorar el sistema cognitivo de los recién nacidos, indudablemente ahora lo incorporamos al inicio de la gestación, por los beneficios que demuestra en la neovascularización de la placenta. La suplementación debe ser individualizada y basada en evidencia. Por otro lado, la obesidad y el sobrepeso maternos se han vinculado con un mayor riesgo de preeclampsia, diabetes gestacional y macrosomía fetal. Se recomienda un control estricto del aumento de peso gestacional según el IMC preconcepcional. La intervención nutricional temprana y el seguimiento dietético son claves para mitigar estos riesgos. En conclusión, el rol del profesional de salud debe incluir no solo el monitoreo obstétrico, sino también una asesoría nutricional activa y basada en guías actualizadas, para garantizar un embarazo saludable y una mejor salud futura del binomio madre-hijo.

98C. ULTRASONIDO PRENATAL CUANDO HACERLO Y QUE NOS REVELA. Juan José Jaar. Hospital CEMESA; San Pedro Sula, Honduras.

El ultrasonido prenatal es una herramienta esencial en el seguimiento del embarazo, permitiendo la evaluación del bienestar fetal, la detección de anomalías y la planificación oportuna de intervenciones. Comprender cuándo realizarlo y qué información proporciona es clave para mejorar los desenlaces materno-fetales, especialmente desde el nivel primario de atención. Existen tres momentos clave para el ultrasonido en el embarazo: Primer trimestre (11-13.6 semanas): Se confirma la viabilidad del embarazo, se determina con precisión la edad gestacional mediante la medición de la longitud craneocaudal, y se identifica el número de fetos y la corionicidad. Además, se realiza el cribado combinado para aneuploidías (translucencia nucal, hueso nasal, ductus venoso) y algunas malformaciones mayores pueden sospecharse desde esta etapa. Segundo trimestre (18-22 semanas): Se realiza el ultrasonido estructural detallado o “morfológico”, el cual permite evaluar de forma sistemática la anatomía fetal. Es fundamental para la detección de malformaciones congénitas, evaluación del crecimiento, localización placentaria y volumen de líquido amniótico. Tercer trimestre (28-34 semanas): Orientado principalmente a la valoración del crecimiento fetal, el bienestar (mediante perfil biofísico y flujometría Doppler), y la posición fetal. Es útil en embarazos con factores de riesgo como hipertensión, diabetes, restricción de crecimiento intrauterino o embarazos múltiples.

En conclusión, el ultrasonido prenatal no solo mejora la vigilancia obstétrica, sino que también permite decisiones clínicas informadas. Es fundamental que los médicos comprendan su utilidad, limitaciones y sepan cuándo referir oportunamente para optimizar la salud materno-fetal.

99C. SEPSIS DE ORIGEN OBSTÉTRICO. Wendy Cárcamo. Hospital Honduras Medical Center; Tegucigalpa, Honduras.

La sepsis materna es un evento poco frecuente en países desarrollados. Aun así, la sepsis explica alrededor de 1/3 de las muertes maternas y hasta el 15% de los ingresos obstétricos en una UCI. La identificación y tratamiento precoz de la paciente obstétrica que presenta sepsis, o riesgo de desarrollarla, es imperativo, ya que será el principal factor pronóstico en la evolución de estas pacientes. Definiciones, Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS): Respuesta adaptativa y apropiada de la paciente a un agente infeccioso o a otros insultos; Sepsis: Disfunción orgánica potencialmente letal que se presenta en una paciente con infección, Shock Séptico: Es una situación grave en la que las alteraciones celulares, metabólicas y de la perfusión no se corrigen con la reposición hídrica, requiriendo la administración de agentes Vasopresores. Etiología: El 50% de las infecciones en gestantes y púerperas que evolucionan a sepsis son de origen genital, del tracto urinario y del tracto respiratorio (hasta un tercio). Diagnóstico de sepsis: El diagnóstico implica la confirmación de una alteración orgánica asociada. La sospecha vendrá derivada de parámetros indirectos (bilirrubina, creatinina, diuresis, TA, FC, Shock séptico: Sepsis con la presencia de los 2 siguientes criterios a pesar de una reposición hidroelectrolítica correcta: Hipotensión persistente que requiere vasopresores y Lactato >2mmol/L o >20mg/dL). Manejo y Tratamiento: Ante la sospecha diagnóstica, y tras la obtención de los cultivos, se iniciará el tratamiento antibiótico de amplio espectro, antes de la primera hora. El aporte de líquidos será el primer paso en el soporte hemodinámico. Drogas vaso activas: De acuerdo con la evolución del estado hemodinámico de la paciente, la droga vaso activa que se utilizará inicialmente en el manejo del shock séptico será la Noradrenalina. La antibioterapia se iniciará lo antes posible, tras realizar cultivos. Profilaxis tromboembólica, control de glucemia.

100C. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO: PROTOCOLO PARA LA SALUD MATERNA 2024. Hilda Raquel Argeñal Guifarro. San Pedro Sula, Honduras.

Son causas de mortalidad materna y perinatal a nivel mundial. Afecta 28% de los embarazos en todo el mundo. América latina y el Caribe son responsables del 26% de muertes maternas. Hipertensión crónica, se define como la que estaba presente antes del embarazo o que se desarrolla antes de las 20 semanas de gestación, persistiendo más de 12 semanas después del parto. Preeclampsia sobreagregada: es el desarrollo de uno o más de los siguientes antes de las 20 semanas: Hipertensión resistente, nueva o empeoramiento de la proteinuria, disfunción orgánica

adversa, y complicaciones graves. Hipertensión gestacional, se desarrolla por primera vez a las 20 semanas de gestación o más. La Preeclampsia: es la hipertensión gestacional y uno o más de los siguientes: Nueva proteinuria, signos de disfunción orgánica adversa, complicaciones graves. La preeclampsia grave: es preeclampsia con una o más complicaciones graves. Manejo hospitalario: Restringir el uso de líquidos endovenosos 1 ml/Kg/hora SSN 0.9%. Considerar medicamento de elección: labetalol–Nifedipina–Alfametildopa. Prevención y manejo de las convulsiones con sulfato de magnesio, aplicar sulfato de magnesio con el uso de una bomba de infusión, dosis de impregnación: diluir de 4 a 6 gramos (4 a 6 ampollas de sulfato de magnesio al 10% 1 gramo por 10 ml) en 100 cc de DW5%, pasar en 15 minutos. Utilizar 6 gramos para pacientes con índice de masa corporal ≥ 35 y pacientes con eclampsia (convulsionando al momento del diagnóstico). Dosis de mantenimiento: sulfato de magnesio 12g diluido en 180 cc SSN 0.9%, pasar 25 cc por hora en bomba de infusión durante 12 horas. Solicitar exámenes: Hemograma, pruebas de función hepática (TGO, TGP, LDH, Bilirrubinas), función renal (BUN, Creatinina, proteinuria cualitativa (general de orina), proteinuria 24 horas, cociente o índice Proteína – creatinina), Ácido úrico. (Al menos dos veces por semana dependiendo el criterio médico).

101C. UTILIDAD DE LOS FACTORES ANGIOGÉNICOS EN LA PREECLAMPSIA. Mario Ramírez. Materna Honduras; Tegucigalpa, Honduras.

La preeclampsia es una condición que afecta el 3-5 % de todos los embarazos. Es una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial. Se considera uno de los grandes síndromes obstétricos y es considerada por algunos como la enfermedad de las teorías. Se divide en preeclampsia temprana (antes de las 34 semanas) y tardía (después de las 34 semanas). La de aparición temprana es la que se asocia con mayor morbi-mortalidad materno- neonatal condicionada por la afectación multisistémica marcada y la prematurez que se presenta a esta edad de gestación. La preeclampsia temprana se asocia con disfunción uteroplacentaria lo que lleva a desbalance entre los factores pro-angiogenicos y anti-angiogenicos, que condiciona a disfunción del endotelio vascular. A través de los años se ha estudiado estos factores y se ha evidenciado que el SFTL-1 se eleva en casos de preeclampsia y evita que el PLGF se una al endotelio para poder liberar prostaciclina y óxido nítrico para realizar vasodilatación. En caso contrario este bloqueo generado por SFTL-1 genera vasoconstricción con lo que se desarrolla la disfunción multisistémica evidenciada en la preeclampsia. Desde el 2009 se utiliza la evaluación de estos factores angiogénicos en Europa para la prevención y manejo de preeclampsia. En Estados Unidos de América la FDA en el año 2023 aprobó el uso de estos factores para el manejo de paciente en riesgo o con preeclampsia en etapa clínica. Diferentes estudios como PROGNOSIS y ROPE han validado el uso del RATIO SFTL-1/PLGF para predecir preeclampsia y

su severidad con un Valor predictivo negativo de hasta 99%. El uso de este Ratio ayuda a identificar aquella paciente con preeclampsia en la etapa subclínica y realizar medidas que disminuyan morbi-mortalidad materno – neonatal.

102C. VACUNAS Y EMBARAZO, ¿ESTAMOS HACIENDO LO CORRECTO? Mónica García Santacruz. Centro Hondureño de Medicina Fetal (CEHMEFE); San Pedro Sula, Honduras.

La vacunación en el embarazo representa una estrategia clave en la prevención de enfermedades infecciosas tanto en la madre como en el neonato. Sin embargo, persisten vacíos en la cobertura, percepción de riesgo y adherencia a las recomendaciones, incluso entre profesionales de la salud. Este escenario plantea una pregunta crítica: ¿estamos haciendo lo correcto? Actualmente, se recomienda de forma sistemática la administración de vacunas inactivadas durante el embarazo, especialmente la antigripal estacional y la vacuna Tdap (tétanos, difteria, tosferina acelular), esta última entre las semanas 27 y 36, para optimizar la transferencia de anticuerpos maternos. Ambas vacunas han demostrado reducir significativamente la morbilidad neonatal, en especial la tosferina, que sigue siendo causa de hospitalización y mortalidad en lactantes menores de 2 meses. La vacunación contra COVID-19, inicialmente controvertida en gestantes, ha mostrado ser segura y eficaz para prevenir formas graves de la enfermedad, sin incremento en efectos adversos como parto prematuro o malformaciones. A pesar de esta evidencia, las tasas de aceptación son bajas, lo que evidencia la necesidad de una mejor comunicación médico-paciente basada en datos. El embarazo no debe considerarse una contraindicación para la vacunación, sino una oportunidad de proteger a dos pacientes simultáneamente. No obstante, se identifican fallas en la actualización del personal sanitario, en la identificación de barreras culturales y en la estandarización de protocolos vacunales. En conclusión, aunque contamos con herramientas seguras y eficaces, queda pendiente reforzar la educación médica continua, implementar sistemas de registro y vigilancia más robustos, y fomentar la confianza de las embarazadas mediante un enfoque empático y basado en evidencia.

103C. DIABETES GESTACIONAL: DIAGNÓSTICO Y MANEJO, UNA ACTUALIZACIÓN. Iris Yolanda Calix. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

La diabetes mellitus gestacional es una condición propia del embarazo, cuya prevalencia en América Latina varía del 1 al 14%, lo que le da una importancia especial para ser un tema manejado por todos los médicos. Esta condición que desarrolla intolerancia a los carbohidratos se diagnostica por primera vez en el embarazo, sin preexistencia clara de diabetes tipo 1 o tipo 2. Como objetivo de esta revisión, se conceptualizará el tema, en contraste con la diabetes mellitus preexistente, sus posibles complicaciones, su diagnóstico y manejo actualizado. El diagnóstico según las recomendaciones actuales (2023) de

la ACOG es mediante el enfoque de “2 pasos” (glucosa venosa de 24 a 28 semanas y 1 hora después de 50 g de solución de glucosa oral), seguido de una prueba de tolerancia oral a la glucosa de 100 g durante 3 horas. Se les debe realizar a pacientes con factores de riesgo en el primer trimestre y al resto entre las 24 y 28 semanas. El manejo puede ser: médico, nutricional y las dianas terapéuticas del control de las glicemias en la paciente embarazada. La primera opción de tratamiento farmacológico es la insulina, medicamento seguro en el embarazo al no atravesar la placenta, se utilizan como otras opciones, para pacientes que no tienen acceso a la insulina, que no la pueden aplicar de forma segura o que no desean utilizarla, la metformina y la gliburida, pero no deben ser la primera elección por su paso a través de la placenta. En la actualidad los sistemas híbridos son dispositivos que combinan un monitor continuo de glucosa con una bomba de insulina, y utilizan algoritmos inteligentes para ajustar automáticamente la dosis de insulina según los niveles de glucosa en sangre del paciente.

104C. HABLEMOS DE NÁUSEAS, VÓMITOS E HIPEREMESIS GRAVÍDICA. Mónica García Santacruz. Centro Hondureño de Medicina Fetal (CEHMEFE); San Pedro Sula, Honduras.

Las náuseas y vómitos del embarazo (NVE) afectan hasta el 70 - 80% de las gestantes, siendo la queja más común en el primer trimestre. Aunque en la mayoría de los casos se resuelven espontáneamente y se consideran una manifestación fisiológica, un 0.3–2% de las pacientes desarrollan hiperémesis gravídica (HG), una condición grave caracterizada por vómitos persistentes, deshidratación, cetosis, pérdida de peso >5% del peso pregestacional y desequilibrio electrolítico. La fisiopatología no está completamente elucidada, pero se asocia a niveles elevados de hCG y estrógenos, así como factores genéticos y psicosociales. La HG se vincula con complicaciones como desnutrición, deficiencia de tiamina (riesgo de encefalopatía de Wernicke), alteraciones hepáticas leves y, en casos graves, hospitalización. Si no se trata adecuadamente, puede afectar el bienestar materno y fetal. El manejo debe ser escalonado. Inicialmente se recomiendan cambios dietéticos (comidas pequeñas y frecuentes, dieta seca fraccionada, evitar desencadenantes olfativos), suplementación con vitamina B6 ± doxilamina como primera línea farmacológica, seguido de antieméticos como metoclopramida u ondansetrón en casos moderados. En HG, el tratamiento incluye hidratación IV, corrección de electrolitos, se valora el uso de esteroides, nutrición parenteral en casos extremos y soporte psicológico. Pese a su prevalencia, muchas pacientes no reciben tratamiento oportuno o son subestimadas, lo que subraya la necesidad de un abordaje clínico activo y empático. La capacitación de médicos generales y ginecólogos es esencial para reconocer formas graves, evitar hospitalizaciones innecesarias y mejorar la calidad de vida de las gestantes afectadas.

105C. FISIOLÓGIA DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA/ DIFERENCIA EN LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA-MASCULINA. Astor Kattán. Clínicas Galenos; San Pedro Sula, Honduras.

Desde la publicación del libro *Respuesta Sexual Humana* en 1966, escrito por William Masters y Virginia Johnson, se considera que comenzó la era de la sexualidad moderna. Antes de este hito, los estudios sobre sexualidad se centraban en problemas o disfunciones sexuales. Sin embargo, tras diez años de investigación científica con parejas voluntarias en su laboratorio en San Luis, Missouri, Masters y Johnson lograron describir con rigor las fases de la respuesta sexual humana y, en especial, las diferencias entre hombres y mujeres. Esta obra revolucionó la comprensión de la sexualidad en la pareja y marcó un antes y un después en el abordaje clínico y científico del tema. En esta charla abordaremos también los aportes de las doctoras Helen Kaplan y Shere Hite, quienes ampliaron y modificaron algunos de los conceptos propuestos por Masters y Johnson. Kaplan incorporó el deseo como una fase esencial en la respuesta sexual, mientras que Hite profundizó en la vivencia subjetiva femenina del orgasmo, aportando nuevas perspectivas sobre la sexualidad de la mujer. A pesar de estos avances, se estima que entre el 90 y el 95 % de los profesionales de la salud desconocen en profundidad la respuesta sexual humana. Esto se refleja en la práctica clínica, donde pacientes, principalmente mujeres, consultan frecuentemente a médicos generales y ginecólogos por dificultades para alcanzar el orgasmo, sin obtener respuestas adecuadas. Existe un antiguo eslogan que sigue vigente: “No todo médico es sexólogo, ni todo sexólogo es médico”. Actualmente, muchos psicólogos están siendo capacitados para abordar los problemas sexuales en la pareja. No obstante, aún se observa un desconocimiento generalizado sobre la forma en que la mujer experimenta el orgasmo, lo que refuerza la necesidad de una formación más integral y especializada en este campo.

106C. ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA. Ricardo Antonio Rivas Sánchez. Hospital Regional del Norte del IHSS; San Pedro Sula, Honduras.

La anticoncepción en adolescentes es un tema crucial con profundas implicaciones personales, familiares y sociales. En esta etapa de la vida, que es una etapa de transición, marcada por el desarrollo físico, emocional y social, muchos adolescentes comienzan a explorar su sexualidad, a menudo sin acceso suficiente a información confiable ni a servicios de salud adecuados. Los jóvenes están explorando su identidad, relaciones y responsabilidades, por lo que el acceso a información y métodos anticonceptivos adecuados puede marcar una diferencia significativa en su bienestar. La anticoncepción

en adolescentes es fundamental para su bienestar personal, familiar y social. A nivel personal, permite evitar embarazos no planificados, reduciendo el impacto en la salud física y emocional de los jóvenes. También previene infecciones de transmisión sexual (ITS) y promueve una sexualidad responsable. En el ámbito familiar, un embarazo en adolescente puede generar dificultades económicas y emocionales, afectando la estabilidad del hogar y limitando oportunidades educativas y profesionales. A nivel social, la falta de acceso a anticonceptivos contribuye a tasas elevadas de embarazos en adolescentes, lo que impacta en la educación, la economía y los sistemas de salud. El uso de métodos anticonceptivos permite a los adolescentes tomar decisiones informadas y responsables sobre su vida sexual, reduciendo significativamente las tasas de embarazos adolescentes, los cuales se asocian con mayor riesgo de abandono escolar, pobreza, complicaciones obstétricas, mortalidad materna y oportunidades laborales limitadas. La anticoncepción en la adolescencia es una herramienta clave para garantizar salud reproductiva, igualdad de oportunidades y desarrollo social. Su promoción requiere un enfoque multidisciplinario que combine educación, acceso a métodos y políticas públicas inclusivas y es clave para su desarrollo y bienestar. La educación y el acceso a métodos anticonceptivos contribuyen a sociedades más equitativas y saludables, asegurando que los jóvenes puedan construir su futuro con confianza y autonomía.

107C. LACTANCIA MATERNA: MITOS Y VERDADES. Pastora Xiomara Hernández. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

La lactancia materna es el arte mediante el cual la madre brinda de forma natural el vital líquido que contiene los elementos nutritivos, inmunológicos y emocionales al bebé, con beneficios ampliamente documentados tanto para el lactante como para la madre. En base a la evidencia científica actual, se debe fortalecer el rol del médico como educador y defensor de esta práctica, debido a que en el ejercer clínico y comunitario persisten numerosos mitos que dificultan su instauración y continuidad. Entre los mitos más comunes se encuentran: “la leche materna no alimenta lo suficiente”, “las madres con senos pequeños producen menos leche”, “el medicamento me cortó la leche”, o “si el bebé llora, es porque la leche no lo satisface”. Estas creencias, muchas veces transmitidas de generación en generación, pueden inducir al abandono precoz de la lactancia. Frente a ello, estudios clínicos demuestran que la producción láctea se regula principalmente por la succión frecuente, y que el estado emocional de la madre puede influir, pero no determina por sí solo la interrupción de la lactancia. Los médicos desempeñan un papel primordial en los hospitales, sus consultorios y las comunidades como defensores y promotores de la lactancia materna y, por lo tanto, necesitan recibir capacitación sobre los beneficios de la lactancia materna para las madres y los niños, así como en el manejo de la lactancia materna. El pediatra, como figura clave en el seguimiento del desarrollo infantil, debe estar capacitado no sólo para identificar barreras reales a la

lactancia, sino también para desmontar mitos con argumentos claros, empáticos y basados en evidencia. Promover una lactancia informada y apoyada es fundamental para mejorar los indicadores de salud infantil y fortalecer el vínculo madre-hijo desde los primeros días de vida.

108C. EVALUACIÓN TOMOGRÁFICA DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL. Edgar Joel Florentino Muñoz. Hospital Regional del Norte del Instituto Hondureño de Seguridad Social; San Pedro Sula, Honduras.

Las hernias de la pared abdominal son un problema de gran prevalencia en la población mundial. El desarrollo de nuevas técnicas de reparación quirúrgica, han ocasionado que los estudios de imagen desempeñen un papel fundamental en la preparación del paciente y la planificación de la reparación quirúrgica. Dentro de los diferentes métodos de imagen médica, la tomografía es de elección, conocer su indicación, técnica de realización y los factores involucrados en su interpretación es de gran relevancia. Mediante la divulgación de los resultados se puede expandir su uso y el beneficio para los pacientes.

109C. ABORDAJE ENDOSCÓPICO DE LA HERNIA INGUINAL: INNOVACIÓN Y EFICACIA EN LA CIRUGÍA MODERNA. Omar Soler. Hospital CEMESA; San Pedro Sula, Honduras.

La hernia inguinal es una de las patologías quirúrgicas más frecuentes, especialmente en hombres, y su tratamiento ha evolucionado significativamente con la introducción de técnicas endoscópicas. Esta charla magistral presenta una revisión actualizada del abordaje endoscópico en el manejo de las hernias inguinales, destacando su eficacia, beneficios y aplicaciones en diferentes contextos clínicos. Se abordarán los conceptos básicos de las técnicas quirúrgicas, desde el enfoque abierto tradicional hasta los métodos laparoscópicos y endoscópicos, como TAPP (TransAbdominal PrePeritoneal) y TEP (Totalmente Extraperitoneal). Se hará especial énfasis en la técnica eTEP (Totalmente extraperitoneal con visión extendida), desarrollada por el Dr. Jorge Daes, que permite una visualización ampliada del orificio miopectíneo y una reparación más precisa. Los beneficios de las técnicas endoscópicas incluyen menor dolor postoperatorio, recuperación más rápida, tasas reducidas de complicaciones y recurrencia, así como una menor incidencia de infecciones en el sitio quirúrgico. Estas ventajas las convierten en la opción preferida para hernias bilaterales y en mujeres con hernias inguinales o femorales, donde se recomienda una intervención temprana para evitar complicaciones. Sin embargo, la cirugía abierta sigue siendo una alternativa válida en casos específicos, como pacientes con cirugía pélvica previa o radiación. La charla también discutirá las indicaciones y contraindicaciones de cada técnica, basándose en las guías internacionales más recientes, como las de Hernia Surge. En conclusión, las técnicas endoscópicas no son una moda, sino una herramienta esencial en el arsenal quirúrgico moderno. Su implementación requiere un conocimiento profundo de la

anatomía inguinal y una actualización continua, lo que subraya la importancia de la educación médica y el trabajo multidisciplinario para optimizar los resultados en el tratamiento de las hernias inguinales.

110C. PREVENCIÓN DEL TRAUMA “PIENSA PRIMERO”. Ángel Velásquez. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

111C. PATOLOGÍA VASCULAR CEREBRAL. Oscar Panameño. Hospital Los Ángeles; El Progreso, Honduras.

112C. ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE (EIA). José Geovany García. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

La escoliosis idiopática del adolescente es una curvatura lateral anormal de la columna vertebral, de origen desconocido, que aparece entre los 10 y 18 años. Se caracteriza por desviación lateral con rotación vertebral, sin causa neuromuscular ni congénita evidente. Representa entre el 80 y 85% de todos los casos de escoliosis. Su prevalencia es de aproximadamente 2–4% en la población adolescente. Aunque afecta a ambos sexos, las niñas tienen un riesgo significativamente mayor de progresión, con una relación mujer: hombre de 8–10:1 en casos que requieren tratamiento. Clínicamente, suele ser asintomática y se detecta por signos como hombros desiguales, escápulas prominentes, cintura asimétrica o giba costal visible al inclinarse hacia adelante (test de Adams). El dolor no es común, pero puede aparecer en etapas tardías o con curvas severas. En deformidades importantes, puede comprometer la función respiratoria. El diagnóstico se basa en la exploración física y se confirma con radiografía de columna en bipedestación, midiendo el ángulo de Cobb ($\geq 10^\circ$ para diagnóstico). También se evalúa la madurez esquelética mediante el signo de Risser para estimar el riesgo de progresión. El tratamiento depende del grado de curvatura y el crecimiento restante. La observación es suficiente en curvas leves ($< 20^\circ$). Las curvas entre $20\text{--}40^\circ$ en pacientes con crecimiento activo se tratan con corsé, logrando detener la progresión en un 70–80% de los casos. La cirugía (fusión espinal) se indica en curvas $> 40\text{--}50^\circ$ o progresivas, con el objetivo de corregir y estabilizar la columna. En resumen, la EIA es una condición frecuente que requiere detección y seguimiento precoz para evitar deformidades progresivas y preservar la función y estética del paciente.

113C. CIRUGÍA DE COLUMNA MÍNIMAMENTE INVASIVA. Isai Gutiérrez. Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.

Los avances científicos y tecnológicos han condicionado un aumento significativo en la calidad y expectativa de vida. La cirugía de columna mínimamente invasiva (MISS) representa un avance en el tratamiento de diversas patologías. Esta utiliza incisiones más pequeñas en comparación con la cirugía abierta, lo que resulta en una menor manipulación y daño a los tejidos. La creciente adopción de MISS se debe a los avances tecno-

lógicos y a su potencial para mejorar los resultados clínicos del paciente. En 1973, Kambin introdujo la discectomía lumbar endoscópica. Un hito en la evolución de MISS fue la microdiscectomía en 1978, que marcó una transición de la cirugía abierta con grandes incisiones a un abordaje microquirúrgico a través de aberturas pequeñas. A finales del siglo XX y principios del XXI se produjeron avances con la microscopía, la endoscopia, la navegación guiada por imágenes y la robótica. La introducción de sistemas de retractores tubulares ocurrió en los 1990. Los procedimientos comunes con MISS incluyen discectomía, laminectomía, foraminotomía y fusión espinal. La cirugía MISS puede ser ventajosa en pacientes de edad avanzada o con otras condiciones médicas que aumentan los riesgos asociados con la cirugía tradicional. La MISS ofrece varios beneficios para los pacientes. Uno de los principales es reducción de la pérdida de sangre. Incisiones más pequeñas y la menor manipulación de los tejidos también resultan en un menor daño muscular. Esto se traduce en estancias hospitalarias cortas y tiempos de recuperación rápidos, lo que permite volver a sus actividades diarias antes. Los pacientes tienden a experimentar menos dolor y mejores resultados estéticos con cicatrices menos visibles. La MISS se asocia a menor riesgo de infección. Los pacientes pueden requerir menos analgésicos. La tasa de fusión y los resultados clínicos de la MISS son comparables a los de la cirugía abierta.

114C. MIELOPATÍA CERVICAL ESPONDILÓTICA. José Geovany García. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

La Mielopatía Cervical Espondilótica (MCE) es la causa más común de compresión medular no traumática en adultos, causada por cambios degenerativos en la columna cervical, como osteofitos, hernias discales y engrosamiento ligamentario. Afecta principalmente a personas mayores de 55 años. Se estima que hasta un 85% de los adultos mayores de 60 años presentan signos radiológicos de espondilosis cervical, aunque solo un 5–10% desarrollará mielopatía. Es más frecuente en hombres (relación hombre: mujer de aproximadamente 2:1). Los síntomas incluyen debilidad (presente en 60–70%), pérdida de la destreza manual (50–60%), alteraciones de la marcha (80%), hiperreflexia y signo de Babinski positivo. La disfunción urinaria ocurre en casos avanzados (20–30%). La resonancia magnética (RM) es el estudio de elección, con sensibilidad del 90–95% para detectar compresión medular y mielopatía. La tomografía computarizada (TC) ayuda a evaluar estructuras óseas. El diagnóstico clínico se apoya en la historia y examen neurológico. El tratamiento conservador (fisioterapia, medicamentos) puede considerarse en casos leves no progresivos, pero solo es eficaz en un 30–40% de los pacientes. La cirugía descompresiva, con o sin artrodesis, es el tratamiento de elección en casos moderados a graves, con mejora funcional en 60–80% de los casos operados. La MCE es una enfermedad degenerativa común y progresiva. Su detección y tratamiento oportuno, especialmente quirúrgico, mejora significativamente la calidad de vida y previene discapacidad.

115C. LESIONES ESPINALES POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO. Osly Vásquez. Hospital y Clínicas Viera; Tegucigalpa, Honduras.

116C. CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DE HIPÓFISIS. Osly Vásquez. Hospital y Clínicas Viera; Tegucigalpa, Honduras.

117C. ATENCIÓN PRIMARIA EN PATOLOGÍA BILIAR. José Aguiluz. Da Vinci Consultorios; San Pedro Sula, Honduras.

118C. REHABILITACIÓN ENDOSCÓPICA BILIAR. Manuel Antonio Ordóñez Penman. Hospital CEMESA y Hospital Bendaña; San Pedro Sula, Honduras.

Las lesiones de la vía biliar, especialmente las iatrogénicas, son complicaciones significativas que pueden surgir tras procedimientos quirúrgicos como la colecistectomía laparoscópica. Su manejo oportuno y preciso es crucial para prevenir morbilidad grave, sepsis y daño hepático irreversible. El abordaje endoscópico ha emergido como la estrategia menos invasiva y más efectiva para el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es el pilar fundamental, permitiendo identificar el tipo de lesión, realizar esfinterotomías, colocar stents y resolver fístulas o estenosis. En lesiones tipo Strasberg A (fugas de cístico o canalículos), la terapia endoscópica tiene una tasa de éxito del 90-95%, con resolución en 4 a 8 semanas. En lesiones tipo D (daños laterales de la vía biliar principal), el éxito es del 80-98%, requiriendo 8 a 12 meses de terapia con múltiples recambios de stents. En estenosis benignas posquirúrgicas (tipo E1-E2), el manejo endoscópico tiene tasas de éxito del 70-95%, con tratamientos que pueden extenderse de 6 a 12 meses con dilataciones seriadas y múltiples prótesis plásticas. En casos seleccionados, el uso de tecnologías como SpyGlass mejora la precisión diagnóstica y terapéutica. Su carácter mínimamente invasivo reduce hospitalización y complicaciones, siendo una opción costo-efectiva frente a la cirugía. El éxito del manejo endoscópico depende de una unidad especializada, con tecnología avanzada y personal entrenado, permitiendo una respuesta integral y multidisciplinaria que mejora sustancialmente el pronóstico del paciente.

119C. LIPOABDOMINOPLASTÍA: EXPERIENCIA DE 20 AÑOS. Rider Andino. Clínica MedSpa; San Pedro Sula, Honduras.

120C. FONDO DE OJO EN LA PRÁCTICA DIARIA. Marco Fajardo. Laservisión; San Pedro Sula, Honduras.

El fondo de ojo es una herramienta diagnóstica clave en la práctica médica. Permite detectar enfermedades oculares y sistémicas de forma precoz y no invasiva. 4% de los mayores de 40 años presenta glaucoma primario de ángulo abierto. 8% de la población general tiene diabetes mellitus, siendo la retinopatía diabética una de sus principales complicaciones. Evaluación

del Nervio Óptico, características normales: Borde definido, excavación central fisiológica, anillo neural simétrico (más ancho inferior y superior que nasal y temporal), relación copa/disco menor de 0.3–0.4., arteria y vena central emergen desde el centro. Alteraciones patológicas: Borde borrado o elevado (papiledema, neuritis óptica), excavación aumentada o asimétrica (glaucoma), palidez del nervio óptico (atrofia óptica), creciente atrófica (zona sin tejido pigmentario), creciente pigmentaria (hiperpigmentación peridiscal). Mácula y Área Perimacular: Evaluar su reflejo y presencia de alteraciones. Patologías frecuentes: Edema macular clínicamente significativo (diabetes), Agujero macular. Membrana epiretinal macular. Vasos Retinianos, alteraciones comunes: Dilatación y tortuosidad venosa (hipertensión, isquemia), estrechez arterial (hipertensión crónica), obstrucción de vena central de la retina (OVCR): hemorragias en llama, edema, papila borrosa, hemorragias subhialoideas (secundarias a isquemia venosa o Valsalva). Retina y Vítreo, hallazgos relevantes: Desprendimiento de retina (DR): elevación del tejido, pérdida de detalles, drusas (degeneración macular relacionada a la edad), exudados duros (retinopatía diabética), cicatrices de toxoplasmosis u otras infecciones. Métodos: 1. Oftalmoscopia directa, más común y difundida. 2. Oftalmoscopia indirecta para evaluar polo posterior y valora mejor de la retina periférica. 3. Lámpara de hendidura con lupa de 90 Dioptías (estereopsis y ve polo posterior y periferia). 4. Cámara de retina, valora polo posterior y puede valorar 45 grados de retina periférica. 5. Cámara de retina de campo amplio, ve toda la retina con más detalles como no se había visto antes.

121C. TRAUMA OCULAR. Rocío Banegas. San Pedro Sula, Honduras.

122C. RETINOPATÍA DIABÉTICA. Blanca Umaña. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

La retinopatía diabética (RD) es una complicación microvascular que se presenta en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 y 2, la prevalencia se correlaciona fuertemente con la duración y control glucémico. Afecta a 1 de cada 3 personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y es la causa principal de ceguera irreversible entre los 25 y 74 años. La pérdida visual puede ser secundaria a edema macular, hemorragias, desprendimiento de retina o glaucoma neovascular. Su fisiopatología se explica por microangiopatía que afecta arteriolas, precapilares, capilares y vénulas de la retina, se caracteriza por presentar oclusión microvascular, hemorragias y alteración de la permeabilidad microvascular por la pérdida de pericitos. Estas oclusiones microvasculares dan lugar a isquemia que posteriormente lleva a la formación de comunicaciones arteriovenosas y neovascularización que tiene como consecuencia hemorragias vítreas, desprendimiento de retina traccional y glaucoma neovascular. El aumento de la permeabilidad vascular da lugar a extravasación, exudación y edema. La retinopatía diabética se clasifica según etapas: Sin retinopatía aparente, retinopatía diabética no proliferativa leve, retinopatía diabética no prolife-

rativa moderada, retinopatía diabética no proliferativa severa y retinopatía diabética proliferativa. La RD suele ser asintomática en etapas iniciales, posteriormente se puede presentar con visión borrosa, miodesopsias y pérdida de visión. Entre los factores de riesgo se encuentran: Tiempo de duración de la diabetes, control glucémico, presencia de nefropatía o neuropatía, HTA, tabaquismo y dislipidemias. Tratamiento: Control metabólico, fotocoagulación con láser, inyecciones intravítreas (Anti VEGF, Esteroides) y Vitrectomía en estados avanzados. El principal objetivo del tratamiento debe ser la prevención, mediante el buen control glucémico de la enfermedad, disminuir los factores de riesgo y revisiones periódicas de fondo de ojo bajo midriasis, ya que la detección temprana y el tratamiento oportuno son indispensables para evitar la pérdida visual.

123C. RETINOPATÍA DEL PREMATURO. Carlos Gámez. Centro Oftalmológico Los Próceres; San Pedro Sula, Honduras.

La retinopatía del prematuro (ROP) fue identificada por primera vez por Theodore Terry en 1942 como fibroplasia retrolental, una condición que afectaba a recién nacidos prematuros y causaba ceguera por proliferación fibrovascular detrás del cristalino. A lo largo del tiempo, se han identificado tres epidemias de retinopatía del prematuro. La primera tuvo lugar en la década de 1950 en países con atención neonatal avanzada, tras establecerse la relación entre la administración de oxígeno suplementario y el desarrollo de esta patología. La segunda surgió en los años 70 también en países desarrollados, impulsada por el aumento en la supervivencia de neonatos extremadamente prematuros. La tercera se manifestó entre los años 2000 y 2010 en países en vías de desarrollo, donde los avances en el cuidado neonatal lograron reducir la mortalidad de estos bebés, pero sin contar con protocolos adecuados para la detección y manejo de la ROP. La retinopatía del prematuro es una vitreoretinopatía proliferativa periférica, se trata de una enfermedad que afecta el desarrollo normal de los vasos sanguíneos de la retina inmadura del recién nacido prematuro, la cual tiene una etiología multifactorial, afectando principalmente aquellos de muy bajo peso al nacer y de menor edad gestacional. Esta enfermedad es considerada la principal causa de ceguera infantil en países en vías de desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud es considerada la segunda causa de ceguera infantil en Latinoamérica. Debido a las diferencias en las condiciones demográficas y acceso a programas de detección y tratamiento, la incidencia de retinopatía del prematuro varía de país en país.

124C. REHABILITACIÓN EN ICTUS. Gina Puerto. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

125C. TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD GUIADO POR FENOTIPOS. Marlen Cruz Joya. Hospital Escuela e Instituto Nacional Cardiopulmonar; Tegucigalpa, Honduras.

La Obesidad es una enfermedad neuroconductual, multifactorial, crónica, progresiva, recidivante y tratable, en la que un aumento

de la grasa corporal promueve la disfunción del tejido adiposo, generando consecuencias metabólicas, biomecánicas y psicosociales adversas para la salud. Se estima que para el 2035, más de 4.000 millones de personas en el mundo, representando el 51% de la población global, sufrirán sobrepeso y obesidad. 1 de cada 4 personas tendrán obesidad, generando un costo en salud de más de 4 billones de dólares por año. La obesidad amerita manejo multidisciplinario que debe incluir como base cambios en el estilo de vida, (dietas hipocalóricas y actividad física), terapia farmacológica y cirugía bariátrica. El estudio de fármacos para el tratamiento de la Obesidad se remonta a 1947, con el lanzamiento de metanfetamina, retirada del mercado por riesgo de adicción, afortunadamente cada día contamos con más alternativas y combinaciones que nos permiten hacer frente a esta pandemia. Los fármacos actualmente aprobados por la FDA para el tratamiento de la Obesidad incluyen: Orlistat: Inhibidor de la lipasa pancreática, Fentermina / Topiramato: Combinación de amina simpaticomimética y antiepiléptico con actividad GABA, Naltrexona/Bupropión: Combinación de antagonista opiáceo e inhibidor de la recaptación de noradrenalina y dopamina y los agonistas del receptor GLP1 (Liraglutide, semaglutide y tirzepatide). La escala de Fenotipos del comportamiento alimentario, un cuestionario autoadministrado, es una herramienta de uso clínico para caracterizar subfenotipos de comportamiento alimentario: Hedónico, Emocional, Compulsivo, Desorganizado e Hiperfágico. Lo que permite guiar la terapia farmacológica para la Obesidad de la siguiente manera: Cerebro hambriento: Fentermina / Topiramato, Hambre emocional: Naltrexona / Bupropión, Intestino hambriento: Fármacos agonistas del receptor GLP1 y Quemadores lentos: Fentermina. La obesidad no se debe estigmatizar, pero tampoco normalizar; todo lo contrario, es una enfermedad crónica, multifactorial que es susceptible de tratamiento.

126C. EVALUACIÓN DE IMÁGENES DE LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA. Sara Chinchilla. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

127C. PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA. Manuel Maldonado. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

128C. CÁNCER DE MAMA. Manuel Maldonado. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

129C. DIABETES MELLITUS: ACTUALIZACIÓN. Sociedad de Endocrinología.

130C. HIPERTENSIÓN ARTERIAL: ACTUALIZACIÓN. Sociedad de Hipertensión arterial.

131C. UNAH: FORMANDO MÉDICOS PARA LOS RETOS DEL SIGLO XXI. Patricia Elvir. Universidad Nacional Autónoma de Honduras Cortés; San Pedro Sula, Honduras.

132C. REFORMA CURRICULAR DE LA CARRERA DE MEDICINA. Génesis Henríquez. Facultad de Ciencias Médicas; Tegucigalpa, Honduras.

133C. CARRERA DE MEDICINA, PRESENTE Y FUTURO: UNITEC. Alejandro Young. Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Ciencias de la Salud; Tegucigalpa, Honduras.

134C. MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. Marlon Estrada, Hospital Gabriela Alvarado, Departamento de Epidemiología; Danlí, El Paraíso, Honduras.

El Modelo Nacional de Salud de Honduras, establece niveles de atención, funciones y organización basados en la complejidad de los servicios, así como en los recursos humanos y tecnológicos disponibles. Su enfoque prioritario es garantizar el acceso y abordar los problemas de salud de la población. En este contexto, el Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria (MGH) propone una reestructuración en la gestión de recursos en la red hospitalaria pública, con el objetivo de mejorar la administración y calidad de los servicios. El MGH se define como un sistema para organizar y administrar unidades hospitalarias del sector público, sustentado en principios de equidad, eficiencia, calidad, sostenibilidad y participación ciudadana. Su objetivo central es asegurar el acceso a servicios de salud de calidad, promoviendo la equidad en el financiamiento y la eficiencia en la producción de servicios, con la participación activa de la ciudadanía. El modelo establece directrices que facilitan cambios administrativos y técnicos necesarios para incrementar tanto el acceso como la calidad de los servicios de salud. A pesar de la calificación de recursos como “insuficientes”, estos representan un alto porcentaje del presupuesto nacional en salud, subrayando la necesidad de optimización. Entre sus características se destacan la eficiencia, la gestión sistémica por procesos, la calidad, la transparencia y la flexibilidad en la administración de recursos. Asimismo, se enfoca en el usuario como eje central, promoviendo un modelo de gestión orientado a resultados y más cercano a la población. En base al nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria la organización de la gestión hospitalaria se sustenta en cuatro componentes: Conducción, Gestión de Pacientes, Gestión Clínica y Gestión de Recursos, estos componentes se agrupan en dos grandes pilares: la Mesogestión o Gestión Hospitalaria, y la Microgestión.

135C. TRAUMA MUSCULOESQUELÉTICO: ACTUALIZACIÓN. Sociedad de Ortopedia.

136C. DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE CON OBESIDAD. Luis Alfredo Rodríguez Castellanos. Hospital Escuela, Servicio de Endocrinología; Tegucigalpa, Honduras.

La prevalencia de la Obesidad en la población mundial ha aumentado exponencialmente en los últimos años. Las dietas basadas en un alto consumo de grasas y carbohidratos, la inactividad física y la predisposición genética han sido los factores

involucrados más conocidos para este. Ahora, se conocen otros factores que aumentan el riesgo de obesidad y por ende el riesgo cardiovascular en la población como son el uso de algunos fármacos, apnea obstructiva del sueño, estrés, trastornos del sueño y alteraciones de la microbiota. Tradicionalmente la definición de Obesidad se ha basado en un índice de masa corporal mayor o igual a 30 kg/m², sin embargo, por diagnósticos erróneos con este criterio se ha propuesto confirmar el exceso de grasa corporal a través de medidas de tamaño corporal como la relación cintura-cadera y cintura-estatura, además de mediciones directas de grasa corporal como el escaneo de densitometría ósea o el análisis de composición corporal. Una vez confirmando el exceso de grasa corporal, se debe identificar si el paciente tiene una Obesidad preclínica o clínica. En la obesidad preclínica el exceso de grasa está relacionado directamente con un nivel variable de riesgo de salud, pero sin una enfermedad en curso en este momento, o sea, solamente en riesgo aún. En la obesidad clínica, hay signos objetivos y/o síntomas de reducción de la función de órganos (resistencia a la insulina, diabetes, hipertensión, hígado graso, apnea obstructiva del sueño, hipogonadismo, etc.) o la capacidad significativamente reducida para realizar actividades cotidianas debido al exceso de grasa corporal. Además, se debe clasificar el Fenotipo de Obesidad de cada paciente (cerebro hambriento, intestino hambriento, comedor hedónico o quemador lento), ya que establecerlo permite utilizar herramientas terapéuticas más útiles para el tratamiento de cada paciente de forma individual, ya que esta es una enfermedad crónica susceptible de tratamiento.

137C. FOTOPROTECCIÓN E IMPACTO DE LA RADIACIÓN EN LA PIEL. Diana Peralta. Clínica Dermatológica Derma DP; San Pedro Sula, Honduras.

La piel es el órgano más extenso del cuerpo y una de sus funciones principales es ser una barrera que nos proteja de la radiación ultravioleta. Como es bien conocido, el sol es la principal fuente de radiación natural, sin embargo, el actual uso excesivo de dispositivos electrónicos como parte de la globalización, ya sea con fines recreativos o laborales ha incrementado la exposición hacia otros tipos de radiación, como ser la luz visible. En conjunto, los diferentes tipos de radiación pueden generar efectos nocivos a la salud como ser: fotoenvejecimiento, quemaduras solares, enfermedades fotosensibles/fotograbadas y lo más temido, carcinogénesis. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el cáncer de piel es el tipo de malignidad más común en seres humanos. Por lo que hoy en día se han unido esfuerzos por investigar más sobre su origen y en desarrollar técnicas para prevenirlo. La fotoprotección viene a posicionarse como un pilar para prevenir este tipo de reacciones adversas. Las estrategias están orientadas a reducir el tiempo de exposición al sol en horas de las 10:00 a las 16:00 hrs., uso de ropa con UPF (ultraviolet protection factor) e indumentaria adecuada según el tipo de actividad a realizar, sombreros y por supuesto, el uso de fotoprotectores. Los fotoprotectores se basan en la aplicación de sustancias en

piel que absorben, bloquean o reflejan la radiación, reduciendo así el daño antes mencionado. Estos pueden enriquecerse con antioxidantes o moléculas reparadoras del ADN (ácido desoxiribonucleico) para reducir las mutaciones implicadas en las vías del cáncer. Conociendo ahora su importancia, tanto la educación continua de la fotoprotección resulta fundamental en todos los ámbitos y edades de la vida, así como también proporcionar productos seguros para la salud y asequibles para la economía de hoy en día.

138C. ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES CON EPILEPSIA. Rolando Salvador López Argüello. Servicios Especializados de Salud Mental (SESAM); San Pedro Sula, Honduras.

La epilepsia a lo largo de la historia ha sido asociada a alteraciones de conducta, del pensamiento y del humor. En Grecia (A.C) era llamada la enfermedad sagrada, entendiéndola a las crisis como actos divinos o de castigo desde los dioses hacia los hombres. En la población pediátrica, las dificultades asociadas a la epilepsia afectan las habilidades para seguir los trayectos de su desarrollo emocional y social. La corteza prefrontal es la última en madurar y por lo tanto, especialmente vulnerable al daño ambiental y físico. Las crisis epilépticas, pueden producir un impacto directo sobre las funciones ejecutivas, en los procesos inhibitorios importantes para dominar tareas, desatención e hiperactividad. También pueden ocurrir efectos de la epilepsia sobre las experiencias vitales y la capacidad de afrontarlas. Desde 1970 Yule encontró 28.6% de trastornos psiquiátricos en niños con "epilepsia no complicada" y 58.3% en "epilepsia complicada", comparados con 6.3% en la población general. Un metaanálisis de estudios publicados entre 1996-2007 en niños y adolescentes de 0-18 años con epilepsia mostró entre 37-77% de psicopatología asociada. A pesar de los avances que hemos tenido en diagnóstico temprano, manejo, medicamentos, las estadísticas en cuanto al daño emocional y familiar siguen iguales. Los estudios comunitarios nos muestran que los problemas de salud mental más frecuentes son angustia y depresión y problemas atencionales. Los estudios de adultos que tuvieron epilepsia de comienzo en la niñez, cuyas crisis habían remitido y ya no tomaban medicamentos antiepilépticos, muestran niveles más bajos de educación, matrimonio, empleo y fertilidad. Por lo tanto, debemos entender, la importancia de no solo tratar epilepsias, sino comprender que son personas que padecen de epilepsia y que su tratamiento es más complejo. Requiere un abordaje multidisciplinario que incluya una evaluación cognitiva, familiar y de comorbilidad psiquiátrica.

139C. SOPLOS CARDIACOS EN PEDIATRIA, ¿CUÁNDO REFERIR? Iván Salinas. Centro Médico Lancetilla; Tela, Honduras.

Los soplos cardíacos son signos frecuentes en pediatría. Del total de los soplos auscultados, hasta el 85% son inocentes y sólo entre el 0.8 y 2% son secundarios a patología cardíaca. Esta proporción es más elevada en los neonatos, en quienes únicamente 16% corresponde a soplos inocentes. El

pediatra es quien con una historia clínica y una exploración física cuidadosas debe diferenciar un soplo inocente de uno orgánico asociado a una cardiopatía identificando los criterios que justifican consultar al cardiólogo pediatra, los soplos inocentes se detectan sin que exista una cardiopatía o un trastorno fisiológico, el paciente tiene una historia clínica y exploración física normales. Definición: Los soplos cardíacos son ondas sonoras turbulentas que se originan en el flujo sanguíneo del corazón, de los grandes vasos o de ambos. Clasificación: Existen diferentes formas de clasificar los soplos de acuerdo con su etiología y características: 1. Etiología (Inocentes o Patológicos) 2. Temporalidad (Sistólicos, Diastólicos o Continuos). 3. Intensidad (se clasifican en VI grados. 4. Localización (se refiere al área torácica en la que se ausculta su máxima intensidad). 5. Duración (cortos o largos). 6. Irradiación. 7. Tono. 8. Timbre. Causas de referencia al cardiólogo: Un análisis adecuado de los antecedentes clínicos y una exploración física completa, permiten diferenciar entre un soplo inocente y uno orgánico. Existen datos clínicos que implican cardiopatía y por tanto obligan a enviar a los pacientes con el especialista en cardiología lo más pronto posible: 1. Pacientes sintomáticos (Detención de crecimiento, polipnea, dismorfias). 2. Soplo diastólico. 3. Soplo cardíaco intenso (≥ 3 grado de intensidad). 4. Cianosis 5. Pulsos periféricos anormales. 6. Ruidos cardíacos anormales. 7. Antecedentes familiares que se asocian de forma importante a cardiopatías. 8. Soplo en edad neonatal.

140C. CHOQUE CARDIOGÉNICO: UN ENFOQUE PRÁCTICO. José Gómez.

141C. REHABILITACIÓN CARDÍACA. Luisa Palma. Instituto Nacional Cardio Pulmonar; Tegucigalpa, Honduras.

La rehabilitación cardíaca (RC), también conocida como rehabilitación cardiovascular y prevención secundaria, es un programa integral y personalizado. Su objetivo principal es ayudar a los pacientes a alcanzar una salud cardiovascular óptima, permitiéndoles retomar su vida funcional e independiente. Este programa multidisciplinario se basa en varios componentes: ejercicio físico, asesoría nutricional, apoyo psicológico, modificación de factores de riesgo y educación. La RC se estructura en tres fases: Fase I (hospitalaria): Inicia durante la hospitalización, poco después de un evento cardíaco agudo o una intervención, y se extiende hasta el alta del paciente. Fase II (ambulatoria supervisada): Tras el alta, los pacientes participan en programas ambulatorios supervisados por médicos. Generalmente, realizan ejercicio tres veces por semana durante 3-4 meses. Fase III (comunitaria/mantenimiento): Se refiere a programas de mantenimiento a largo plazo que el paciente continúa en su entorno. Los beneficios de la RC son numerosos e impactantes. Incluyen una mejoría en la capacidad funcional y la salud mental, mayor adherencia al tratamiento médico, reintegración sociolaboral, control de los factores de riesgo, mejor calidad de vida y una reducción significativa en las tasas de reingresos hospitalarios y mortalidad cardiovascular. El ejercicio físico es un pilar fundamental en la RC, ya que aumenta la resistencia,

disminuye la isquemia cardíaca y la angina de pecho inducidas por el esfuerzo. La RC basada en ejercicios tiene una recomendación de clase Ia, pero está infrautilizada, a pesar de sus probados beneficios y su impacto en la reducción de costos en los sistemas de salud, la efectividad de la RC se ve limitada por la baja participación de los pacientes y las bajas tasas de derivación a estos servicios. Para una mayor eficacia, se requiere una estrecha colaboración entre pacientes, cuidadores y proveedores de salud, para que los pacientes sean referidos y mantener adherencia a las recomendaciones.

142C. REHABILITACIÓN ROBÓTICA. Karen Chang. Fisioclinic; San Pedro Sula, Honduras.

Rehabilitación: Proceso en el cual se recuperan, manejen o mejoran las capacidades físicas, mentales y/o cognitivas después de una lesión, enfermedad o tratamiento médico. Es optimizar función, considerando a la persona con su entorno. En el contexto de la salud, la rehabilitación en sus diferentes tipos: física, neurológica, cardíaca, pulmonar incluye la terapia física, terapia ocupacional, del habla y terapia cognitiva. La base para estos procesos es la neuroplasticidad. Es la capacidad del cerebro de reestructurar conexiones en respuesta a la experiencia y estimulación. Permite la modificación de conexiones estableciendo nuevas o fortaleciendo las existentes. Así es que, a más intensa terapia, mayor recuperación motora. Por ejemplo, el Evento cerebrovascular es la tercera causa mundial de discapacidad a largo plazo. A los 6 meses, 30-66% de los pacientes que sufrieron un ECV tiene alguna discapacidad en sus extremidades, más a miembro superior. La rehabilitación tradicional en estos pacientes involucra un terapeuta funcional por paciente, realizando ejercicio terapéutico, que ocupan muchas repeticiones. Esto se traduce en tiempo, y muchas veces por la alta demanda de estos, se acortan los tiempos de atención. Es por ello que hace dos décadas ya se ha visto la necesidad de desarrollar tecnología de Rehabilitación asistida por robótica, para facilitar y aumentar la restauración de la función. Ejemplos de esta tecnología: Exoesqueletos, caminadora antigravitacional, guantes robóticos para miembro superior. En conclusión, muchos de estos equipos lo que permiten es ciclos de terapia de alta intensidad, altas repeticiones y actividades más consistentes, por periodos más largos de tiempo que con la rehabilitación tradicional. Mejorando así la recuperación funcional en menor tiempo.

143C. TRATAMIENTO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG. Juan Craneotis. Hospital Fundación Ruth Paz; San Pedro Sula, Honduras.

144C. ANATOMÍA BÁSICA Y PROYECCIONES CLÁSICAS EN RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: UN ENFOQUE DIAGNÓSTICO. Maryury Fabiola Pineda Gómez. Honduras

La interpretación de una radiografía de tórax requiere un conocimiento detallado de las estructuras anatómicas visibles. Las principales incluyen los huesos, los pulmones, el corazón,

los vasos pulmonares y el diafragma. Estas estructuras son fundamentales para detectar patologías. Para evaluar correctamente, se utilizan varias proyecciones clásicas. La proyección posteroanterior (PA), estándar en radiografía de tórax, permite observar el corazón, los pulmones y las costillas, y se realiza con el paciente de pie. La proyección lateral, tomada con el paciente de lado, facilita la evaluación de la profundidad de las estructuras pulmonares y la localización de lesiones no vistas en la PA. La proyección anteroposterior (AP), usada cuando el paciente está en cama o en emergencias, proporciona menos detalle. También se emplean proyecciones oblicuas y de decúbito lateral para estudiar lesiones pulmonares y derrames pleurales. El enfoque diagnóstico debe ser sistemático. Primero, se verifica la identificación de la imagen y la calidad de la radiografía, asegurando que las estructuras sean claras. Luego, se analiza cada estructura anatómica buscando anomalías como fracturas, infiltrados pulmonares, agrandamiento del corazón o alteraciones del diafragma. Este enfoque detallado permite detectar patologías comunes como neumonía, neumotórax, insuficiencia cardíaca o fracturas costales. Recordemos que las ventajas de radiografía de tórax, es de fácil acceso, bajo costo y fácil realización. Inconvenientes tiene una mala visualización de las partes blandas y utiliza radiaciones ionizantes, lo que puede ser riesgoso con exposiciones frecuentes. La radiografía de tórax es esencial para evaluar la anatomía torácica y detectar diversas patologías, siendo crucial una interpretación meticulosa para un diagnóstico adecuado y preciso.

145C. MIELOMENINGOCELE E HIDROCEFALIA. Alejandro Ortega. Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

146C. MEDICINA REGENERATIVA GINECOLÓGICA. Bader Napky. Hospital Leonardo Martínez Valenzuela; San Pedro Sula, Honduras.

La medicina regenerativa ginecológica es una rama innovadora de la medicina que busca restaurar y revitalizar los tejidos del sistema reproductivo femenino, promoviendo su salud y funcionalidad a través de enfoques avanzados. Esta disciplina combina tecnologías de última generación con principios biológicos para mejorar la calidad de vida de las mujeres, especialmente aquellas que experimentan cambios relacionados con la edad, el parto o condiciones médicas específicas. Entre las tecnologías más destacadas se encuentran los tratamientos con plasma rico en plaquetas (PRP), láser vaginal, radiofrecuencia fraccionada y células madre. El PRP, por ejemplo, utiliza los factores de crecimiento presentes en la sangre del propio paciente para estimular la reparación y regeneración de tejidos, mejorando la lubricación, la sensibilidad y la elasticidad vaginal. El láser vaginal y la radiofrecuencia fraccionada son tecnologías no invasivas que estimulan la producción de colágeno y elastina, fortaleciendo las paredes vaginales y mejorando síntomas como la incontinencia urinaria leve, la atrofia vaginal y la dispareunia. Estas tecnologías ofrecen resultados rápidos, mínimos efectos secundarios y tiempos de recuperación muy cortos. Además, el uso de células madre, obtenidas a partir del tejido adiposo

o la médula ósea, representa un avance significativo. Estas células tienen la capacidad de diferenciarse y regenerar tejidos dañados, abriendo nuevas posibilidades para el tratamiento de condiciones complejas como el síndrome genitourinario de la menopausia. En conjunto, estas tecnologías están transformando el campo de la ginecología regenerativa, brindando a las mujeres soluciones más efectivas y personalizadas para mejorar su salud íntima y bienestar general.

147C. CLIMATERIO Y MENOPAUSIA. Larisa A. Alvarado Palomo. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado de Ginecología y Obstetricia; Tegucigalpa, Honduras.

Según la OMS, el climaterio es la etapa de transición en la vida de la mujer que se caracteriza por la disminución y el cese de la función ovárica, marcando el paso de la vida reproductiva a la no reproductiva. La menopausia natural se define como el cese permanente de la menstruación, determinado retrospectivamente tras 12 meses de amenorrea sin otra causa patológica o fisiológica evidente. Se presenta a una edad media de 51.4 años y refleja una depleción folicular ovárica completa o casi completa, con la consiguiente hipoestrogenemia y concentraciones elevadas de hormona folículo estimulante. Se caracteriza por ciclos menstruales irregulares y fluctuaciones hormonales marcadas, a menudo acompañadas de sofocos, alteraciones del sueño, síntomas del estado de ánimo y sequedad vaginal. Además, comienzan a producirse cambios en los lípidos y pérdida ósea, ambos con implicaciones para la salud a largo plazo. Diagnóstico: El diagnóstico de la transición menopáusica o perimenopausia se realiza con base en un cambio en el intervalo intermenstrual, con o sin síntomas menopáusicos. Tratamiento: Las mujeres que reciben tratamiento para síntomas menopáusicos, como sofocos, requieren estrógenos sistémicos; las mujeres que reciben tratamiento únicamente para el síndrome genitourinario de la menopausia, deben recibir estrógenos vaginales en dosis bajas en lugar de estrógenos sistémicos. Estrógenos: todos los tipos de estrógeno son eficaces para aliviar los sofocos. Vía de administración: El estrógeno está disponible en diversas presentaciones: oral, transdérmica, geles y lociones tópicas, y anillos vaginales. Dosis: Las dosis estándar de estrógeno administradas diariamente, como el 17- beta estradiol (1 mg/día oral o 0.05 mg/día transdérmico), son adecuadas para el alivio sintomático. Una excepción son las mujeres más jóvenes tras una ooforectomía bilateral. Estas mujeres requieren dosis más altas (p. ej., 2 mg de estradiol oral ó 0.1 mg de estradiol transdérmico o su equivalente) durante los dos o tres primeros meses.

148C. EPILEPSIA EN NIÑOS. Oscar Armando Ponce Barahona. Centro Médico Santa Rosa; Santa Rosa de Copán, Honduras.

La epilepsia ha sido un tema delicado desde la edad antigua. Creyéndose que solo un Dios podía arrojar a las personas al

suelo, privarlas de sus sentidos, producirles las convulsiones y de ahí devolverles la vida. Es por eso por lo que se creía que era algo sobrenatural. Con el pasar de los años y ya en pleno 2025 es triste que aún existan mitos sobre la epilepsia. Incluso hay lugares donde no se habla de ella ya que es un tema tabú. Es penoso que aún se crea que no tiene tratamiento, que son eventos producidos porque las personas están poseídas, que se es infecciosa y se puede transmitir, que las personas que convulsionan no pueden trabajar y/o estudiar, que no pueden realizar deporte y/o actividades físicas, entre otros. Desgraciadamente, estos mitos crean estigmas e ideas erróneas y falsas que afectan enormemente la vida de las que lo padecen. Llevándolos a sufrir discriminación o hasta rechazo en su vida diaria. Estas son unas cuantas razones por las que las personas se deben instruir en el tema de la epilepsia. Ya que interviniendo tempranamente en la vida de un niño mejora increíblemente su calidad de vida

149C. OBESIDAD INFANTIL. Darwin Yassir López Banegas. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Hospital Regional del Norte; San Pedro Sula, Honduras.

La medicina preventiva y la terapia de nutrición son cada vez de mayor importancia en el cuidado de la salud. La nutrición y otros factores ambientales durante el periodo prenatal y los primeros meses de vida pueden influir en la aparición y en el desarrollo de enfermedades crónicas que se van a manifestar a lo largo de la vida. No hay duda que el incremento de las enfermedades complejas como la obesidad y el síndrome metabólico en la edad pediátrica requiere de nuevas estrategias orientadas al desarrollo de planes dietéticos específicos que tomen en cuenta la habilidad individual (genética) para utilizarlos en beneficio de la salud. El término "programación" se aplicará a un estímulo en un periodo sensible del desarrollo (periodo crítico) que ocasionará efectos a largo plazo o de por vida en un individuo. Las primeras evidencias de la influencia de los factores ambientales tempranos en la salud posterior proceden del estudio y seguimiento de algunos cohortes históricas, como es el caso de las personas expuestas a la gran hambruna holandesa de 1944, durante la segunda guerra mundial, las mujeres gestantes que dieron a luz a niños con bajo peso que posteriormente presentaron tasas de obesidad, síndrome metabólico, diabetes y otras enfermedades crónicas sensiblemente superiores a otros nacidos fuera de este periodo de restricción. Estudios realizados encontraron asociación directa entre haber presentado un peso bajo al nacimiento y una mayor mortalidad cardiovascular en la edad adulta, hallazgos independientes de factores ambientales y consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo. Se ha mostrado la relación entre RCIU y desarrollo de hipertensión arterial, intolerancia a carbohidratos y diabetes mellitus 2.