

**LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

RESÚMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES (CM)

1CM. AVANCES EN EL TRATAMIENTO Y TECNOLOGÍAS EN DIABETES. Yaritza Argentina Munguía Ayala. Hospital del Caribe, Servicio de Endocrinología, Puerto Cortés, Honduras.

La diabetes mellitus agrupa múltiples trastornos: formas autoinmunes, resistencia a la insulina con deficiencia relativa de esta hormona, defectos genéticos de la célula beta, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, fármacos, infecciones y desnutrición crónica severa en la infancia. Esta conferencia actualiza los avances en fármacos y tecnologías según las guías ADA 2026. Las novedades abarcan cuatro áreas: tecnología, fármacos, nutrición y manejo integral. En tecnología, se recomienda el monitoreo continuo de glucosa sin exigir pruebas previas de péptido C o autoanticuerpos para iniciar bombas de insulina o sistemas automatizados. El páncreas artificial, un sistema de asa cerrada, mide la glucosa y suministra insulina de forma autónoma en diabetes tipo 1, imitando la función natural del páncreas. En fármacos, se introducen los análogos de GLP-1 para diabetes tipo 1 con obesidad, con dosis individualizadas de antiobesidad. Los agonistas duales GIP/GLP-1, como tirzepatida, se incorporan al algoritmo de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada. Para la nefropatía diabética, los iSGLT2 y agonistas GLP-1 son terapia preferida incluso en filtrados menores a 30 mL/min o en diálisis. En nutrición, se avalan las dietas mediterránea y baja en carbohidratos para prevenir diabetes tipo 2. Aparecen nuevas guías para el control glucémico durante tratamientos oncológicos (inhibidores de PI3K, inmunoterapia) y trasplantes, así como metas de presión arterial más estrictas (menos de 120 mmHg) en pacientes de alto riesgo cardiovascular. La combinación de fármacos duales como tirzepatida (pérdida de peso superior al 22%) y sistemas automatizados como el páncreas artificial representa un cambio profundo en el manejo de la diabetes. Sin embargo, ni los medicamentos ni la tecnología bastan por sí solos. Educar, ayudar y cambiar mentalidades resulta fundamental para alcanzar salud, bienestar y evitar complicaciones futuras.

2CM. ACTUALIZACIÓN EN TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD: ENFOQUE FARMACOLÓGICO Y NUTRICIONAL. Javier Girón. Hospital del Valle, Servicio de Endocrinología, San Pedro Sula, Honduras.

3CM. ENFERMEDADES TIROIDEAS: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. Lesbia Mariela Leiva. Hospital Trochez Montalván, Servicio de Endocrinología, Juticalpa, Honduras.

La enfermedad tiroidea es muy frecuente en mujeres y en edades avanzadas; su carga poblacional se concentra en disfunción tiroidea, hipotiroidismo, hipertiroidismo, tiroiditis autoinmune, nódulos tiroideos y cáncer tiroideo. El hipotiroidismo

es una enfermedad caracterizada por la deficiencia de hormona tiroidea, su prevalencia varía entre el 0.3 % y el 12 % a nivel mundial, según la ingesta de yodo, es más frecuente en mujeres y adultos mayores; la causa más común la tiroiditis de Hashimoto (hasta 85% en zonas yodo suficientes). Los pacientes con hipotiroidismo pueden tener síntomas inespecíficos debido a la ralentización del metabolismo, incluyendo fatiga, aumento de peso, problemas cognitivos como pérdida de memoria y dificultad para concentrarse, e irregularidades menstruales. La causa más común de hipertiroidismo es la enfermedad de Graves, con una prevalencia global del 2% en mujeres y del 0.5% en hombres, los síntomas comunes de la tirotoxicosis incluyen ansiedad, insomnio, palpitaciones, pérdida de peso involuntaria, diarrea e intolerancia al calor, aumento difuso de la glándula tiroidea, mirada fija o exoftalmos. Los nódulos tiroideos son frecuentes y se detectan hasta en el 65 % de la población general; Esto se debe al uso de técnicas de diagnóstico por imagen para fines no relacionados con la tiroidea. La mayoría de los nódulos tiroideos son benignos, clínicamente insignificantes y se manejan de forma segura mediante un programa de vigilancia. En 2020 el cáncer de tiroides presentó tasas de incidencia para población mundial fueron de 10.1/100 000 mujeres y 3.1/100 000 hombres, y las tasas de mortalidad fueron de 0.5/100 000 mujeres y 0.3/100 000 hombres. La levotiroxina es el tratamiento de elección para hipotiroidismo; El tratamiento para el hipertiroidismo incluye fármacos antitiroideos, ablación con yodo radiactivo y cirugía. Las opciones de tratamiento deben ser individualizadas y centradas en el paciente.

4CM. EPOC ¿QUÉ HAY DE NUEVO EN LAS GUÍAS GOLD 2026? Suyapa Figueroa. Hospital Escuela, Servicio de Neumología, Tegucigalpa Honduras.

5CM. EL ABC DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. Fabio Fuentes. Hospital y Clínicas Viera, Servicio de Medicina Interna, Tegucigalpa, Honduras.

6CM. ¿QUÉ SABES DEL SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN DE ASMA /EPOC? Vladimir Mendoza. Centro Médico Santa María, Servicio de Medicina Interna, Tegucigalpa, Honduras

7CM. MANEJO DEL SÍNCOPE EN LA EDAD PEDIÁTRICA: ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO ACTUALIZADO. Oscar Iván Salinas Sánchez. Instituto Hondureño de Seguro Social, Servicio de Cardiología Pediátrica, San Pedro Sula, Honduras.

Se define como una pérdida transitoria de la conciencia secundaria a hipoperfusión cerebral global, caracterizada por inicio

rápido, corta duración y recuperación espontánea completa. Aunque la mayoría de los casos corresponden a síncope reflejo o vasovagal, la identificación de causas potencialmente graves, especialmente de origen cardiovascular, constituye el principal desafío clínico. Es una causa frecuente de consulta en pediatría, principalmente en la población adolescente, representando hasta el 15% de las evaluaciones médicas durante esta etapa de la vida. La evaluación inicial debe fundamentarse en una historia clínica detallada, examen físico completo y electrocardiograma de 12 derivaciones. La presencia de signos de alarma como síncope durante el ejercicio, ausencia de pródromos, antecedentes familiares de muerte súbita, cardiopatía estructural conocida o hallazgos electrocardiográficos anormales obliga a una investigación más exhaustiva. Entre las etiologías cardíacas destacan las arritmias, miocardiopatías, anomalías coronarias y enfermedades hereditarias de los canales iónicos. El síncope vasovagal continúa siendo la causa más frecuente y generalmente tiene un pronóstico favorable. Su manejo incluye educación del paciente y la familia, reconocimiento de síntomas prodromáticos, incremento de la ingesta de líquidos y sal, medidas de contrapresión física y modificaciones del estilo de vida. En casos seleccionados con síntomas recurrentes o refractarios pueden considerarse tratamientos farmacológicos como fludrocortisona o betabloqueadores. Las pruebas complementarias, incluyendo monitoreo ambulatorio, ecocardiografía y mesa basculante, deben solicitarse de manera dirigida según la sospecha clínica. El conocimiento de los algoritmos diagnósticos actuales permite diferenciar oportunamente los casos benignos de aquellos asociados a riesgo cardiovascular significativo. Un abordaje sistemático basado en la evidencia contribuye a optimizar el diagnóstico, reducir estudios innecesarios y mejorar la seguridad del paciente pediátrico con síncope.

8CM. DEL SIGNO CLÍNICO A LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA: CLAVES PARA IDENTIFICAR CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS. Claudia Alicia Pavón Flores. Hospital María Especialidades Pediátricas, Servicio de Cardiología Pediátrica, Tegucigalpa, Honduras.

Las cardiopatías congénitas (CC) son malformaciones estructurales cardíacas con prevalencia mundial entre 2.1 y 12.3 por 1,000 recién nacidos vivos, siendo las malformaciones congénitas más frecuentes. A pesar de los avances terapéuticos, continúan siendo una causa significativa de morbilidad y mortalidad infantil. El reconocimiento precoz es determinante para mejorar el pronóstico y la supervivencia global que actualmente supera el 85% en recién nacidos con CC. Los principales factores de riesgo asociados, incluyen antecedentes familiares, enfermedades maternas (diabetes mellitus, HTA, LES, preeclampsia, obesidad, epilepsia, enfermedades tiroideas y del sistema conectivo), exposición a fármacos teratogénicos e infecciones intrauterinas, así como síndromes genéticos (Down, Edwards, Patau, Turner, Di George, Noonan, Williams, Holt-Oram y Marfan), con una alta asociación a CC. Los signos de alarma varían según grupo etario. Neonatos y lactantes: taquipnea sin fiebre, dificultad respiratoria persistente, sudoración al alimen-

tarse, déficit de ganancia ponderal, soplos cardíacos, cianosis central, infecciones respiratorias recurrentes. Niños mayores: fatiga fácil, soplo cardíaco, dolor torácico no relacionado con actividad física, síncope y palpitaciones. La clasificación clínica se basa en la presencia de cianosis y el comportamiento del flujo pulmonar, integrando las entidades más frecuentes como comunicación interventricular, comunicación interauricular, canal auriculoventricular, persistencia del conducto arterioso, coartación aórtica, tetralogía de Fallot, atresia pulmonar con CIV y transposición de grandes arterias. Finalmente, para garantizar una intervención eficaz y oportuna, se consideran esenciales las siguientes estrategias: ecocardiograma fetal en casos de riesgo, tamizaje neonatal con oximetría de pulso (24–48 horas de vida), examen físico sistemático, vigilancia en atención primaria, estabilización hemodinámica inicial (ABCD) ante sospecha de descompensación, uso de prostaglandinas en cardiopatías críticas ductus-dependientes y referencia oportuna a centros especializados mediante un traslado seguro y fortaleciendo las redes de referencia nacional.

9CM. ABORDAJE PRÁCTICO DEL TAMIZAJE NEONATAL CARDÍACO. Daniela Iveth García. Hospital Medical Center, Servicio de Cardiología Pediátrica, Tegucigalpa, Honduras.

10CM. INTERVENCIONES PERCUTÁNEAS EN COARTACIÓN AÓRTICA DESDE EL RECIÉN NACIDO HASTA EL ADULTO. David Salazar Lizárraga. Hospital Infantil de México Federico Gómez, Servicio de Cardiología Intervencionista Pediátrica, Ciudad de México, México.

11CM. INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS: DEL ALGORITMO A LA PRÁCTICA CLÍNICA. Claudia Alicia Pavón Flores. Hospital María de Especialidades Pediátricas, Unidad de Cuidados Intensivos, Tegucigalpa, Honduras.

Las cardiopatías congénitas constituyen las anomalías estructurales más prevalentes al nacimiento y representan una causa significativa de morbilidad y mortalidad infantil global. El reconocimiento temprano desde el primer nivel de atención es clave para mejorar el pronóstico, permitiendo una referencia oportuna y un tratamiento adecuado. En este contexto, la inteligencia artificial (IA) ha emergido como una herramienta prometedora para mejorar la precisión diagnóstica y optimizar la toma de decisiones clínicas mediante el análisis avanzado de datos biomédicos. La IA utiliza algoritmos de Deep Learning capaces de analizar volúmenes masivos de información clínica. Sus principales aplicaciones se han desarrollado en el análisis de electrocardiogramas, con capacidad para detectar alteraciones eléctricas subclínicas y estudios de imagen cardiovascular; estas herramientas han demostrado aumentar la exactitud diagnóstica, optimizar la segmentación anatómica y reducir la variabilidad inter-observador, contribuyendo a una mejor caracterización funcional y estructural del corazón congénitamente enfermo. En el ámbito hospitalario, particularmente en las unidades de cuidados críticos, la IA muestra aplicaciones pro-

metedoras en la predicción de deterioro clínico y la planificación terapéutica personalizada. Asimismo, su aplicación en modelos predictivos contribuye al desarrollo de estrategias terapéuticas más individualizadas, favoreciendo un enfoque de medicina personalizada. No obstante, su implementación enfrenta desafíos relacionados con la validación clínica, la estandarización de los modelos específicos, la transparencia algorítmica y las consideraciones éticas sobre el uso de datos médicos. En conclusión, la IA tiene el potencial de transformar el diagnóstico y manejo de las cardiopatías congénitas al permitir una medicina más precisa, predictiva y personalizada. Sin embargo, es importante enfatizar que estas herramientas no sustituyen el criterio clínico, sino que deben utilizarse como un complemento en su integración en la práctica clínica, que requerirá estudios prospectivos que demuestren su impacto en los desenlaces clínicos y su costo-efectividad.

12CM. AUTISMO Y GENÉTICA. María Camila Egas Casco. Profesional Independiente, San Pedro Sula, Honduras.

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo caracterizada por dificultades en la comunicación social y patrones de comportamiento restringidos o repetitivos. Aunque el 70-80% de los casos se clasifican como idiopáticos, un 20-30% presenta una etiología secundaria identificable, incluyendo anomalías cromosómicas y trastornos de un solo gen como el Síndrome de Fragile X o Rett. Es fundamental sospechar un componente genético ante historias familiares de trastornos del neurodesarrollo, presentaciones atípicas, comorbilidades como la epilepsia o la presencia de rasgos sindrómicos. Avances recientes han permitido identificar aproximadamente 60 genes de alta confianza asociados al TEA y el papel crítico de biomarcadores epigenéticos, como la metilación del ADN y el microexón de la proteína CPEB4, esencial para el desarrollo neuronal. La evaluación diagnóstica actual recomienda el uso de microarrays cromosómicos y estudios de exoma para precisar el origen molecular. Complementariamente, el abordaje terapéutico se beneficia de intervenciones nutricionales personalizadas; el uso de omega-3, vitamina D y probióticos ha mostrado utilidad en la reducción de síntomas gastrointestinales y conductuales, especialmente ante deficiencias documentadas. Asimismo, emergen terapias innovadoras como la neuromodulación no invasiva (rTMS), la estimulación del nervio vago para casos con epilepsia y el uso de tecnologías robóticas para el refuerzo social. Un diagnóstico genético definitivo permite reducir la ansiedad familiar, brindar asesoramiento reproductivo y optimizar recursos terapéuticos hacia una medicina personalizada que garantice una atención más humana y eficaz desde la infancia.

13CM. USO DE PREBIÓTICOS EN PEDIATRÍA. Celenia Godoy Salgado. Hospital del Valle, Servicio de Gastroenterología Pediátrica, San Pedro Sula, Honduras.

La microbiota humana constituye un ecosistema complejo y diverso integrado por bacterias, virus, hongos y arqueas, cuya

población total se estima en aproximadamente 100 billones de microorganismos. Esta comunidad microbiana, particularmente la residente en el tracto gastrointestinal cumple funciones vitales que incluyen la modulación de la expresión génica, la síntesis de nutrientes y la prevención de patologías, por lo cual es frecuentemente conceptualizada como un “órgano” funcional del cuerpo humano. En el ámbito pediátrico, el uso de probióticos se ha consolidado como una herramienta terapéutica que requiere un enfoque riguroso, fundamentado en el hecho de que sus efectos beneficiosos son estrictamente específicos de cada cepa. Las recomendaciones actuales, basadas en evidencia científica, destacan indicaciones precisas para trastornos gastrointestinales seleccionados. Por ejemplo, para la gastroenteritis aguda, se ha documentado la utilidad de cepas específicas como *Lactobacillus rhamnosus* GG y *Saccharomyces boulardii* para reducir la duración de la diarrea, mientras que se desaconseja el uso de otras, como *Bacillus clausii*, debido a la falta de eficacia comprobada. En la prevención de la diarrea asociada a antibióticos, la administración de altas dosis ($\geq 5 \times 10^9$ CFU/día) de *S. boulardii* o *L. rhamnosus* GG, iniciadas de forma simultánea al tratamiento antibiótico, muestra resultados favorables. Asimismo, el uso de *L. rhamnosus* GG o combinaciones específicas de *Bifidobacterium* y *Streptococcus* se sugiere para reducir el riesgo de enterocolitis necrotizante en prematuros, bajo protocolos de seguridad establecidos. En trastornos como el cólico del lactante y el síndrome de intestino irritable, ciertas cepas han mostrado eficacia en la reducción de síntomas. Sin embargo, es fundamental recalcar que no existe evidencia suficiente para respaldar su uso en condiciones como el estreñimiento funcional, la enfermedad celíaca o pancreatitis, instando a evitar la extrapolación de beneficios entre distintas cepas y a promover un manejo clínico personalizado basado estrictamente en la evidencia documental.

14CM. TAMIZAJE NEONATAL EN HONDURAS. María Camila Egas Casco. Profesional Independiente, San Pedro Sula, Honduras.

El tamizaje neonatal es un programa de detección presintomática fundamental para identificar enfermedades congénitas graves, tanto metabólicas como endocrinas y neuromusculares, antes de que se manifiesten clínicamente. Este procedimiento, realizado idealmente entre las 24 horas y los 15 días de vida mediante una punción de talón, representa una “ventana dorada” para evitar daños neurológicos irreversibles, crisis metabólicas, discapacidad y muerte temprana. En Honduras, el programa ha evolucionado desde 2016, y actualmente TAMIXGEN impulsa un panel ampliado que incluye condiciones críticas como la Atrofia Muscular Espinal (AME), hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria (PKU), hiperplasia suprarrenal congénita y deficiencia de G6PD, entre otras. Sin la implementación de estos programas, aproximadamente entre el 20% y 40% de los recién nacidos con estas afecciones tratables fallecen o sufren secuelas graves. Además del impacto humano, la falta de diagnóstico oportuno genera una carga económica significativa, con costos de hospitalización en cuidados intensivos que pueden oscilar

entre \$1,000 y \$3,000 diarios. A través de la gestión de casos como la AME o la deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media (MCADD), se demuestra que el inicio temprano de terapias específicas y el uso de hojas de emergencia salvan vidas. La estrategia para Honduras se enfoca en establecer centros de referencia, formación médica continua y alianzas público-privadas que garanticen la sostenibilidad del tamizaje. Detectar a tiempo permite transformar una posible tragedia en una historia de éxito clínico, mejorando radicalmente la calidad de vida del paciente y su entorno familiar.

15CM. PATOLOGÍA DE PLACENTA. Santiago Antúnez. Torre Médica Tepeyac, Servicio de Patología, Tegucigalpa, Honduras.

16CM. DERMATOSIS VULVARES: CLAVES CLÍNICAS PARA NO PASAR POR ALTO EL CÁNCER. Beatriz Sosa, Hospital DIME, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

17CM. PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CÉRVIX, VACUNAS Y TAMIZAJE. Sobeyda López. Clínicas Millenium II Health Center, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

18CM. ¿QUÉ HACER CON UN RESULTADO DE CITOLOGÍA ANORMAL? Rubén Fernández. Hospital Escuela, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

19CM. COLPOSCOPIA: HERRAMIENTAS Y SEGUIMIENTO. Dunia Cuestas. Hospital Group Medicasa, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

20CM. ESTUDIO: SENECA: ESTATIFICACIÓN DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO BASADO EN CLASIFICACIÓN MOLECULAR. Felipe Cortes Vega. Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Ginecología, San Pedro Sula, Honduras.

21CM. ESTUDIO INTERLACE. Allan Roy Stefan Shedden. Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, Servicio de Ginecología Oncológica, San Pedro Sula, Honduras.

El cáncer de cuello uterino sigue siendo una de las principales causas de mortalidad relacionada con el cáncer a nivel mundial, con más del 90% de las muertes ocurriendo en países de ingresos bajos y medios. En 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo un llamamiento global para la eliminación del cáncer de cuello uterino. Los esfuerzos para erradicar el cáncer de cuello uterino se han centrado en la prevención de licencias con la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), así como en el cribado y tratamiento de lesiones precancerosas. Sin embargo, se ha prestado menos atención al manejo del cáncer de cuello uterino invasivo. El estudio INTERLACE es un estudio Fase 3, multicéntrico, internacional, aleatorizado 1:1, que se llevó a cabo en 32 centros de Brasil, India, Italia, México y Reino Unido con 500 pacientes con cáncer cervicouterino localmente avanzado (FIGO 2008 IB1 con ganglios positivos, IB2-IVA). Las pacientes se dividieron en dos grupos: Grupo 1.

Quimio radioterapia estándar (cisplatino semanal + EBRT + braquiterapia), Grupo 2. Quimioterapia de inducción (carboplatino AUC2 + paclitaxel 80 mg/m² semanal × 6 semanas) luego quimio radioterapia estándar. Los resultados del estudio Supervivencia Libre de Progresión (PFS) de 72% a 5 años con inducción vs 64% con estándar. (HR 0.65 p=0.013) 35% reducción del riesgo de progresión o muerte. Supervivencia Global (OS) 80% a 5 años con inducción vs 72% con estándar. (HR 0.60, p=0.015) 40% reducción del riesgo de muerte. La quimioterapia de inducción corta seguida de quimio radioterapia, mejora significativamente PFS y OS; reduce recaídas a distancia y es factible, con toxicidad manejable. Representa la primera mejora sustancial en supervivencia en más de 20 años para esta población. Los autores recomiendan incluir este esquema en guías clínicas.

22CM. GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER GINECOLÓGICO. Felipe Cortés Vega. Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, Servicio de Ginecología, San Pedro Sula, Honduras.

La biopsia del ganglio centinela (GC) se ha consolidado como herramienta clave en la estadificación quirúrgica del cáncer ginecológico, respaldada por evidencia de alto nivel publicada entre 2024 y 2026 en los tres tumores principales. Los avances recientes demuestran que esta técnica ofrece una precisión oncológica equivalente a las linfadenectomías radicales tradicionales, pero con una reducción significativa en la morbilidad posoperatoria. En cáncer de endometrio una revisión de la Mayo Clinic (Curr Opin Obstet Gynecol, 2025) establece el GC como práctica estándar en enfermedad clínicamente confinada al útero —incluyendo histologías de alto riesgo— al igualar o superar la precisión diagnóstica de la linfadenectomía pélvica con o sin paraaórtica, con menor tiempo de recuperación y menor riesgo de linfedema de extremidades inferiores. En cáncer de cuello uterino en estadios tempranos, el ensayo aleatorizado multicéntrico PHENIX (NEJM, 2025, n = 838) demostró que el GC solo es no inferior a la linfadenectomía sistemática. La supervivencia libre de enfermedad a 3 años fue del 96,9% para el grupo de GC vs. 94,6% para linfadenectomía (IC 95%: -5,0 a 0,5; p < 0,001 para no inferioridad). En cáncer de vulva la evidencia actual consolida el GC como estándar en tumores ≤ 4 cm con ganglios clínicamente negativos. Los datos de seguimiento a largo plazo del ensayo GROINSS-V muestran una supervivencia específica por enfermedad del 91% en pacientes con GC negativo. La evidencia actual posiciona al ganglio centinela como el nuevo estándar quirúrgico en los tres tipos principales de cáncer ginecológico, ofreciendo precisión diagnóstica equivalente a la linfadenectomía sistemática con una reducción sustancial de la morbilidad quirúrgica sin comprometer resultados oncológicos a largo plazo.

23CM. PRESERVACIÓN DE FERTILIDAD EN CÁNCER DE CÉRVIX EN ETAPA IB2. Allan Roy Stefan Shedden. Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, Servicio de Ginecología Oncológica, San Pedro Sula, Honduras.

El cáncer de cuello uterino es el cuarto cáncer más común en mujeres en todo el mundo. Se diagnostica frecuentemente en

mujeres de 35 a 44 años, y es la segunda causa principal de muerte por cáncer en mujeres de 20 a 39 años. El tratamiento del cáncer de cuello uterino se basa en la fase de la enfermedad. El tratamiento estándar para pacientes con enfermedad en estadio inicial (estadio IA2-IB1) es o ha sido la histerectomía radical con disección de ganglios linfáticos pélvicos, mientras que los pacientes con enfermedad localmente avanzada y metastásica son tratados con radioterapia primaria (RT) +/-tratamiento sistémico. El 37 % de las pacientes con cáncer de cuello uterino recién diagnosticado tienen menos de 45 años, a menudo se desean opciones de tratamiento para preservar la fertilidad. Las modalidades de tratamiento quirúrgico incluyen traquelectomía radical y simple, así como conización cervical. En ciertos casos de enfermedad localmente avanzada donde la preservación uterina no es una opción, la preservación de la fertilidad puede mantenerse mediante Tecnologías de Reproducción Asistida (TAR) y transposición ovárica, que también tienen la ventaja de preservar la función hormonal ovárica. En esta revisión, presentamos estrategias de tratamiento para la preservación de la fertilidad en estadio inicial del cáncer de cuello uterino, incluyendo indicaciones, resultados oncológicos y obstétricos.

24CM. CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES. ACTUALIZACIONES EN MANEJO QUIRÚRGICO. Danielson Antúnez Rojas. Hospital General San Felipe, Servicio de Cirugía Oncológica, Tegucigalpa, Honduras.

El tratamiento del cáncer diferenciado de tiroides (CDT) en 2025 se ha transformado hacia un enfoque más individualizado y conservador, basado en una mejor comprensión del riesgo y la respuesta a la terapia. Se ha introducido el marco DATA (Diagnóstico, Evaluación de riesgo/beneficio, decisiones de Tratamiento y Evaluación de la respuesta), diseñado para guiar el viaje del paciente desde el diagnóstico inicial hasta el seguimiento a largo plazo. Este enfoque permite que las decisiones clínicas evolucionen dinámicamente a medida que se obtiene nueva información sobre la respuesta del paciente al tratamiento inicial. La vigilancia activa se ha consolidado como una alternativa formal a la cirugía inmediata para pacientes seleccionados con microcarcinomas papilares de bajo riesgo (cT1aN0M0, ≤ 1 cm). Se recomienda cuando existe acceso a ecografía de alta calidad y el paciente prefiere evitar los riesgos quirúrgicos, siempre que no existan signos de agresividad o metástasis. La extensión de la cirugía inicial ha cambiado hacia la preservación de tejido: Lobectomía como preferencia: Ahora se recomienda la lobectomía como el procedimiento inicial de elección para tumores de hasta 2 cm (anteriormente el límite era 1 cm) sin extensión extratiroidea ni metástasis. Tumores de 2 a 4 cm: Para tumores unilaterales de bajo riesgo entre 2 y 4 cm, la lobectomía también puede ser el tratamiento inicial preferido debido a su menor tasa de complicaciones, aunque la tiroidectomía total sigue siendo una opción según la preferencia del paciente y factores de riesgo. Vaciamiento ganglionar: Existe una fuerte recomendación en contra del vaciamiento ganglionar central profiláctico en tumores T1 y T2 clínicamente negativos (cN0).

25CM. REINSTALACIONES INTESTINALES LAPAROSCÓPICAS. Rodrigo Vaquero. Hospital CEMESA, Servicio de Cirugía, San Pedro Sula, Honduras.

26CM. OSTEOSARCOPENIA UN NUEVO CONCEPTO, UN NUEVO RETO. Lennin Paz. Centro Médico Santa Rosa, Servicio de Ortopedia y Traumatología, Santa Rosa de Copán, Honduras.

27CM. ARTROSIS: MANEJO INICIAL DE LA ENFERMEDAD. Lennin Paz. Centro Médico Santa Rosa, Servicio de Ortopedia y Traumatología, Santa Rosa de Copán, Honduras.

28CM. ALTERNATIVAS ACTUALES EN EL MANEJO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA. Daniel Chinchilla Reyes. Hospital Bendaña, Servicio de Urología, San Pedro Sula, Honduras.

29CM. HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA Y NUEVAS TERAPIAS DE MANEJO. Daniel Chinchilla Reyes. Hospital Bendaña, Servicio de Urología, San Pedro Sula, Honduras.

La hiperplasia prostática benigna (HPB) es una patología frecuente en hombres mayores, caracterizada por el crecimiento no maligno de la próstata que genera síntomas del tracto urinario inferior como polaquiuria, nicturia, urgencia y disminución del flujo urinario. Su fisiopatología se relaciona con la acción de la dihidrotestosterona y procesos inflamatorios. Sin olvidar la respuesta muscular de la vejiga que al tratar de compensar complica los síntomas y puede tener secuelas importantes. El tratamiento inicial es farmacológico, incluyendo bloqueadores alfa-adrenérgicos, que mejoran el flujo urinario al relajar el músculo liso prostático, e inhibidores de la 5-alfa reductasa, que reducen el volumen prostático y el riesgo de progresión. En pacientes con síntomas irritativos predominantes, pueden emplearse antimuscarínicos o agonistas beta-3. Enfrentar los efectos colaterales debe ponernos en alerta y el paciente debe conocerlos. En los últimos años han surgido terapias mínimamente invasivas como UroLift y Rezum. UroLift consiste en la colocación de implantes que retraen el tejido prostático sin resección, mientras que Rezum utiliza vapor de agua para inducir necrosis térmica. Ambas técnicas ofrecen recuperación rápida y menor impacto en la función sexual. Asimismo, las técnicas quirúrgicas han evolucionado con el uso de láser y la energía bipolar, destacando la enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) y técnicas similares que imitan la enucleación manual de la cirugía abierta y que permiten una resección eficaz con menor sangrado y hospitalización. El manejo de la HPB es individualizado y ha avanzado hacia opciones menos invasivas, con buenos resultados funcionales y mejor calidad de vida para los pacientes. Esta plática está animada con ejemplos clínicos y decisiones para el entrenamiento clínico del médico que se enfrenta a estos pacientes antes de referirlos a centros de atención quirúrgica.

30CM. ABORDAJE DE LA LITIASIS RENAL Y CRITERIOS DE DERIVACIÓN. Daniel Chinchilla Reyes. Hospital Bendaña, Servicio de Urología, San Pedro Sula, Honduras.

La litiasis renal es una patología frecuente caracterizada por la formación de cálculos en el tracto urinario, cuya presentación clínica más común es el cólico renal. El abordaje inicial se basa en la evaluación clínica, el control del dolor con antiinflamatorios no esteroideos y la confirmación diagnóstica mediante estudios de imagen, siendo la tomografía sin contraste el estándar diagnóstico. El manejo depende del tamaño, localización del cálculo y estado clínico del paciente. Los cálculos menores de 5 mm tienen alta probabilidad de expulsión espontánea, por lo que se manejan de forma conservadora con hidratación, analgesia y terapia expulsiva médica, usualmente con alfa bloqueadores. Los cálculos entre 5 y 10 mm pueden requerir alta vigilancia, mientras que los mayores de 10 mm generalmente requieren intervención urológica. La utilización de pielotac como arma diagnóstica sigue siendo un pilar al enfrentar esta patología y su información clínica. La derivación al urólogo está indicada en presencia de signos de alarma, como fiebre asociada a obstrucción urinaria, anuria, deterioro de la función renal, dolor intratable o vómitos persistentes. Asimismo, deben derivarse pacientes con cálculos grandes, fracaso del manejo conservador, riñón único, embarazo o anomalías anatómicas. Las opciones terapéuticas incluyen litotricia extracorpórea por ondas de choque, ureteroscopia y nefrolitotomía percutánea, seleccionadas según las características del cálculo y del paciente. Una rápida mirada a estos tratamientos nos ayudara a comprenderlos y recomendarlos. Ejercicios clínicos para que el médico no especializado en esta área se ejercite clínicamente y valore también algunas tomografías y situaciones clínicas comunes que nos ayuden a entrenar nuestras habilidades para el beneficio clínico. El abordaje de la litiasis renal requiere una evaluación integral y la identificación oportuna de criterios de derivación ante el peligro de complicaciones o el discomfor, donde intervenir es solución.

31CM. DEL BISTURÍ AL LÁSER: NUEVOS PARADIGMAS EN LA CIRUGÍA PLÁSTICA MODERNA. Max Eduardo Amaya Guardado. Hospital del Valle, Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, San Pedro Sula, Honduras.

En la presente exposición se pretende analizar críticamente y dar un panorama general de las principales tendencias de tratamiento en cirugía plástica y reconstructiva moderna. Se examinan los avances y desafíos metodológicos de cara al futuro, estableciendo una línea de tiempo desde la reconstrucción anatómica hasta la regeneración molecular, enfocándose en la innovación tecnológica y la gestión pre y postoperatoria. También se describe los principales usos de la cirugía robótica en el campo de la microcirugía analizando ventajas y desventajas. Se hace una crítica de la fusión de los elementos tecnológicos como la inteligencia artificial, tanto sus aspectos éticos, gestión y aplicación en la práctica diaria tanto en la planificación de cirugías de mamas y otras cirugías, pero también en la atención

directa de pacientes y la investigación científica; explora cómo la nanomedicina y la biomimética están transformando al superar las limitaciones de los implantes sintéticos tradicionales, aplicación de células madre, se compara el uso de exosomas contra las terapias celulares convencionales (células madre), panorama actual de las terapias génicas en cirugía plástica y sus principales aplicaciones. Se enfatiza en los aspectos éticos de uso de las redes sociales, como TikTok; también se aborda uso de biomateriales avanzados como una solución innovadora para revertir el envejecimiento cutáneo a nivel estructural y funciona y finalmente se hablará de la crisis de los opioides, revelando una falta de consistencia crítica en cómo se calculan y reportan los equivalentes de morfina en la literatura científica.

32CM. ALIMENTACIÓN EN PACIENTES POSTQUIRÚRGICOS. Marcio Omar Madrid Alvarado. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Salud Pública, Tegucigalpa, Honduras.

El abordaje nutricional en pacientes postquirúrgicos es crucial para la recuperación, reducir complicaciones y mejorar la calidad de vida. La evaluación nutricional preoperatoria, que incluye el análisis de la historia clínica, hábitos alimentarios y factores de riesgo, es fundamental, ya que la desnutrición preexistente aumenta el riesgo de complicaciones postquirúrgicas. El uso de herramientas como el IMC y escalas específicas permite identificar deficiencias nutricionales que deben ser corregidas. Las intervenciones nutricionales deben adaptarse al tipo de cirugía y las condiciones del paciente. En algunos casos, la nutrición enteral es preferida, ya que favorece la absorción de nutrientes y mantiene la integridad del tracto gastrointestinal, mientras que la nutrición parenteral se utiliza cuando la enteral no es posible. La enfermera supervisa estos tratamientos y monitorea signos de intolerancia alimentaria y deshidratación. Además, la educación nutricional es clave para mejorar la adherencia del paciente y acelerar la recuperación, mientras que el apoyo psicosocial ayuda a manejar el estrés y las dificultades emocionales que pueden afectar la alimentación. En conjunto, un manejo nutricional adecuado mejora tanto la recuperación física como la salud mental del paciente postquirúrgico. El paciente que es intervenido en estado de desnutrición tiene mayor riesgo de depleción nutricional en el postquirúrgico, la cual se produce por ingesta calórica inadecuada que juntamente con el estrés metabólico y trauma quirúrgico, aumenta el riesgo de complicaciones postquirúrgicas, incrementa la estancia hospitalaria y la morbilidad. El abordaje nutricional en pacientes intervenidos con desnutrición es indispensable para evitar las complicaciones en el postquirúrgico. Una evaluación nutricional protocolizada e individualizada es importante en el contexto hospitalario porque además del tener un efecto positivo en la recuperación del paciente, reduce la estancia hospitalaria, la morbilidad y el uso de recursos.

33CM. ENTRE PRESIÓN Y PERFUSIÓN: DECISIONES CLAVES EN EL SOPORTE HEMODINÁMICO DEL PACIENTE CRÍTICO. Judy Enamorado Enamorado. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos, Tegucigalpa, Honduras.

El estado de choque se define como un fallo circulatorio secundario a una injuria aguda, en el cual existe un desbalance entre el aporte y el consumo de oxígeno, generando alteraciones en la homeostasis celular que conducen a fracaso multiorgánico y muerte si no se corrige de manera oportuna. La identificación temprana y la clasificación del tipo de choque —hipovolémico, cardiogénico, distributivo u obstructivo— es fundamental para orientar un tratamiento adecuado. Por lo tanto, el primer paso en la valoración del paciente crítico es determinar el estado de perfusión tisular. La entrega de oxígeno a los tejidos depende principalmente de la presión de perfusión y del transporte global de oxígeno. Por ello, las estrategias de reanimación se enfocan en optimizar estas variables. Parámetros como el lactato sérico y la saturación venosa central de oxígeno constituyen herramientas útiles para evaluar la eficacia de la reanimación. El monitoreo hemodinámico es un pilar esencial en el abordaje del paciente en choque. La integración de variables estáticas y dinámicas, especialmente aquellas que predicen respuesta a fluidos, han demostrado ser superiores para guiar la reanimación. Respecto al tratamiento, la fluidoterapia inicial debe administrarse guiada por objetivos, evitando tanto la hipoperfusión como la sobrecarga hídrica. El uso de vasopresores, siendo la norepinefrina el agente de elección en la mayoría de los casos de choque distributivo, es fundamental para alcanzar una presión de perfusión adecuada. Los inotrópicos deben considerarse en presencia de disfunción miocárdica, con el fin de mejorar la entrega de oxígeno. La corrección de la causa subyacente sigue siendo un principio central del manejo. En conclusión, el soporte hemodinámico en el paciente crítico requiere un enfoque integral, dinámico e individualizado, donde el objetivo no se limita a restaurar cifras de presión arterial, sino a garantizar una perfusión tisular efectiva que permita mejorar los desenlaces clínicos.

34CM. ROL DE LA ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA (POCUS) EN EL PACIENTE CRÍTICO. Nolia Samira Martínez. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos, Tegucigalpa, Honduras.

En estos tiempos el POCUS ha tomado auge en el paciente crítico, se ha convertido en un método diagnóstico más seguro y efectivo; con el avance actual hay equipos portátiles en la que se pueden realizar los estudios a pie de cama, sin necesidad de movilizar un paciente crítico. Los objetivos principales de dicho estudio son para la resucitación del paciente, diagnóstico por ultrasonido, procedimientos ecoguiados y la monitorización terapéutica. Es un método no invasivo, rápido y permite realizar evaluaciones en tiempo real. Durante las últimas décadas se han creado estudios sobre el uso seguro de POCUS en diferentes escenarios. Además de múltiples protocolos como ser

evaluación pulmonar (BLUE), evaluación para paciente con Shock (RACE; FALL; RUSH, BLUE; FALL). Estos protocolos han venido a demostrar utilidad en la evaluación, diagnóstico y detección de patologías que compromete la vida del paciente crítico. Así mismos procedimientos como ser accesos vasculares, paracentesis, toracentesis ecoguiados han venido a disminuir hasta menos del 15% de las complicaciones asociadas a la técnica. En vista de lo anterior se han creado en los últimos tiempos programas para el entrenamiento en el paciente crítico orientado en la ultrasonografía a pie de cama, además se han publicado recomendaciones en POCUS basadas en la evidencia. El objetivo es fomentar desde los programas de formación de posgrados, además de entrenamiento a médicos especialistas que manejan paciente crítico sobre el uso del POCUS.

35CM. NUTRICIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO. ¿CUÁNDO Y CÓMO INICIAR? Elías García. Hospital Bendaña, Servicio de Medicina Interna y Cuidados Críticos del Adulto, San Pedro Sula, Honduras.

36CM. EL IMPACTO CARDIOVASCULAR DE LOS AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-1 MÁS ALLÁ DE LA DIABETES Y PÉRDIDA DE PESO. Emilio Peralta López. Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Cardiología, Tegucigalpa, Honduras.

37CM. REVOLUCIÓN TERAPÉUTICA EN FALLA CARDIACA: IMPACTO Y EFICACIA DE LOS 4 FANTÁSTICOS. Carlos Ramos. Honduras Medical Center, Tegucigalpa, Honduras.

38CM. MANEJO ACTUAL DE LOS SÍNDROMES CORONARIOS CRÓNICOS: ACTUALIZACIÓN BASADA EN LAS GUÍAS ESC 2024. Haroldo Arturo López García. Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Cardiología, Tegucigalpa, Honduras.

Los síndromes coronarios crónicos (SCC) representan un espectro de manifestaciones clínicas originadas por alteraciones estructurales y funcionales de la circulación coronaria epicárdica y microvascular, capaces de producir isquemia miocárdica transitoria. Las Guías 2024 de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) amplían el concepto tradicional de angina estable, reconociendo que la isquemia no depende exclusivamente de lesiones obstructivas, sino también de vasoespismo coronario y disfunción microvascular. El abordaje diagnóstico actual recomienda una evaluación escalonada basada en historia clínica, factores de riesgo y probabilidad pretest de enfermedad coronaria obstructiva. La angiogramografía coronaria ha adquirido un papel central en pacientes con probabilidad baja a intermedia, mientras que las pruebas funcionales de estrés, como ecocardiografía, PET, SPECT y resonancia magnética, son fundamentales para documentar isquemia y estratificar riesgo. La coronariografía invasiva continúa siendo el estándar en pacientes con alta sospecha clínica o síntomas refractarios, incorporando además evaluación fisiológica con FFR/IFR y pruebas de vasorreactividad para el diagnóstico de

vasoespasmos y disfunción microvascular. El tratamiento busca aliviar síntomas y reducir eventos cardiovasculares mayores. Las modificaciones del estilo de vida constituyen la base terapéutica, complementadas por antianginosos, antiagregación plaquetaria, estatinas de alta intensidad, inhibidores del sistema renina-angiotensina y nuevas terapias cardiometabólicas como inhibidores SGLT2 y agonistas GLP-1. La revascularización continúa indicada en pacientes seleccionados con anatomía de alto riesgo o síntomas persistentes pese a tratamiento médico óptimo. El manejo moderno de los SCC exige un enfoque individualizado, integral y centrado en el paciente. Palabras clave: síndrome coronario crónico, angina estable, isquemia miocárdica, enfermedad microvascular, revascularización.

39CM. SANGRADO DIGESTIVO ALTO: PRIMERAS HORAS.

Juan Carlos Valle Gonzales. Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Gastroenterología, San Pedro Sula, Honduras.

La hemorragia digestiva alta (HDA) constituye una emergencia gastroenterológica asociada a una morbimortalidad significativa, especialmente en pacientes con comorbilidades. Se define como el sangrado originado proximal al ligamento de Treitz y sus etiologías más frecuentes incluyen la enfermedad úlcero péptica, las várices esofagogástricas, lesiones de Mallory-Weiss y la gastropatía erosiva. Durante el abordaje inicial, el objetivo prioritario es la estabilización hemodinámica e identificación temprana de pacientes de alto riesgo. La evaluación inicial sigue el enfoque sistemático de vía aérea, respiración y circulación. En pacientes con hematemesis masiva, alteración del estado de conciencia o riesgo de aspiración, debe considerarse la protección de la vía aérea. La reposición de volumen se realiza mediante la colocación de dos accesos venosos periféricos y la administración inicial de cristaloideos isotónicos. La evaluación analítica inicial debe incluir hemograma completo, perfil de coagulación, función renal y hepática, electrolitos séricos y pruebas de tipificación y compatibilidad sanguínea. Las estrategias transfusionales actuales favorecen un enfoque restrictivo, recomendándose la transfusión de concentrados eritrocitarios cuando la hemoglobina es ≤ 7 g/dL en pacientes hemodinámicamente estables, con umbrales más altos en presencia de cardiopatía isquémica o inestabilidad persistente. El tratamiento farmacológico empírico temprano se inicia antes de la endoscopia. En la sospecha de sangrado no variceal se administran inhibidores de la bomba de protones por vía intravenosa para promover la estabilización del coágulo. Cuando existe sospecha de hemorragia variceal se recomienda iniciar de forma inmediata fármacos vasoactivos (octreótido o terlipresina). La estratificación pronóstica temprana, mediante escalas como Glasgow-Blatchford, permite identificar pacientes con mayor riesgo de intervención, resangrado o mortalidad, optimizando el nivel de monitorización y la priorización endoscópica. La endoscopia digestiva alta temprana, dentro de las primeras 24 horas tras la estabilización, es fundamental para confirmar la etiología del sangrado y permitir la aplicación de terapias hemostáticas endoscópicas dirigidas.

40CM. FALLA HEPÁTICA AGUDA: CUÁNDO DERIVAR Y CÓMO ESTABILIZAR. Raúl Zelaya Ramírez. Hospital del Valle, Centro de Enfermedades Digestivas, San Pedro Sula, Honduras.

La falla hepática aguda (ALF) es un síndrome infrecuente, pero de alta mortalidad, caracterizado por la aparición súbita de ictericia, coagulopatía y encefalopatía en un paciente sin enfermedad hepática previa. Su reconocimiento temprano y la estabilización inicial adecuada son determinantes para decidir la derivación urgente a un centro con capacidad de trasplante hepático. Las etiologías más comunes incluyen intoxicación por paracetamol, hepatitis virales, autoinmunidad, isquemia y daño hepático inducido por fármacos. La evaluación inicial debe identificar criterios de gravedad como INR ≥ 1.5 , progresión rápida de encefalopatía, acidosis, hipoglucemia, insuficiencia renal y elevación de lactato. Sin embargo, en la práctica clínica, muchos pacientes con “falla hepática aguda” no presentan un hígado sano, sino un hígado crónicamente enfermo que sufre un insulto agudo: este cuadro corresponde al síndrome de falla hepática aguda-sobre-crónica (ACLF). El ACLF es frecuente, dinámico y potencialmente reversible si se reconoce dentro de la “golden window” de los primeros siete días. Su fisiopatología combina inflamación sistémica, inmunoparesia, disbiosis intestinal y disfunción bioenergética, lo que conduce rápidamente a fallo multiorgánico. La conferencia aborda de manera integrada la diferenciación entre ALF y ACLF, un aspecto crítico para el internista y el médico general, quienes suelen ser los primeros en evaluar estos pacientes. Se revisan estrategias de estabilización inicial, manejo hemodinámico, control de infecciones, uso de albúmina, vasopresores y criterios de derivación oportuna. Finalmente, se discute el rol del trasplante hepático como única terapia definitiva en casos seleccionados.

41CM. ACTUALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE *HELICOBACTER PYLORI* E INDICACIONES DE TRATAMIENTO. Víctor Hugo Fúnez Madrid. Profesional Independiente, Tegucigalpa, Honduras.

La *Helicobacter Pylori* (HP) es un patógeno común responsable de gran parte de la morbilidad gastrointestinal a nivel mundial. Con un papel crucial en el desarrollo de la enfermedad ácido-péptica, la dispepsia funcional, el cáncer gástrico y el linfoma de tejido linfóide asociado a la mucosa gástrica (MALT); es crítico contar con un abordaje efectivo para su diagnóstico y tratamiento. Existen múltiples pruebas diagnósticas para la identificación de la HP, que se clasifican en invasivas y las no invasivas. Dentro de las primeras, que requieren la realización de endoscopia, se encuentran la histología, de las más utilizadas, con sensibilidad del 91-100%, especificidad 100%; además de la prueba rápida de ureasa, cultivo, Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR); estas pruebas tienen buena especificidad, aunque menor sensibilidad y disponibilidad. En las no invasivas, que evitan la necesidad de la endoscopia, se encuentran la prueba de urea en aliento con sensibilidad del 95%, especificidad del 95%, la

detección de antígeno en heces con sensibilidad del 94%, especificidad del 97% y la serología, no afectada por la hemorragia, antibióticos o Inhibidores de Bomba de Protones (IBPs), pero con la desventaja de su menor sensibilidad y especificidad. Ante la ausencia de un escrutinio universal de HP, se debe identificar qué pacientes son candidatos a beneficiarse de la detección y el tratamiento de esta, que se resumen en: individuos con úlcera gástrica o duodenal, dispepsia no investigada, dispepsia funcional, Linfoma MALT, post-cáncer gástrico temprano, familiares en primer grado de pacientes con cáncer gástrico, púrpura trombocitopénica idiopática, anemia ferropénica (tras excluir otras causas), pobladores de regiones de alta prevalencia de HP y pacientes en tratamiento a largo plazo con aspirina o antiinflamatorios no esteroideos.

42CM. ISGLT-2 EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) NO DIABÉTICA. Dany Alexander Tábor López. Hospital Del Valle, Servicio de Nefrología, San Pedro Sula, Honduras.

Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (ISGLT-2), inicialmente desarrollados para el tratamiento de la diabetes tipo 2, han demostrado beneficios significativos en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) no diabética, cambiando el paradigma del manejo nefroprotector. Estos fármacos, como Dapagliflozina, Empagliflozina y Canagliflozina, actúan inhibiendo la reabsorción de glucosa y sodio en el túbulo proximal. Este mecanismo aumenta la entrega de sodio a la mácula densa, restaurando el feedback túbulo-glomerular, lo que reduce la hiperfiltración glomerular y la presión intraglomerular, mecanismos clave en la progresión de la ERC incluso en ausencia de diabetes. La evidencia clínica proviene principalmente de grandes ensayos como DAPA-CKD y EMPA-KIDNEY. En DAPA-CKD, dapagliflozina redujo aproximadamente 39 % el riesgo de progresión renal, insuficiencia renal terminal o muerte cardiovascular, con beneficios similares en pacientes con y sin diabetes. Por su parte, EMPA-KIDNEY confirmó que empagliflozina disminuye significativamente la progresión de la enfermedad renal y hospitalizaciones cardiovasculares en una población amplia con ERC, incluyendo etiologías no diabéticas como nefropatía hipertensiva, glomerulopatías y enfermedad renal crónica de causa indeterminada. Además del efecto hemodinámico renal, los ISGLT-2 tienen propiedades antiinflamatorias, anti fibróticas y metabólicas, reduciendo estrés oxidativo y daño tubulointersticial. Clínicamente producen una disminución inicial reversible del filtrado glomerular, seguida de una estabilización más lenta del deterioro renal a largo plazo. Las guías actuales de Kidney Disease: Improving Global Outcomes recomiendan el uso de ISGLT-2 en pacientes con ERC con TFG ≥ 20 ml/min/1.73 m² y albuminuria significativa, independientemente del estado diabético, como parte del tratamiento estándar junto con bloqueo del sistema renina-angiotensina. En conclusión, los ISGLT-2 representan una de las terapias nefroprotectoras más importantes de la última década, con evidencia robusta de beneficio en la ERC no diabética, reduciendo progresión renal, eventos cardiovasculares y mortalidad.

43CM. MÁS ALLÁ DE LA CREATININA: UN ENFOQUE INTEGRAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ERC. René Enmanuel Tábor López¹, Carlos Fernando Madrid Mancía². ¹Hospital del Valle, Servicio de Nefrología, San Pedro Sula, Honduras. ²Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Nefrología, San Pedro Sula, Honduras.

El diagnóstico de la enfermedad renal crónica (ERC) ha dependido tradicionalmente de la medición de la creatinina sérica; pero este marcador presenta limitaciones importantes. La creatinina puede permanecer dentro de rangos normales hasta que se ha perdido cerca del 40–50 % de la función renal, y sus niveles están influenciados por edad, masa muscular, sexo, dieta y estado nutricional. El enfoque moderno propone ir más allá de la creatinina, utilizando una evaluación integral de la función y del daño renal. Las guías Kidney Disease: Improving Global Outcomes recomiendan estimar la tasa de filtración glomerular (TFG) mediante ecuaciones basadas en creatinina, como CKD-EPI equation, y complementar esta evaluación con otros biomarcadores y estudios estructurales. Uno de los pilares del diagnóstico temprano es la albuminuria, evaluada mediante la relación albúmina/creatinina urinaria (ACR). La albuminuria no solo permite detectar daño renal precoz, sino que también es un potente predictor de progresión renal y riesgo cardiovascular. Por esta razón, la clasificación actual de la ERC integra tanto la TFG como el grado de albuminuria (categorías G y A). Nuevos biomarcadores han ampliado la capacidad diagnóstica. La Cistatina C es menos dependiente de la masa muscular y mejora la precisión en la estimación de la TFG, especialmente en pacientes ancianos o con sarcopenia. Otros marcadores emergentes de daño tubular, inflamación o fibrosis renal están siendo investigados para detectar enfermedad renal en etapas tempranas. El diagnóstico integral también incluye evaluación clínica, estudios de imagen renal, sedimento urinario, valoración de factores de riesgo como hipertensión, diabetes, enfermedades autoinmunes o antecedentes familiares. En conclusión, el enfoque moderno de la ERC propone una evaluación multidimensional que combine TFG estimada, albuminuria, biomarcadores alternativos y evaluación clínica estructural, permitiendo un diagnóstico más temprano, mejor estratificación de riesgo y estrategias terapéuticas más oportunas para frenar la progresión de la enfermedad renal.

44CM. ¿CUÁNDO INICIAR DIÁLISIS EN LA LESIÓN RENAL AGUDA? DEBATE ENTRE DIÁLISIS TEMPRANA VS TARDÍA. Ilse Lucía García Ortiz. Hospital y Clínicas Medicentro, Servicio de Nefrología, La Ceiba, Honduras.

La terapia de reemplazo renal (TRR) en la lesión renal aguda (LRA) continúa siendo un tema de debate, particularmente respecto al momento óptimo para iniciar diálisis. Tradicionalmente, el inicio se basaba en indicaciones clínicas clásicas: sobrecarga de volumen refractaria, hiperkalemia grave, acidosis metabólica severa, uremia sintomática (encefalopatía, pericarditis) o complicaciones metabólicas que no responden al manejo médico.

Las guías de Kidney Disease: Improving Global Outcomes recomiendan iniciar TRR de forma urgente cuando existan estas complicaciones potencialmente mortales, y no basarse únicamente en valores de creatinina o nitrógeno ureico. En la última década, varios ensayos clínicos han evaluado la estrategia de inicio temprano versus tardío. El estudio ELAIN Trial sugirió que iniciar diálisis tempranamente en pacientes críticos con LRA estadio 2 podría reducir la mortalidad; sin embargo, estudios posteriores de mayor tamaño, como AKIKI Trial y STARRT-AKI Trial, no demostraron beneficio significativo en mortalidad con el inicio precoz de TRR. Estos estudios mostraron que una estrategia más conservadora o diferida permite que un porcentaje relevante de pacientes recupere la función renal sin requerir diálisis, evitando complicaciones asociadas al procedimiento como hipotensión, infecciones o pérdida de nutrientes. Actualmente, el enfoque más aceptado es individualizar la decisión, considerando la tendencia de la función renal, el balance hídrico, la gravedad del estado clínico, la presencia de disfunción multiorgánica y la probabilidad de recuperación renal. En conclusión, la evidencia reciente sugiere que el inicio rutinario temprano de diálisis en LRA sin indicaciones urgentes claras no mejora la supervivencia, y que una estrategia de vigilancia estrecha con inicio diferido cuando aparezcan complicaciones o deterioro clínico es segura en muchos pacientes. La decisión debe integrarse dentro del contexto clínico global del paciente crítico.

45CM. PRUEBAS DE DETECCIÓN OPORTUNA DE TRASTORNOS DE NEURODESARROLLO. Francisco Antonio Aguilar Pineda. Hospital Aníbal Murillo Escobar, Servicio de Pediatría, Olanchito, Honduras.

Las pruebas de detección son útiles para permitir una valoración integral de todo recién nacido, a pesar de que los intereses de seguimiento del paciente pediátrico durante sus primeros años van dirigido a su peso y talla, se debe tomar el tiempo para valorar detalladamente a partir cómo va el desarrollo neurológico. A pesar de que muchos recién nacidos no hay factores de relevancia o riesgo durante el embarazo o parto, muchos recién nacidos presentan transitoriamente o permanente algún grado de retraso en sus habilidades de lenguaje, motor, cognitivo, sensorial y socioafectiva; el detectar tempranamente problemas de neurodesarrollo nos permitirá realizar medidas terapéuticas/intervenciones para mejorar el pronóstico a largo plazo de estos. Antes de iniciar la consulta, es importante conocer la mayoría de los antecedentes relevantes en el embarazo y parto y conocer su edad gestacional al nacimiento. Una vez establecido estos datos, se debe seguir de forma detallada cuales son las habilidades o "hitos de desarrollo" para la edad en este momento de la consulta. Existe test o pruebas ya preestablecidas que nos permiten ir valorando de forma rápida como sigue su desarrollo. Hay una gran variedad de pruebas de desarrollo que pueden ser realizados por cualquier personal de salud; dos de estas que son accesibles y prácticas son la prueba de Denver y Haizea-Llevant, estas pruebas al ser aplicadas y evaluadas al inicio de la consulta nos permiten determinar si

hay afectaciones que pueda requerir algún tipo de intervención para mejorar el pronóstico neurológico y referencia oportuna para sus respectivas valoraciones.

46CM. ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO: PASOS CRÍTICOS QUE SALVAN VIDAS. Mérida de Jesús Galeas. Hospital del Valle, Servicio de Cuidados Intensivos Neonatales, San Pedro Sula, Honduras.

47CM. ESTRATEGIAS PARA FAVORECER LA ESTABILIDAD Y MADURACIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO. Conny Madrid. Profesional Independiente, San Pedro Sula, Honduras.

48CM. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER INFANTIL. Sergio Daniel Quintanilla. Hospital General Atlántida, Servicio de Hemato-oncología Pediátrica, La Ceiba, Honduras.

En Honduras, cada día se diagnostica un niño con cáncer. El cáncer infantil constituye la segunda causa de muerte en el grupo menores de edad entre los 5 y 15 años, precedido solo por los accidentes. Con los protocolos de tratamiento actuales, se cura aproximadamente el 65% de los niños con cáncer, por lo que los esfuerzos actuales van dirigidos a lograr el incremento de la sobrevida, disminuir la toxicidad en los tratamientos, disminuir las secuelas a largo plazo, ofreciendo mejor calidad de vida en los sobrevivientes. Para alcanzar estos objetivos, es necesario intervenir en el factor que ha demostrado ser de gran importancia ante la aparición de cáncer en la población infantil: La detección temprana. Al inicio, el cáncer se puede presentar con síntomas y signos inespecíficos, por lo que es necesario sospecharlo para poder identificarlo. En algunos estudios se han evidenciado factores asociados al retraso de la búsqueda de asistencia médica, como falsas creencias, falta de cobertura cercana de atención primaria, tratamientos alternativos, recursos limitados (pobreza). Pero existen también factores que pueden prolongar el tiempo de acceso del paciente a un servicio donde se pueda realizar un abordaje diagnóstico, y que son responsabilidad de personal de salud, factores como el retraso médico en derivar al paciente de forma oportuna, ya sea por la falta de entrenamiento, desconocimiento o falta de recursos. Se destaca la importancia de reconocer los 12 síntomas relacionados al cáncer infantil, además de implementar estrategias, uso de herramientas y servicios de apoyo disponibles para la referencia oportuna ante la sospecha de cáncer en niños.

49CM. DETECCIÓN TEMPRANA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN NIÑOS. Rubén Arturo Galeas. Hospital del Valle, Servicio de Nefrología Pediátrica, San Pedro Sula, Honduras.

50CM. ¿Y SI EL PROBLEMA SOMOS NOSOTROS? LOS ERRORES QUE SIGUEN DAÑANDO A NUESTROS PACIENTES RENALES. Jorge Alberto Díaz. Hospital CEMESA, Servicio de Nefrología Pediátrica, San Pedro Sula, Honduras.

51CM. ABORDAJE DE ANEMIAS EN EL CONSULTORIO. Sergio Daniel Quintanilla Almendarez. Hospital General Atlántida, Servicio de Hemato-oncología Pediátrica, La Ceiba, Honduras.

La anemia constituye un motivo de consulta frecuente en el consultorio médico. Es un problema de salud prevalente en Honduras, en estudios se ha encontrado hasta en 30% de los niños. Millones de personas presentan anemia en todo el mundo, y se estima que el 50% de los casos se deben a la deficiencia de hierro. El impacto de la anemia es negativo en el desarrollo psicomotor y, aun corregida, a largo plazo, produce un menor desempeño en las áreas cognitiva, social, emocional, alteración del rendimiento escolar, y menor productividad en la vida adulta. A nivel de sociedad, afecta a los sectores de educación, empleo, producción, agricultura, y genera costos elevados en el sector salud. La OMS calcula que a nivel mundial son anémicos un 42% de los niños menores de 5 años y un 40% de las embarazadas, quienes pueden presentar complicaciones para la madre y el feto o neonato, tanto a corto como a largo plazo. Los ancianos también son población en riesgo para anemia; además, en estudios se ha demostrado la anemia en los atletas, especialmente las mujeres y los atletas de resistencia, asociada a deficiencia de hierro. Por lo anterior es importante realizar un diagnóstico y un tratamiento adecuado para la anemia por falta de hierro. El otro 50 % de las anemias que no son por ferropenia, necesitará un abordaje más amplio y a veces costoso. Por ello, al evaluar al paciente que asiste al consultorio, es mandatorio realizar una evaluación integral del paciente, teniendo como base una buena historia clínica y un examen físico completo, la cual nos orientará a sospechar la causa de la anemia y solicitar las pruebas pertinentes de forma dirigida. De esta forma, una vez realizado el diagnóstico, poder implementar las intervenciones necesarias para la corrección de la anemia.

52CM. DENUNCIAR O SER DENUNCIADO: CONOCIENDO EL TRIBUNAL DE HONOR. Eliar Carranza. Hospital Juan Manuel Gálvez, Servicio de Pediatría, Gracias, Honduras.

53CM. LITIASIS EN PEDIATRÍA: DE LO MÉDICO A LO QUIRÚRGICO. Alejandro José Bustillo. Hospital y Centro Urológico Hondureño, Servicio de Urología Pediátrica, Tegucigalpa, Honduras.

54CM. ABORDAJE PARA HIDRONEFROSIS: LOS PRIMEROS 5 AÑOS DE VIDA. Alejandro José Bustillo. Hospital y Centro Urológico Hondureño, Servicio de Urología Pediátrica, Tegucigalpa, Honduras.

55CM. EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PACIENTE UROGINECOLÓGICA. Kristian Emilio Navarro Salomón. Hospital Honduras Medical Center, Servicio de Uroginecología, Tegucigalpa Honduras.

La evaluación clínica de la paciente uroginecológica constituye un proceso integral orientado a identificar alteraciones del

piso pélvico, disfunciones urinarias, anorrectales y trastornos del soporte genital. El abordaje inicia con una historia clínica detallada que explore síntomas como incontinencia urinaria, urgencia, frecuencia, dolor pélvico, sensación de bulto vaginal, dificultad evacuatoria y antecedentes obstétricos o quirúrgicos. La anamnesis debe incluir factores de riesgo como multiparidad, menopausia, enfermedades crónicas, hábitos miccionales y calidad de vida afectada. El examen físico se realiza con la paciente en posición ginecológica, valorando la anatomía vulvar, integridad de mucosas, presencia de prolapsos y tono del piso pélvico. Se recomienda la clasificación del prolapso mediante el sistema POP-Q para una descripción estandarizada. La evaluación funcional incluye maniobras para valorar fuerza muscular, reflejos perineales y pruebas de esfuerzo para identificar pérdidas urinarias. En casos seleccionados, se complementa con estudios como análisis de orina, medición de residuo posmiccional, urodinamia, ecografía pélvica o transperineal, según la sospecha clínica. La integración de hallazgos permite establecer un diagnóstico preciso y orientar el plan terapéutico, que puede incluir medidas conservadoras, fisioterapia del piso pélvico, farmacoterapia o intervención quirúrgica. Una evaluación clínica adecuada es fundamental para individualizar el manejo, optimizar resultados y mejorar la calidad de vida de las pacientes, considerando siempre un enfoque multidisciplinario y centrado en la mujer.

56CM. DOLOR PÉLVICO CRÓNICO. Kristian Emilio Navarro Salomón. Hospital Honduras Medical Center, Servicio de Uroginecología, Tegucigalpa, Honduras.

El dolor pélvico crónico es una condición compleja y multifactorial que afecta de manera significativa la calidad de vida de las mujeres, caracterizándose por dolor en la región pélvica con una duración mayor a seis meses y con impacto funcional, emocional y social. Su evaluación clínica requiere un enfoque integral que considere factores ginecológicos, urológicos, gastrointestinales, musculoesqueléticos y psicológicos. La historia clínica debe explorar características del dolor, factores desencadenantes, relación con el ciclo menstrual, antecedentes quirúrgicos, obstétricos, infecciones previas y comorbilidades. Asimismo, es fundamental indagar sobre el impacto en la vida sexual, el sueño, el estado emocional y las actividades diarias. El examen físico incluye la inspección abdominal, palpación para identificar puntos gatillo, evaluación del tono y sensibilidad del piso pélvico, así como la valoración ginecológica para detectar masas, movilidad uterina anormal, dolor a la movilización cervical o signos de endometriosis. La exploración musculoesquelética permite identificar disfunciones miofasciales o alteraciones posturales que contribuyen al cuadro clínico. Los estudios complementarios se solicitan según la sospecha clínica e incluyen ecografía.

57CM. MANEJO DE NIC 2 EN ADOLESCENTES. Miguel Ángel Crespín Beltrán. Liga Contra el Cáncer, San Pedro Sula, Honduras.

58CM. EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA. Kristian Emilio Navarro Salomón. Honduras Medical Center, Servicio de Uroginecología, Tegucigalpa, Honduras.

La evaluación clínica de la incontinencia urinaria es un proceso fundamental para establecer el tipo de disfunción, su severidad y el impacto en la calidad de vida de la paciente. El abordaje inicia con una historia clínica detallada que explore la frecuencia de los episodios de pérdida urinaria, circunstancias en las que ocurren, duración de los síntomas, factores desencadenantes, uso de protectores, antecedentes obstétricos, cirugías previas, enfermedades crónicas y medicamentos que puedan influir en la función vesical. También es esencial indagar sobre hábitos miccionales, ingesta de líquidos, consumo de café, estreñimiento y afectación emocional o social. El examen físico incluye la inspección abdominal, evaluación del piso pélvico, valoración del tono muscular, presencia de prolapsos y maniobras como la prueba de esfuerzo para documentar pérdidas urinarias. La exploración ginecológica permite identificar condiciones asociadas como atrofia vaginal, hipermovilidad uretral o masas pélvicas. La medición del residuo posmiccional aporta información sobre la eficiencia del vaciamiento vesical. Los estudios complementarios se solicitan según la sospecha clínica e incluyen análisis de orina, urocultivo, diario miccional, pruebas urodinámicas y estudios de imagen como ecografía pélvica o transperineal. La integración de los hallazgos permite clasificar la incontinencia en sus principales tipos: de esfuerzo, de urgencia, mixta, por rebosamiento o funcional, lo cual orienta el manejo terapéutico. Una evaluación clínica completa y sistemática es esencial para establecer un diagnóstico preciso y diseñar un plan de tratamiento individualizado que mejore la función urinaria y la calidad de vida de las pacientes.

59CM. EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN HONDURAS DESAFÍOS Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN. Doria Carrasco. Hospital Dime, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

60CM. CANDIDIASIS VULVO-VAGINAL: CUANDO LA RECURRENCIA ES EL PROBLEMA. Miguel Ángel Crespín Beltrán. Liga Contra el Cáncer, San Pedro Sula, Honduras.

La candidiasis vulvovaginal recurrente representa uno de los mayores desafíos clínicos en la práctica ginecológica actual debido a su alta frecuencia, impacta en la calidad de vida y creciente resistencia antifúngica. Se define como la presencia de cuatro o más episodios en un año y afecta aproximadamente al 5–8 % de las mujeres en edad reproductiva. Aunque *Candida albicans* continúa siendo la especie predominante, el aumento de especies no albicans como *Candida glabrata* y *Candida krusei* ha modificado los enfoques diagnósticos y terapéuticos. El diagnóstico clínico aislado presenta importantes limitaciones, por lo que se recomienda confirmar los casos mediante microscopía, cultivo o pruebas moleculares. La automedicación y el uso repetido de antifúngicos sin identificación microbio-

lógica favorecen la resistencia y perpetúan las recurrencias. En esta conferencia se revisarán los principales mecanismos fisiopatológicos involucrados, haciendo énfasis en la formación de biofilm como factor clave de persistencia, virulencia y resistencia terapéutica. Asimismo, se discutirán los factores predisponentes más relevantes, incluyendo diabetes mellitus, alteraciones hormonales, uso indiscriminado de antibióticos y desequilibrios de la microbiota vaginal. Se abordará el manejo clínico actualizado según la especie identificada, incluyendo esquemas de inducción y mantenimiento con fluconazol, así como alternativas terapéuticas para especies resistentes. Finalmente, se presentarán errores frecuentes en la práctica clínica, casos ilustrativos y recomendaciones basadas en guías internacionales para optimizar el abordaje integral de estas pacientes. El objetivo es promover una visión más personalizada y racional del tratamiento, enfocada no solo en erradicar el hongo, sino en prevenir la recurrencia y mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas.

61CM. ESTATUS DE ABDOMEN ABIERTO EN OBSTETRICIA. Carlos Eduardo Raudales Martínez. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

Los antecedentes históricos del estatus manejo de abdomen abierto, se remontan al año de 1935, cuando Sperling and Wagensteen notificaron el empleo de esta técnica quirúrgica, para prevenir el síndrome compartimental abdominal, el manejo del abdomen abierto en obstetricia implica hoy en día manejo multidisciplinario, ofreciendo una evolución terapéutica satisfactoria, es una técnica quirúrgica, actualmente indicada en el manejo de sepsis abdominal severa, cirugía de control de daños, síndrome compartimental abdominal, cierre de la pared abdominal a tensión, pérdida masiva de la pared abdominal. El manejo de la paciente con condiciones abdominales que no se pueden resolver en una primera intervención, ha tenido una evolución progresiva desde inicios de siglo. Las intervenciones posibles van desde cerrarlos de inicio, hasta el manejo totalmente abierto, que permite reingresar al abdomen en forma repetida incluso en la misma unidad de cuidado intensivo de acuerdo a la condición del enfermo. Dentro de estas técnicas quirúrgicas aparece una medicina que se emplea en las unidades de cuidados intensivos que ayudan a tomar decisiones, la presión intraabdominal (PIA) es un parámetro hemodinámico que desde su aparición ha ido cobrando importancia, la medición de la PIA es modalidad de monitoreo hemodinámico en el enfermo en estado crítico, porque su elevación se relaciona con hipertensión intraabdominal y síndrome compartimental abdominal, siendo este último el que se asocia con incremento significativo en la morbilidad y mortalidad en las unidades de cuidados intensivos. Existen diferentes técnicas para el manejo del abdomen abierto Bolsa de Bogotá, Vacuum Pack, Cierre de sólo la piel, Towel-clip, Bolsa de polietileno y piel, Material protésico, Parche de Wittman, utilización de técnica de bolsa MALA (Mayor Absorción de Líquido Abdominal) sistema de presión negativa, el manejo del abdomen abierto

implica hoy en día una oportunidad quirúrgico-terapéutica en las diferentes áreas médicas ofreciendo una revolución terapéutica satisfactoria.

62CM. HEMORRAGIA OBSTÉTRICA. Wendy Navarro. Profesional Independiente, Honduras.

63CM. MANEJO HEMODINÁMICO DE CHOQUE HIPOVOLÉMICO-HEMORRÁGICO. Carlos Eduardo Raudales Martínez. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

La hemorragia obstétrica es una de las causas principales de morbilidad materna en el mundo, especialmente en los países en vías de desarrollo, en los países desarrollados es causa de preocupación creciente, esto se evidencia cuando la hemorragia genera pérdida de los principales mecanismos de autorregulación del cuerpo generando choque hipovolémico hemorrágico. En la literatura se incorporan múltiples definiciones técnicas de hemorragia, sin embargo excluyen grupos etarios prioritarios, con esto se validan múltiples recomendaciones para tratar de poner fin a las muertes por hemorragia post evento obstétrico, dentro de las múltiples complicaciones se presenta problemas de coagulación, ingreso a unidades de cuidados intensivos, poli transfusiones, y la cirugía adicional, lesiones renales, acidosis metabólicas que empeoran la salud de las mujeres debido a la falta de reconocimiento y atención temprana de la hemorragia. El estado de hipoperfusión orgánica que produce disfunción y daño celular. Los mecanismos pueden incluir disminución del volumen circulante, disminución del gasto cardíaco y vasodilatación, a veces con derivación de sangre para evitar los lechos capilares de intercambio. Los síntomas incluyen alteración del estado mental, taquicardia, hipotensión y oliguria. El diagnóstico es principalmente clínico, basado en una combinación característica de signos y síntomas incluyendo hipotensión, taquicardia, taquipnea, oliguria y obnubilación; nos valemos de marcadores de hipoperfusión tisular; lactato sanguíneo, déficit de bases. El tratamiento consiste en reanimación con hemoderivados, corrección del trastorno subyacente y vasopresores, el defecto fundamental del shock es la reducción de la perfusión de los tejidos vitales. Una vez que la perfusión disminuye y el aporte de oxígeno a las células es insuficiente para el metabolismo aeróbico, las células pasan al metabolismo anaeróbico, con una mayor producción de dióxido de carbono y niveles elevados de lactato en sangre. La función celular se deteriora y, si el shock persiste, se produce daño celular irreversible y muerte.

64CM. ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE. Doria Carrasco. Hospital Dime, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

65CM. SEPSIS EN EL EMBARAZADO. Wendy Carrasco. Profesional Independiente, Honduras.

66CM. ABORDAJE DEL VÉRTIGO EN ATENCIÓN PRIMARIA. Dinora Alemán Portillo. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Otorrinolaringología, Tegucigalpa, Honduras.

El vértigo es un motivo frecuente de consulta en atención primaria y forma parte del grupo de síntomas englobados dentro del mareo. Se define como la sensación ilusoria de movimiento rotatorio del entorno o del propio cuerpo. Desde el punto de vista clínico, uno de los objetivos más importantes en la evaluación inicial es diferenciar entre vértigo de origen periférico y vértigo de origen central, ya que esta distinción tiene implicaciones diagnósticas y pronósticas relevantes. La mayoría de los casos de vértigo en el primer nivel de atención corresponden a etiologías periféricas, entre las que destacan el vértigo posicional paroxístico benigno, la neuritis vestibular y la enfermedad de Ménière. Estos cuadros suelen caracterizarse por inicio agudo, vértigo intenso que puede empeorar con los movimientos de la cabeza, presencia de nistagmo horizontal o rotatorio y ausencia de déficit neurológico focal. Además, con frecuencia se identifican desencadenantes posicionales o síntomas auditivos asociados. En contraste, el vértigo de origen central se relaciona con alteraciones del sistema nervioso central, particularmente del tronco encefálico o del cerebelo. Entre las causas más importantes se encuentran los eventos cerebrovasculares de la circulación posterior, esclerosis múltiple y tumores. Estos pacientes pueden presentar signos neurológicos acompañantes, ataxia marcada, nistagmo vertical o cambiante y menor relación con cambios posicionales. La historia clínica detallada y el examen físico dirigido son herramientas fundamentales para orientar el diagnóstico. La evaluación de la duración de los episodios, los factores desencadenantes y la presencia de síntomas neurológicos permite establecer una sospecha diagnóstica inicial. La identificación temprana de signos de alarma que sugieran una etiología central es esencial, ya que estos casos requieren evaluación urgente y estudios complementarios. En la mayoría de los pacientes, una valoración clínica sistemática permite distinguir entre causas periféricas benignas y cuadros potencialmente graves que requieren atención especializada.

67CM. ABORDAJE DE LA DISFONÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. Ana Gabriela Muñoz Rodríguez. Hospital del Valle, Servicio de Otorrinolaringología, San Pedro Sula, Cortés.

La disfonía se define como una alteración en la calidad, tono, intensidad o esfuerzo vocal secundaria a trastornos funcionales, estructurales o neurológicos de la laringe. Representa un motivo frecuente de consulta en atención primaria y otorrinolaringología. Estudios poblacionales muestran una prevalencia puntual cercana al 7.5% y una prevalencia a lo largo de la vida de aproximadamente 29% en adultos, lo que equivale a cerca de uno de cada trece pacientes evaluados en atención primaria con síntomas actuales de disfonía. Desde el punto de vista etiológico, los trastornos de la voz se clasifican en tres grandes categorías: estructurales orgánicos (nódulos vocales,

pólipos, edema de Reinke), neurogénicos (parálisis de cuerdas vocales, disfonía espasmódica) y funcionales, como la disfonía por tensión muscular, asociada a un uso ineficiente del aparato fonador sin alteraciones anatómicas demostrables. En atención primaria, el abordaje inicial se basa en una anamnesis dirigida y examen físico. Deben evaluarse duración del síntoma, factores de riesgo (tabaquismo, alcohol, exposición ocupacional, uso profesional de la voz), infecciones respiratorias recientes y síntomas asociados como disfagia, odinofagia, pérdida de peso o hemoptisis. Las guías clínicas recomiendan que la disfonía persistente por más de dos a cuatro semanas sea evaluada mediante laringoscopia para descartar patología laríngea estructural o neoplásica. El manejo inicial incluye medidas conservadoras como reposo vocal relativo, hidratación adecuada, suspensión de irritantes laríngeos y educación sobre higiene vocal. La evidencia sugiere que la terapia de voz dirigida por foniatría es eficaz en disfonías funcionales y en lesiones benignas relacionadas con sobreuso vocal. En contraste, no se recomienda el uso rutinario de antibióticos ni corticosteroides sistémicos en ausencia de indicación específica. Un enfoque sistemático en atención primaria permite identificar factores etiológicos modificables, iniciar intervenciones basadas en evidencia y garantizar la derivación oportuna al especialista cuando exista disfonía persistente o signos de alarma.

68CM. HIPOACUSIA SÚBITA. Jesús Aguilar. Hospital La Policlínica, Servicio de Otorrinolaringología, Tegucigalpa, Honduras.

69CM. ROL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL STROKE. Delmy Susana Padilla Muñoz. Hospital y Clínicas Medicentro, Servicio de Radiología, La Ceiba, Honduras.

La Resonancia Magnética es la herramienta con mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico del ataque cerebrovascular o stroke isquémico agudo, superando a la tomografía computarizada en la detección temprana de lesiones. Su rol principal se centra en la selección precisa de pacientes para terapias de reperfusión y la diferenciación de patologías imitadoras de isquemia cerebral. El uso de protocolos cortos de resonancia magnética permite obtener información crítica en minutos. La detección precoz mediante el uso de la secuencia de difusión, puede identificar cambios isquémicos casi de inmediato, a los pocos minutos de iniciado el evento: la secuencia de flair permite el diagnóstico, si el evento ocurrió entre 4 a 5 horas y la combinación de difusión-perfusión permite identificar la penumbra isquémica, que es el tejido cerebral que aún es potencialmente recuperable mediante tratamiento oportuno y selectivo. Diagnóstico diferencial, la Resonancia Magnética es superior para descartar otras causas de síntomas neurológicos, como tumores, infecciones y detectar microhemorragias cerebrales. Aunque la tomografía sigue siendo la prueba inicial más común por su rapidez y disponibilidad, la Resonancia Magnética ofrece ventajas superiores, en cuanto a sensibilidad inicial, evaluación de tejidos blandos; y desventajas en cuanto a la

accesibilidad; contraindicaciones en pacientes con marcapasos e implantes metálicos. Su mayor recomendación e indicación en pacientes con Stroke de tiempo desconocido, para guiar la trombólisis, en pacientes candidatos para trombectomía con síntomas de inicio de más de 24 horas, pacientes pediátricos para evitar radiación y en pacientes embarazadas que ameriten una evaluación neurológica rápida y obtener tratamiento oportuno.

70CM. INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y SU ROL EN LA RADIOLOGÍA. Brenda Carolina Larios Agüero. Hospital y Clínicas Medicentro, Servicio de Radiología, La Ceiba, Honduras.

La inteligencia artificial (IA) su definición: campo dentro de las ciencias informáticas centrado en la creación de soluciones capaces de realizar tareas que normalmente se asocian con la inteligencia humana. Es un campo en rápido crecimiento que influye en la forma en que practicamos la medicina, se ha convertido en uno de los temas más destacados en medicina, pero específicamente en la especialidad de radiología, probablemente por su estrecha relación con los avances tecnológicos. En la actualidad se han desarrollado varias herramientas de IA que comercialmente están disponibles para uso clínico, la validación de estos algoritmos en entornos de práctica clínica regionales es fundamental. Algunos ejemplos de la aplicación de la IA en radiología incluye: Clasificación: entrenar un modelo capaz de categorizar imágenes; Detección: el objetivo de estos algoritmos es identificar "objetos" anatómicos o patológicos dentro de una imagen; Segmentación: tarea de dividir los píxeles de una imagen en múltiples regiones o segmentos; Mejora de imagen: los modelos de aprendizaje profundo pueden entrenarse para realizar tareas que mejoran la calidad de la imagen; facilitar el flujo de trabajo radiológico digital, desde la programación de citas de pacientes hasta la comunicación de resultados, priorizar casos por nivel de urgencia y automatizar protocolos radiológicos. La identificación y el conocimiento de las fortalezas y debilidades de esas herramientas son clave para la implementación segura y eficaz de aplicaciones de IA en la práctica clínica-radiológica.

71CM. NEUROINTERVENCIÓN: ¿DEL POR QUÉ AL CÓMO? Javier Lagos Servellón. Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Neurología, San Pedro Sula, Honduras.

La enfermedad cerebrovascular constituye la segunda causa de muerte y la principal causa de discapacidad a nivel mundial, concentrando cerca del 89% de los casos en países de ingresos bajos y medianos. En Honduras, la mortalidad intrahospitalaria por ictus en centros públicos oscila entre 35% y 55%, con tasas de discapacidad severa de hasta 35%. Se estima que entre 10% y 15% de los pacientes con ictus isquémico y hasta 65% de aquellos con ictus hemorrágico pueden requerir intervenciones neurovasculares especializadas. Ante esta necesidad, se estableció la Sala de Hemodinamia del Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, iniciando en junio de 2025 la atención neurointervencionista continua para patologías neurovasculares agudas y electivas mediante el uso de un brazo en C. Hasta julio de 2026

se habían realizado aproximadamente 220 procedimientos, de los cuales cerca de la mitad correspondieron a tratamientos endovasculares. Se presenta la experiencia inicial del programa, incluyendo casos de trombectomía mecánica en ictus isquémico por oclusión de gran vaso, angioplastia y colocación de stents carotídeos. Asimismo, se describen procedimientos realizados en pacientes con ictus hemorrágico y otras patologías neurovasculares, incluyendo diagnóstico angiográfico y tratamiento de aneurismas cerebrales mediante embolización con coils, stents intracraneales y dispositivos diversores de flujo. Todos los casos fueron seleccionados siguiendo criterios basados en la mejor evidencia científica disponible y discutidos por equipos multidisciplinarios. Los resultados obtenidos demuestran la factibilidad de implementar neurointervencionismo en el sistema público hondureño, incluso en un entorno con recursos limitados. La consolidación y expansión de estos servicios representa una estrategia fundamental para reducir la mortalidad y discapacidad asociadas a la enfermedad cerebrovascular en Honduras.

72CM. TROMBECTOMÍA MECÁNICA: LA NUEVA ERA DEL TRATAMIENTO DEL EVENTO VASCULAR CEREBRAL.

Javier Lagos Servellón. Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Neurología, San Pedro Sula, Honduras.

La trombectomía mecánica (TM) para el ictus isquémico por oclusión de grandes vasos representa uno de los avances terapéuticos más relevantes en la medicina moderna. El ictus isquémico es la segunda causa de muerte y la principal causa de discapacidad a nivel mundial, con cerca del 90% de los casos en países de ingresos bajos y medios. En Honduras se estiman aproximadamente 28,000 casos de ictus anuales, equivalentes al 10.4% de todas las muertes. Se calcula que alrededor del 25% de estos pacientes podrían beneficiarse de la TM, con una reducción significativa en mortalidad y discapacidad a largo plazo. A pesar de su eficacia, el acceso a esta terapia ha sido limitado. Desde 2023 se han implementado estrategias de manejo del ictus basadas en evidencia, y desde junio de 2025 la trombectomía mecánica está disponible en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, centro que atiende cerca de 500 casos de ictus al año. La experiencia inicial en el sistema público demuestra que la implementación de la TM es factible, apoyada en protocolos nacionales y en la disponibilidad progresiva de insumos. Su impacto poblacional dependerá de la consolidación de centros de ictus, la formación de personal especializado y el financiamiento sostenido.

73CM. IMPLICACIONES DEL AUTODIAGNÓSTICO MEDIANTE USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN PSIQUIATRÍA.

Héctor Armando Velásquez Ramírez. Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, Servicio de Psiquiatría, Tegucigalpa, Honduras.

La inteligencia artificial, que se caracteriza por ser una simulación de procesos de inteligencia humana a través de sistemas informáticos en máquinas, se ha vuelto cada vez más frecuente en el campo de la salud mental. Las aplicaciones con

inteligencia artificial han evolucionado en brindar diagnósticos, síntomas, pronóstico y psicoeducación. Con el crecimiento de la inteligencia artificial el potencial de autodiagnóstico en línea de trastornos psiquiátricos por parte de la población en general se ha incrementado considerablemente. Los beneficios estudiados que provee la inteligencia artificial incluyen comodidad, control, reducción del tiempo de espera para una cita y acceso en cualquier momento. Además, la inteligencia artificial puede utilizarse como medio para prestar atención en zonas con difícil acceso a servicios de salud. Entre los riesgos del uso de inteligencia artificial incluyen promover el autodiagnóstico para síntomas leves o temporales el cual conduce a tratamientos innecesarios y costosos. Un autodiagnóstico incorrecto podría brindar una falsa tranquilidad y retrasar la búsqueda de un diagnóstico oportuno. El autodiagnóstico en línea elimina la comunicación no verbal y el examen mental que son herramientas que ayudan al psiquiatra a formular una impresión diagnóstica. La evaluación psiquiátrica requiere habilidades como establecer una buena relación, empatía, formar vínculos con el paciente y escucha activa. Se han planteado preocupaciones en torno a la seguridad y privacidad de la información personal que se provee en línea. Además, quienes se auto diagnostican pueden desconocer que los síntomas de muchas afecciones médicas no psiquiátricas pueden imitar o se traslapan con patologías psiquiátricas. El diagnóstico de un trastorno psiquiátrico es un proceso complejo que requiere razonamiento clínico, experiencia, exámenes, escalas y conocimiento.

74CM. INFECCIÓN URINARIA RECURRENTE. Diana Varela Bustillo. Hospital Escuela, Departamento de Infectología, Tegucigalpa, Honduras.

Una Infección urinaria recurrente (ITUR) se define por la presentación de 2 o más episodios en 6 meses o más de 3 episodios en un año. Puede ser una reinfección cuando aparece tras haberse confirmado la erradicación del germen causal, al menos 2 semanas después del primer episodio. Es la presentación más frecuente y se asocia a factores de riesgo conductuales. Es una recaída cuando es a causa del mismo germen, aparece en un intervalo más corto y sugiere persistencia; puede asociarse a litiasis o absceso renal. Las ITUR son más frecuentes en mujeres que en hombres. En mujeres jóvenes los factores de riesgo son actividad sexual, uso de espermicidas, o una nueva pareja. En mujeres posmenopáusicas se asocia a déficit de estrógenos, incontinencia urinaria secundaria a condiciones como cistocele o histerocele, o a residuo posmiccional por vejiga neurogénica. En los hombres se presentan con más frecuencia después de los 50 años, asociados a hiperplasia prostática benigna. Otros factores de riesgo son diabetes, malformaciones del tracto urinario, uso de sonda vesical, o inmunosupresión. El principal microorganismo aislado es *Escherichia coli*, sin embargo, también se aíslan otras bacterias gram negativas como especies de *Klebsiella* y *Proteus*, o especies del género *Enterococcus*. En el diagnóstico es mandatorio confirmar en primer lugar la presencia de síntomas como disuria, poliaquiuria y fiebre, para no confundir el cuadro con una bacteriuria asintomática,

y siempre solicitar el examen general de orina y un urocultivo para determinar el agente causal y su perfil de resistencia. El tratamiento debe ser guiado por el resultado del urocultivo, utilizando como primera línea antibióticos con bajo potencial de resistencia como la nitrofurantoina o fosfomicina, además de implementar medidas preventivas, y si está indicada, la profilaxis antimicrobiana por 3 a 6 meses.

75CM. ACTUALIZACIÓN PRÁCTICA EN SEPSIS Y CHOQUE SÉPTICO: LO QUE EL MÉDICO DEBE SABER. Alex Cardona. Hospital del Valle, Servicio de Infectología, San Pedro Sula, Honduras.

76CM. RESISTENCIA BACTERIANA: IMPACTO CLÍNICO, ¿CÓMO PREVENIRLO DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN? Alex Cardona. Hospital del Valle, Servicio de Infectología, San Pedro Sula, Honduras.

77CM. ABORDAJE INICIAL DE LA ANEMIA EN EL ADULTO: ENFOQUE PRÁCTICO. Raquel Martínez. Hospital CEMESA, Servicio de Hematología, San Pedro Sula, Honduras.

78CM. MANEJO DE LA SANGRE, DEL PACIENTE, TRANSFUSIÓN SEGURA Y USO RACIONAL DE HEMODERIVADOS. Jennifer Nataly Duarte. Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Hematología, San Pedro Sula, Honduras.

La transfusión de hemoderivados constituye una de las intervenciones más utilizadas en la práctica hospitalaria moderna. Se estima que hasta el 10 % de los pacientes hospitalizados reciben al menos una transfusión, y diversos estudios han demostrado que entre 20 % y 40 % de estas transfusiones pueden ser potencialmente inapropiadas. La exposición innecesaria a hemoderivados se asocia con riesgos clínicos relevantes, incluyendo reacciones transfusionales, sobrecarga circulatoria asociada a transfusión e inmunomodulación, además del impacto en los costos y en la disponibilidad de un recurso limitado. En este contexto, el Patient Blood Management (PBM) ha emergido como una estrategia multidisciplinaria basada en evidencia orientada a optimizar el manejo de la sangre del paciente y reducir la exposición innecesaria a transfusiones. Este modelo se fundamenta en tres pilares principales: la optimización de la masa eritrocitaria, la disminución de las pérdidas sanguíneas y la mejoría de la tolerancia fisiológica a la anemia. La implementación de programas de PBM ha demostrado reducir el uso de hemoderivados hasta en 30–40 %, así como disminuir complicaciones relacionadas con la transfusión, estancia hospitalaria y costos institucionales, sin afectar negativamente los resultados clínicos. En esta conferencia se revisarán los fundamentos del PBM y su impacto en la seguridad transfusional, así como estrategias prácticas para su implementación en la práctica clínica. De manera complementaria, se abordará el uso racional de hemoderivados, con énfasis en las indicaciones actuales para la transfusión de plaquetas y plasma fresco congelado, resaltando las recomendaciones de guías internacionales y las situaciones clínicas en las que su utilización está verdaderamente justifi-

cada. La adopción de estrategias basadas en PBM representa una herramienta fundamental para mejorar la calidad de la atención médica, promover una utilización responsable de los hemoderivados y fortalecer la seguridad del paciente.

79CM. SÍNDROME HEMORRAGÍPARO: ¿PRIMARIO O SECUNDARIO? Tatiana Rivera Domínguez. Hospital Bendaña, Servicio de Hematología, San Pedro Sula, Honduras.

80CM. ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS: ¿CUÁNDO REFERIR? Pedro Leonardo Martínez Gonzales. Hospital Vicente D'Antoni, Servicio de Reumatología, La Ceiba, Honduras.

El profesional de reumatología es un especialista experto en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades osteomusculares y afecciones autoinmunitarias sistémicas. Estas enfermedades pueden afectar las articulaciones, los músculos y los huesos; causando dolor, inflamación y deformidad. Las enfermedades autoinmunes se producen cuando el sistema inmunitario envía inflamación a zonas del cuerpo causando síntomas. Estas enfermedades pueden afectar los ojos, la piel, el sistema nervioso y los órganos internos. La derivación debe hacerse antes si tiene familiares con una enfermedad reumática o autoinmunitaria o si los síntomas empeoran considerablemente en poco tiempo. Dolor en alguna región del cuerpo (por ejemplo, hombro, rodillas, cuello, cintura, etc.); o dolor de los músculos de forma localizada o generalizada, todo ello sin causa aparente. Cuando haya lesiones inflamatorias de la piel, del cabello, alteraciones de conducta, sequedad de ojos o boca, crecimiento de ganglios o de otros órganos, fiebre, cefalea inexplicable, úlceras o hemorragias que se asocian con dolor de las articulaciones, síntomas que no logran explicar otros especialistas. Todas estas situaciones aplican para personas adultas y pacientes pediátricos (menores de 18 años). Deben tenerse en cuenta también para consultar un/a reumatólogo pediatra. Numerosos estudios han demostrado que un diagnóstico precoz de las enfermedades reumáticas, que permite iniciar el tratamiento dentro de los tres meses posteriores al inicio de los síntomas, se asocia con mejores resultados clínicos y radiográficos. Este retraso puede producirse en diferentes niveles: retraso del paciente: el tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y la primera consulta médica. Retraso del médico de cabecera: el tiempo transcurrido entre la evaluación inicial por parte del médico de cabecera y la derivación a un reumatólogo; y retraso hospitalario: el tiempo transcurrido entre la derivación y la primera consulta con el reumatólogo.

81CM. QUÉ, CUÁNDO Y PORQUÉ PEDIR UN ALGORITMO RACIONAL PARA ESTUDIO DE PACIENTE CON ENFERMEDAD AUTOINMUNE. José Mauricio Galeano Santos. Hospital y Clínicas Medcentro, Servicio de Reumatología, La Ceiba, Honduras.

Las enfermedades autoinmunes se caracterizan por tener múltiples manifestaciones, cutáneas, osteomioarticulares, oculares, auditivas, glandulares, neurológicas, hasta complicaciones

renales o cardiovasculares que pueden comprometer la vida del paciente. Son enfermedades de inicio agudo o insidioso, con tendencia a la cronicidad y con un diagnóstico muchas veces difícil; cuya sospecha depende en gran medida de la experiencia y conocimiento del médico de atención primaria o de emergencia, para referirlo de manera oportuna al médico internista y/o reumatólogo para su óptimo manejo. Por lo que, resulta de mucha utilidad elaborar un esquema o algoritmo, tomando en cuenta las características clave para el diagnóstico de las enfermedades autoinmunes más comunes, debiendo ser racional, ya que los estudios de laboratorio, en particular los anticuerpos pueden ser costosos, poco accesibles, e incluso innecesarios. Desde el punto de vista de las manifestaciones clínicas, importante enfatizar en síntomas generales: fiebre, sobre todo intermitente, prolongada, sin aparente causa infecciosa, pérdida de peso, dolor generalizado. Importante distinguir si el dolor articular, se asocia a rigidez simétrica e inflamación, deformidades irreversibles en manos, FR y/o Anti CCP + (artritis reumatoidea), si ese dolor articular se asocia a manifestaciones en piel, eritema malar, livedo reticulares, alopecia, edemas, úlceras orales, ANA positivo, Anti-DNA o Anti-Smith positivo (lupus), si se presenta xerostomía, xeroftalmia, parotiditis crónica, dispareunia ANA positivo, Anti-RO + (Enf. de Sjögren), esclerodactilia, úlceras distales de dedos, engrosamiento de piel (esclerosis sistémica), fenómeno de Raynaud (esclerosis sistémica, enfermedad mixta de tejido conectivo), debilidad proximal muscular progresiva, elevación de creatinina, aldolasa (miopatías inflamatorias). Dolor lumbosacro inflamatorio matutino, en hombres jóvenes (espondilo artropatías), pérdida visual o auditiva aguda, edema, proteinuria, enfermedad pulmonar intersticial, úlcera cutánea o mucosa, MPO o PR3 positivo (vasculitis), al referir de manera temprana menor será la incidencia de complicaciones y tendrá mejor pronóstico.

82CM. GENERALIDADES DE FIBROMIALGIA. José Mauricio Galeano Santos. Hospital y Clínicas Medicentro, Servicio de Reumatología, La Ceiba, Honduras.

La Fibromialgia es un desorden caracterizado por dolor musculoesquelético generalizado, desencadenado por trastorno depresivo o ansioso, asociado a alteraciones cognitivas, y trastorno del sueño. El Colegio Americano de Reumatología (ACR) lo define como dolor crónico musculoesquelético generalizado en al menos 18 puntos dolorosos. En su epidemiología constituye 2.7% de la población en general, con una relación de 6 mujeres por cada hombre. Se asocian factores de riesgo: trauma físico-psicológico, estrato socioeconómico bajo, sexo femenino, 25-50 años. En su fisiopatología se menciona que, ante factores desencadenantes, estrés, ansiedad, depresión, existe un aumento de neurotransmisores excitatorios: glutamato, sustancia p, lo que lleva a disminución de neurotransmisores inhibitorios: serotonina, norepinefrina. Se clasifica en tipo 1 idiopática, tipo 2 relacionada a enfermedad crónica, tipo 3 secundaria a enfermedad psiquiátrica y tipo 4 simulada. Las manifestaciones incluyen: fatiga, depresión, ansiedad, trastorno de estrés post traumático, hiporexia, cefalea, náuseas, xerostomía, dispare-

unia, dolor generalizado, rigidez matutina leve, intolerancia al frío, y principalmente dolor muscular generalizado, que tiende a confundirse con dolor de origen óseo o articular. Los criterios diagnósticos de la Analgesic, Anesthetic, and Addiction Clinical Trial Translations, Innovations, Opportunities, and Networks (AAPT) 2019, mencionan que debe de existir dolor mínimamente en 6 de 9 sitios (rostro, cabeza, brazo, tórax, pelvis, espalda), síntomas de severidad como trastorno del sueño, fatiga, y una duración de al menos 3 meses. En los diagnósticos diferenciales se menciona la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, osteoartritis, miopatías, neuropatía periférica, espondilo artropatías. Se recomienda cambios de estilo de vida, ejercicio físico moderado, fisioterapia, terapia psicológica y en el aspecto farmacológico, uso pregabalina, milnacipran, duloxetina, de igual forma el uso de Antiinflamatorios No Esteroideos (AINES) en cuadros agudos; resalta la combinación de acetaminofén con tramadol, y el uso de ciclobenzaprina. Es importante un análisis clínico minucioso con el fin de descartar otras entidades.

83CM. VALORACIÓN DE GRAVEDAD EN PEDIATRÍA. Eliar Carranza. Hospital Juan Manuel Gálvez, Servicio de Pediatría; Gracias, Lempira, Honduras.

84CM. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL ESCROTO AGUDO EN PEDIATRÍA: ENTRE LA URGENCIA Y LA INCERTIDUMBRE. Maryury Fabiola Pineda. Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Radiología e Imágenes, San Pedro Sula, Honduras.

85CM. ANAFILAXIA EN PEDIATRÍA. Cintia Alejandra Falck Fuentes. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Regional del Norte, Servicio de Pediatría, San Pedro Sula, Honduras.

La anafilaxia es una reacción de hipersensibilidad sistémica grave, de instauración rápida y con potencial letal, caracterizada por un compromiso de la función respiratoria o circulatoria que puede manifestarse incluso en ausencia de las características cutáneas típicas. Su epidemiología varía según la región y el grupo etario, con una incidencia global estimada de 50 a 112 episodios anuales por cada 100,000 personas, calculándose que el 2% de la población experimentará un evento de este tipo al menos una vez en su vida. Los principales agentes etiológicos difieren según la edad; mientras que en niños y adolescentes predominan los alimentos (maní, nueces, leche, mariscos), en adultos cobran mayor relevancia los medicamentos y las picaduras de insectos. Los mecanismos fisiopatológicos de la anafilaxia son diversos, incluyendo aquellos mediados por inmunoglobulina E (IgE) (picadura por himenópteros, alergia a alimentos como mariscos y cacahuete, o exposición al látex), mecanismos inmunológicos independientes de la IgE (exposición a medios de contraste o medicamentos biológicos), la activación directa del mastocito (factores físicos, exposición a alcohol y ciertos medicamentos) y la anafilaxia idiopática. Ante el diagnóstico clínico, es indispensable contar con un protocolo de actuación ágil y previamente ensayado, dado que cualquier retraso en

el manejo incrementa la mortalidad. La adrenalina/epinefrina intramuscular sigue siendo el tratamiento de primera línea determinante para garantizar la supervivencia del paciente.

86CM. IMÁGENES QUE SALVAN: GUÍA PRÁCTICA EN EL ABORDAJE AGUDO EN NIÑOS. Maryury Fabiola Pineda. Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Radiología e Imágenes, San Pedro Sula, Honduras.

87CM. VACUNAS EN NIÑOS. Oscar Armando Ponce. Hospital del Valle, Servicio de Pediatría, San Pedro Sula, Honduras.

88CM. DETECCIÓN TEMPRANA DEL TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA. Carol Josseline Zúñiga. Hospital del Valle, Servicio de Neurología Pediátrica, San Pedro Sula, Honduras.

89CM. PUBERTAD PRECÓZ: DEL DIAGNÓSTICO TEMPRANO A LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS. Melissa Matamoros Hernández. Hospital del Valle, Servicio de Endocrinología Pediátrica, San Pedro Sula, Honduras.

90CM. ULTRASONIDO DEL PRIMER TRIMESTRE, LA BASE DEL CONTROL PRENATAL. Mario Ramírez. Profesional Independiente, Tegucigalpa, Honduras.

91CM. OPTIMIZANDO EL CONTROL PRENATAL. Karla Parodi. Honduras Medical Center, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

92CM. ULTRASONIDO MORFOLÓGICO DEL SEGUNDO TRIMESTRE: PILARES PARA LA DETECCIÓN PRENATAL DE ANOMALÍAS ESTRUCTURALES. Gladys Frazer. Hospital San Jorge, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

93CM. DIAGNÓSTICO DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS POR ULTRASONIDO: EXPERIENCIA EN HONDURAS. Mónica García Santacruz. Centro Hondureño de Medicina Fetal, Consulta Externa Medicina Fetal, San Pedro Sula, Honduras.

La detección prenatal de malformaciones congénitas mediante ultrasonido permite la identificación temprana de anomalías estructurales, la orientación diagnóstica y la planificación del manejo perinatal. El objetivo del estudio fue describir las malformaciones congénitas detectadas por ultrasonido prenatal en una práctica privada en Honduras, en el periodo marzo 2025 a marzo 2026. Se realizó una serie clínica descriptiva basada en un registro observacional de anomalías estructurales fetales diagnosticadas mediante ultrasonido obstétrico. Durante el periodo de estudio se realizaron 582 ultrasonidos estructurales en el primer, segundo y tercer trimestre del embarazo, efectuados bajo los estándares de evaluación recomendados por la Fetal Medicine Foundation (FMF) y realizados por personal certificado. Se identificaron 31 fetos con anomalías estructurales, lo que corresponde a una tasa de detección de 5.3 %. La edad gestacional media al diagnóstico fue de 22.2 semanas. Las ano-

malías múltiples representaron el grupo más frecuente (35 %), seguidas por anomalías del sistema nervioso central (26 %) y cardiopatías congénitas (23 %). En todos los casos clasificados como anomalías múltiples se documentó compromiso cardíaco, y en el 54 % de ellos se observó además afectación del sistema nervioso central. Las cardiopatías estuvieron presentes en el 58 % de los casos con anomalías estructurales. Entre los diagnósticos más frecuentes se encontraron tetralogía de Fallot y espina bífida. Estos hallazgos destacan la importancia de la evaluación sistemática de la anatomía fetal, particularmente del corazón y del sistema nervioso central, durante el ultrasonido estructural del segundo trimestre. En países como Honduras, donde los registros nacionales de malformaciones congénitas son limitados, las series clínicas descriptivas aportan información valiosa sobre los patrones locales de malformaciones detectadas prenatalmente y subrayan la necesidad de fortalecer el tamizaje prenatal y complementar el diagnóstico con estudios genéticos para mejorar la precisión diagnóstica, la consejería a los padres y el manejo perinatal.

94CM. OBESIDAD EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA MUJER Y SU IMPACTO. Karen Funez. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

95CM. VACUNOLOGÍA EN EL EMBARAZO. Wendy Cárcamo. Honduras Medical Center, Servicio de Medicina Materno Fetal, Tegucigalpa, Honduras.

96CM. ¿POR QUÉ SEGUIMOS HABLANDO DEL SÍNDROME OVÁRICO METABÓLICO POLIENDOCRINO? Karen Funez. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

97CM. INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y DERMATOLOGÍA: ¿CÓMO UTILIZAR SIN REEMPLAZAR CRITERIO CLÍNICO? APLICACIONES REALES Y EVIDENCIA ACTUAL. Iris Saraí Guevara Suazo. Profesional Independiente San Pedro Sula, Honduras.

La inteligencia artificial (IA) ha experimentado un crecimiento acelerado en los últimos años y su aplicación en dermatología ha generado gran interés debido a la naturaleza visual de la mayoría de las enfermedades cutáneas. Mediante técnicas de aprendizaje automático y redes neuronales profundas, los sistemas de IA pueden analizar imágenes clínicas y dermatoscópicas, identificar patrones complejos y apoyar el reconocimiento de múltiples dermatosis. Diversos estudios han demostrado que algunos algoritmos de clasificación de imágenes alcanzan niveles de precisión comparables a los de dermatólogos expertos en contextos específicos, particularmente en la detección de cáncer de piel y en la clasificación de lesiones pigmentadas. A pesar de estos avances, la incorporación de la IA en la práctica clínica plantea importantes desafíos. Entre ellos se encuentran la calidad y representatividad de las bases de datos utilizadas para el entrenamiento de los algoritmos, la necesidad

de incluir una adecuada diversidad de fototipos cutáneos, así como la validación clínica en diferentes poblaciones. Asimismo, surgen consideraciones éticas y legales relacionadas con la confidencialidad de los datos, la responsabilidad médica y el riesgo de una dependencia excesiva de la tecnología si estas herramientas se utilizan sin una adecuada interpretación clínica. En la práctica dermatológica, la inteligencia artificial comienza a integrarse como una herramienta que puede optimizar el tiempo del dermatólogo mediante el análisis de imágenes clínicas y el seguimiento fotográfico de las lesiones cutáneas, permitiendo documentar y detectar cambios reales a lo largo del tiempo. Estas aplicaciones pueden facilitar el monitoreo de lesiones pigmentadas, la evaluación de la respuesta a tratamientos y la organización de la información clínica. No obstante, su uso debe entenderse como un complemento que apoya la toma de decisiones médicas, sin sustituir el criterio clínico, la experiencia del dermatólogo ni la relación médico-paciente.

98CM. MICROBIOMA Y ENFERMEDADES FRECUENTES EN CONSULTA GENERAL: ENFOQUE PRÁCTICO Y CRITERIOS DE REFERENCIA AL DERMATÓLOGO. Miriam Yolanda González Matute. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Dermatología, Tegucigalpa, Honduras.

El microbioma cutáneo constituye un ecosistema dinámico compuesto por bacterias, hongos y virus que desempeña un papel fundamental en la homeostasis de la piel, la modulación del sistema inmunológico, la función de barrera y la protección frente a patógenos. La disbiosis, entendida, como la alteración en la diversidad y composición microbiana, se ha vinculado de forma consistente con dermatosis inflamatorias frecuentes en la práctica clínica, como dermatitis atópica, acné y rosácea. En la dermatitis atópica: la disbiosis se caracteriza por la disminución de la diversidad microbiana y predomina la colonización por *Staphylococcus aureus*, que altera la función de la barrera cutánea y promueve inflamación mediada por citoquinas. En el acné, se ha descrito un desequilibrio entre ciertas cepas de *Cutibacterium acnes* y cambios en el microambiente sebáceo que inducen la respuesta inflamatoria folicular. En la rosácea, la interacción entre microbiota cutánea, sistema inmune y eje intestino-piel contribuye al incremento de Demodex y sus bacterias asociadas, contribuyendo a la activación inflamatoria y vascular. Adicionalmente el eje intestino piel ha cobrado relevancia evidenciando que la disbiosis intestinal influye en la inflamación sistémica y en la expresión cutánea de estas enfermedades, lo que abre perspectivas terapéuticas como probióticos y moduladores del microbioma. Desde el punto de vista práctico, el médico de atención primaria, debe identificar signos de alarma que ameriten referencia. En dermatitis atópica: enfermedad moderada-grave, infecciones recurrentes o mala respuesta a tratamiento convencional. En acné: formas noduloquísticas, cicatrices o impacto psicológico significativo. En

rosácea: compromiso ocular, formas fimatosas o refractariedad terapéutica. El reconocimiento temprano de estas entidades y su relación con el microbioma permite optimizar el manejo inicial, evitar complicaciones y seleccionar adecuadamente los pacientes que requieren atención especializada. La integración del conocimiento del microbioma en la práctica clínica representa una oportunidad emergente para personalizar tratamientos y mejorar resultados en dermatología.

99CM. NUTRICIÓN, SUPLEMENTOS Y PIEL: ORIENTAR AL PACIENTE FRENTE A LA DESINFORMACIÓN ¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA? Diana Clarissa Peralta Pérez. Profesional Independiente, San Pedro Sula, Honduras.

Diversos nutrientes participan en procesos esenciales del funcionamiento de la piel, como ser la síntesis de colágeno, la regeneración epidérmica, mantenimiento de la barrera cutánea y defensa frente al estrés oxidativo. En este contexto, la nutrición adecuada y el uso de suplementos nutricionales han despertado creciente interés como herramientas complementarias para la promoción de la salud cutánea y el manejo de diversas dermatosis. Entre los micronutrientes más relevantes se encuentran las vitaminas A, C y E, con funciones antioxidantes y reguladoras de la proliferación y diferenciación celular. La vitamina A participa en la regulación de la queratinización también y la vitamina C es fundamental como cofactor en la síntesis de colágeno, cicatrización y absorción de hierro. Minerales como el zinc y el selenio contribuyen a la modulación de la respuesta inflamatoria (como en el acné y la foliculitis) y a la protección frente al daño oxidativo. Asimismo, los ácidos grasos esenciales como el omega-3 participan en el mantenimiento de la integridad de la barrera cutánea y en regularizar a la baja las vías inflamatorias. También cabe destacar a los péptidos de colágeno hidrolizado, que en algunos estudios han mostrado mejorar la elasticidad e hidratación cutánea. No obstante, estas intervenciones deben considerarse como complemento de una dieta equilibrada rica en frutas, verduras, proteínas de calidad y grasas saludables. En los últimos años se ha observado un aumento significativo de información no sustentada científicamente en redes sociales que promueve el uso indiscriminado de suplementos o dietas específicas como soluciones universales para múltiples problemas. Es por lo anterior que el papel del médico resulta fundamental para orientar al paciente con base en la evidencia. La educación a la población y la práctica médica basada en evidencia son herramientas clave para contrarrestar esta desinformación y promover decisiones acertadas para el cuidado de la piel.

100CM. MANEJO BASADO EN LA EVIDENCIA DE LA MIGRAÑA AGUDA EN SERVICIOS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN. Fawad A. Khan. Ochsner Medical Center, Servicio de Neurología, New Orleans, Estados Unidos.

101CM. TERAPIAS DE NEUROMODULACIÓN PARA EL MANEJO DE EPILEPSIA FÁRMACO-RESISTENTE. Isaac Alejandro Molinero Rosales. Ochsner Health, Unidad de Neurología Pediátrica-Epilepsia, New Orleans, Estados Unidos.

La epilepsia refractaria representa un desafío terapéutico significativo, afectando a un porcentaje considerable de pacientes que no logran un control adecuado de las crisis con tratamiento farmacológico. En este contexto, las terapias de neuromodulación han emergido como alternativas eficaces y seguras. Esta presentación ofrece una revisión concisa de tres estrategias principales: el estimulador del nervio vago (VNS), el sistema de estimulación cerebral responsiva (RNS) y, de forma breve, la estimulación cerebral profunda (DBS). Se abordarán los mecanismos de acción propuestos para cada modalidad, destacando su impacto en la modulación de redes neuronales implicadas en la generación y propagación de crisis epilépticas. Asimismo, se revisarán los estudios clínicos clave que respaldaron su aprobación, incluyendo ensayos pivótales que demostraron reducciones significativas en la frecuencia de crisis y mejoras en la calidad de vida. Finalmente, se discutirán las indicaciones generales para la selección de pacientes candidatos a cada terapia, considerando factores como el tipo de epilepsia, localización del foco epileptogénico y respuesta a tratamientos previos. Esta revisión busca proporcionar una visión práctica y actualizada de las opciones de neuromodulación, facilitando la toma de decisiones en el manejo integral de la epilepsia refractaria.

102CM. ESTADO EPILEPTICO Y LA IMPLEMENTACIÓN DE CÓDIGO CRISIS EN HONDURAS. Arnold René Thompson Cerna. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Valle de Sula, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Neurología; San Pedro Sula, Honduras.

El estado epiléptico (EE) representa una importante causa de mortalidad en los pacientes independientemente de su edad, y es una causa frecuente de hospitalización en los servicios de emergencias de nuestro país. Las principales causas del desarrollo del EE incluyen la mala adherencia a los fármacos anticrisis (FAC), así el consumo de alcohol, el traumatismo craneal, las infecciones del sistema nervioso central (SNC), las enfermedades inflamatorias autoinmunes del SNC y los tumores. Su adecuado manejo amerita un rápido reconocimiento de los síntomas y signos que sugieren la presencia de un EE, dado que se describe que una duración mayor a 5 minutos implica el fallo en los mecanismos que autolimitan las crisis epilépticas (t1) y 30 minutos significa la presencia de daños irreversibles a nivel cerebral (t2). Las intervenciones iniciales incluyen la administración de medicamentos para finalizar las crisis (generalmente fármacos de la familia de las benzodiacepinas con acción sobre el neurotransmisor GABA), FAC intravenosos (fenitoína, valproato o levetiracetam intravenoso, disponibles en Honduras), y si se requiere, medicamentos anestésicos en una unidad de terapia intensiva (por ejemplo, midazolam, propofol o ketamina), además del manejo empírico ante la causa

presuntiva del EE. Por lo anterior, se requiere que los equipos de atención de pacientes (iniciando por familiares o cuidadores, paramédicos, médicos que atienden servicios de urgencias e intensivistas) reciban educación continua en el tema. Adicionalmente, se requiere que los pacientes dispongan de manera accesible de fármacos que permitan un adecuado control de sus crisis, acorde con el apareamiento de nuevas opciones de FAC que tengan una mayor efectividad y una menor cantidad de efectos adversos.

103CM. ACTUALIZACIÓN GUÍAS DE MANEJO DE INFARTO CEREBRAL AGUDO 2026. Allan Álvarez Corrales. Hospital del Valle, Servicio de Neurología, San Pedro Sula, Honduras.

El infarto cerebral es la principal causa de discapacidad en adultos alrededor del planeta, asociado además con alta mortalidad. El pronóstico depende principalmente del tratamiento y cuidado del paciente en los minutos u horas inmediatas al evento. La American Heart/Stroke Association publica cada cierto tiempo las guías de tratamiento del infarto cerebral agudo, basadas en la evidencia científica más reciente; estas sirven de referencia para la mayor parte de la comunidad neurológica mundial. Desde el año 2019 no se habían publicado nuevas guías sino hasta enero de 2026, donde se publican actualizaciones en varios, aspectos siendo los principales: Manejo de ictus agudo en niños, importante actualización en manejo de infarto leve, cambios de sugerencias en ventana extendida para trombolisis intravenosa más allá de 4.5 horas, uso de alteplase vs tenecteplase, criterios de elegibilidad para pacientes candidatos a trombectomía mecánica con núcleo isquémico grande y trombectomía con oclusión de arteria basilar. En relación al manejo médico en infarto agudo, se hacen nuevas sugerencias en el control glicémico, control de presión arterial durante la trombectomía mecánica, detección y manejo de disfagia. En conclusión, la nueva actualización en las guías de manejo para infarto agudo se hacen importantes cambios en varios aspectos que se deben tener en cuenta y que basados en la evidencia científica nos ayudan a mejorar el tratamiento y así disminuir la carga de morbilidad y mortalidad en infarto cerebral agudo.

104CM. ACTUALIZACIÓN DE REHABILITACIÓN DE PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA IDIOPÁTICA. Roger Josué Ortega Galo. Hospital Vicente D'Antoni, Departamento de Fisioterapia, La Ceiba, Honduras.

La parálisis facial periférica (PFP) es una neuropatía aguda del séptimo par craneal que produce debilidad unilateral de la musculatura facial, con repercusiones funcionales, estéticas y psicosociales significativas. Aunque una proporción importante de los pacientes presenta recuperación espontánea, un porcentaje no despreciable desarrolla secuelas como sincinesias, contracturas y asimetría facial persistente. En los últimos años, la rehabilitación física ha adquirido un papel central en el abordaje integral de esta entidad. El objetivo de la presente revisión narrativa fue analizar la evidencia científica publicada entre 2020 y 2025 sobre las principales estrategias de rehabilitación física

en la PFP. Se realizó una revisión de la literatura que incluyó ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis relacionados con fisioterapia facial, medios físicos, técnicas de neuromodulación, métodos diagnósticos y pronóstico funcional. La evidencia actual respalda una etiopatogenia predominantemente inflamatoria y viral, asociada principalmente a la reactivación de virus herpes. La fisioterapia facial estructurada demuestra beneficios en la recuperación funcional, reducción de secuelas y mejora de la calidad de vida. Entre los medios físicos, el láser terapéutico de baja intensidad y la estimulación eléctrica, apli-

cados de manera controlada y combinados con terapia activa, muestran resultados favorables. Técnicas emergentes como la terapia espejo y la facilitación neuromuscular propioceptiva evidencian mejoras en el control motor y la simetría facial. Los estudios electrofisiológicos, como la electromiografía y la electroneurografía, continúan siendo herramientas clave para el pronóstico. En conclusión, la rehabilitación física basada en evidencia constituye un pilar fundamental en el manejo de la PFP y mejora de forma significativa los resultados funcionales.