



Órgano oficial de difusión
y comunicación científica
del Colegio Médico de Honduras

Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112
ISSN 1995-7068

Vol. 91 (Suplemento No. 3)
2023 pp. S1-124

www.comenac2023.com

**CO
ME
NAC**  SANTA ROSA
DE COPÁN

2 0 2 3

LXV CONGRESO MÉDICO
NACIONAL - HONDURAS

25-28
De Octubre
2023

PRESENTE Y FUTURO DE LA
MEDICINA EN HONDURAS.

MUCHO QUE HACER.
MUCHO QUE APRENDER.

Yo  *¡Los esperamos con
el corazón abierto!*

para más información: info@comenac2023.com


Dra. Liliam Ismenia
Romero Lanza

 [comenac2023](#)
[comenac santa rosa](#)

La Revista Médica Hondureña (ISSN 0375-1112 versión impresa; ISSN 1995-7068 versión electrónica) es una publicación semestral. Impresión por Publigráficas, Tegucigalpa MDC, Honduras.

La información y los artículos publicados están regulados por la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>): el usuario es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) y Adaptar (remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente), bajo los siguientes términos: 1) Atribución: usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o el uso que usted está procurando, tienen el apoyo del licenciante. 2) No hay restricciones adicionales: no puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

La Dirección de la Revista Médica Hondureña hace los máximos esfuerzos para garantizar la calidad científica y ética del contenido. La Revista, el Colegio Médico de Honduras y la Casa Editorial no se responsabilizan por errores o consecuencias relacionadas con el uso de la información contenida en esta revista. Las opiniones expresadas en los artículos publicados son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan los criterios de la Revista o del Colegio Médico de Honduras. Ninguna publicidad comercial publicada conlleva una recomendación o aprobación por parte de la Revista o del Colegio Médico de Honduras.



JUNTA DIRECTIVA DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS PERÍODO 2022-2024

PRESIDENCIA

Dra. Helga Indiana Codina Velásquez

VICE-PRESIDENCIA

Dr. Samuel Francisco Santos Fuentes

SECRETARÍA DE ACTAS Y CORRESPONDENCIA

Dra. Emma Patricia Fonseca Pineda

SECRETARÍA DE FINANZAS

Dra. Zoila Suyapa Prudot Bardales

SECRETARÍA DE COLEGIACIONES

Dra. Isaura J. Reyes Cabrera

SECRETARÍA DE ACCIÓN SOCIAL Y LABORAL

Dr. Leonardo Ramsés Sierra Guevara

SECRETARÍA DE ASUNTOS EDUCATIVOS Y CULTURALES (PRESIDENCIA CENEMEC)

Dra. Melissa Alejandra Mejía Guzmán

FISCALÍA

Dra. Ingrid E. Urbina Hollmann

VOCALÍA

Dr. Ramón Yefrin Maradiaga Montoya



Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112 / ISSN 1995-7068

Órgano oficial de difusión y comunicación científica del Colegio Médico de Honduras
Fundada en 1930

Vol. 91 (Suplemento No. 3)
2023 pp. S1-124

Colegio Médico de Honduras
Centro Comercial Centro América, Local 41C, Tegucigalpa MDC, Honduras
Teléfono (504) 9435-6067
<http://revistamedicahondurena.hn/>
<http://www.bvs.hn/RMH/html5/>
<http://www.colegiomedico.hn/revmh@colegiomedico.hn>

La Revista Médica Hondureña es el órgano oficial de difusión y comunicación científica del Colegio Médico de Honduras. Fomenta y apoya la investigación científica y la educación médica continua, especialmente del gremio médico nacional. Su publicación es semestral, se apegan a los requisitos mínimos internacionales de publicaciones científicas biomédicas de acceso abierto y se somete al arbitraje por pares. Publica artículos en español e inglés. La Revista está en LILACS-BIREME, CAMJOL, AmelICA, LATINDEX, REDIB, DOAJ, RESEARCH4LIFE, con el título en español abreviado Rev Méd Hondur. Está disponible en versión electrónica en el sitio web revistamedicahondurena.hn, en la página del Colegio Médico de Honduras (www.colegiomedico.hn) y en la Biblioteca Virtual en Salud (<https://honduras.bvsalud.org/>), cuyo acceso es gratuito y se puede consultar todo el contenido en texto completo desde el año 1930. Los manuscritos aceptados para publicación no deberán haber sido publicados previamente, parcial o totalmente. Los autores retienen los derechos de autor sin restricciones. La información y los artículos publicados están regulados por la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).

CONSEJO EDITORIAL 2022-2025

CUERPO EDITORIAL

DIRECTORA

Jackeline Alger, Médica Parasitóloga

EDITORA ADMINISTRATIVA

Melissa Mejía Guzmán, Fisiatra

SECRETARIA

Rosa María Duarte, Médica Salubrista

COMITÉ EDITORIAL

Erika Velásquez Villars, Licenciada en Periodismo	Briana Beltran, Médica Epidemióloga
Ana Ligia Chinchilla, Gineco-Obstetra	Eleonora Espinoza, Médica Salubrista
Edna Maradiaga, Médica Salubrista	Nora Rodríguez Corea, Pediatra, Epidemióloga
Heriberto Rodríguez Gudiel, Gineco-Obstetra	José E. Sierra, Fisiatra

EDITORES ASOCIADOS

Efraín Bu Figueroa, Internista Infectólogo	Helga Codina, Reumatóloga
Carlos J. Fajardo, Médico Epidemiólogo	Carlos A. Fortín M., Ortopeda y Traumatólogo
Martha Cecilia García, Doctora en Química y Farmacia	Marco T. Luque, Pediatra Infectólogo
Enma Molina, Fisiatra	Gustavo Moncada, Cardiólogo Intervencionista
Fanny Jamileth Navas, Cirujana	César Ponce, Endocrinólogo
Edith Rodríguez, Médica Epidemióloga	Gissela Vallecillo, Gineco-Obstetra
Diana Varela, Internista Infectóloga	

ASISTENTE EDITORIAL


Gabriela Avilez Barrientos, Licenciada en Periodismo

EDITORES INTERNACIONALES

Francisco Becerra Posada, Salubrista, UNOPS; Florida International University; Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL); México
María Luisa Cafferata, Pediatra, Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS); Argentina
Nicole Feune de Colombi, Especialista en Salud Pública, Médica Internista, Profesional Independiente; Argentina
José María Gutiérrez, Microbiólogo, Profesor Emérito, Instituto Clodomiro Picado, Universidad de Costa Rica; Costa Rica
Roxana Lescano, Abogada, Maestra en Bioética, Asociación Peruana para el Empleo y Bienestar de Animales en Investigación y Docencia (ASOPEBAID); Perú
Herbert Stegemann, Psiquiatra, Hospital Vargas de Caracas; Venezuela

CONSEJO EDITORIAL 2022-2025


Jackeline Alger, Parasitóloga, MD, PhD

 <https://orcid.org/0000-0001-9244-0668>

Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela; Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras.

jackelinealger@gmail.com


Melissa Mejía Guzmán, Fisiatra

 <https://orcid.org/0000-0002-6634-8419>

Secretaría de Asuntos Educativos y Culturales, Colegio Médico de Honduras; Departamento de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

mmejia@colegiomedico.hn


Erika Velásquez Villars, Licenciada en Periodismo

 <https://orcid.org/0000-0002-7270-9188>

Centro Nacional de Educación Médica Continua, Colegio Médico de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.

revmh@colegiomedico.hn


Briana Beltran, Médica Epidemióloga

 <https://orcid.org/0000-0003-0362-4647>

Unidad de Epidemiología, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Hospital de Especialidades; Tegucigalpa, Honduras.

yasmin31.beltran@gmail.com


Ana Ligia Chinchilla, Gineco-Obstetra, FACOG

 <https://orcid.org/0000-0001-9963-6575>

Departamento de Ginecología y Obstetricia, IHSS; Departamento de Ciencias Morfológicas, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

ligiachinchilla@yahoo.com.mx


Rosa María Duarte, Médica Salubrista

 <https://orcid.org/0000-0003-2373-6574>

Comité de Vigilancia, Colegio Médico de Honduras; Dirección General de Normalización, Secretaría de Salud; Tegucigalpa, Honduras.

duarte2000sl@yahoo.com


Eleonora Espinoza, Médica Salubrista

 <https://orcid.org/0000-0001-7218-3481>

Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

eleo22@hotmail.com


Edna Maradiaga, Médica Salubrista

 <https://orcid.org/0000-0002-8424-4752>

Departamento de Medicina y Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.

edjamar3006@yahoo.com


Nora Rodríguez Corea, Pediatra, Epidemióloga

 <https://orcid.org/0000-0003-1749-4556>

Maestría en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

norarmendoz@gmail.com


Heriberto Rodríguez Gudiel, Gineco-Obstetra, FACOG

 <https://orcid.org/0000-0003-0333-4201>

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.

gudielmmf2013@gmail.com


José E. Sierra, Médico Fisiatra

 <https://orcid.org/0000-0002-9538-6166>

Departamento de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

capitan1082@hotmail.com


Efraín Bu Figueroa, Internista Infectólogo

 <https://orcid.org/0000-0001-6639-6210>

Servicio de Medicina Interna-Enfermedades Infecciosas, Hospital Honduras Medical Center; Tegucigalpa, Honduras.

efrabu@hotmail.com


Helga Codina, Reumatóloga

 <https://orcid.org/0000-0002-7107-7238>

Departamento de Medicina Interna, IHSS; Tegucigalpa, Honduras.

helgacv@yahoo.com


Carlos J. Fajardo, Médico Epidemiólogo

 <https://orcid.org/0000-0002-6850-8308>

Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas, Tegucigalpa, Honduras.

cjfajardo92@gmail.com


Carlos A. Fortín M., Ortopeda y Traumatólogo

 <https://orcid.org/0000-0002-1885-6478>

Departamento de Cirugía, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

ca14m@yahoo.com


Martha Cecilia García, Doctora en Química y Farmacia

 <https://orcid.org/0000-0002-7408-2139>

Biblioteca Médica Nacional, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.


garcamartha0@gmail.com


Marco T. Luque, Pediatra Infectólogo, Master en Epidemiología


 <https://orcid.org/0000-0001-6868-4435>

Departamento de Pediatría, IHSS; Departamento de Pediatría, Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.


mtluque@yahoo.com


Enma Molina, Médica Fisiatra, Máster en Métodos Cuantitativos de Investigación en Epidemiología.
 <https://orcid.org/0000-0002-2260-656X>
Departamento de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.
ec_molam@yahoo.com


Gustavo Moncada, Cardiólogo Intervencionista, MD, PhD
 <https://orcid.org/0000-0003-1183-6201>
Servicio de Cardiología, Departamento de Medicina Interna, Hospital de Especialidades IHSS; Tegucigalpa, Honduras.
moncadapaz.uic@gmail.com


Fanny J. Navas, Cirujana,
 <https://orcid.org/0000-0002-1184-7480>
FACS. Departamento de Cirugía, IHSS; Tegucigalpa, Honduras.
drafannynavas@gmail.com


César Ponce, Endocrinólogo
 <https://orcid.org/0000-0001-7191-5898>
Departamento de Medicina Interna, IHSS; Tegucigalpa, Honduras.
cesarrponcepuerto@hotmail.com

Edith Rodríguez, Médica, Master en Epidemiología, Población y Desarrollo
 <https://orcid.org/0000-0002-1288-5331>
Profesional independiente; Tegucigalpa, Honduras.
erodri_2006@yahoo.es

Gissela Vallecillo, Gineco-Obstetra, FACOG
 <https://orcid.org/0000-0002-6558-8840>
Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.
gissvallecillo@gmail.com


Diana Varela, Internista Infectóloga
 <https://orcid.org/0000-0003-3243-739X>
Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.
ds_varela@hotmail.com

Gabriela Avilez Barrientos, Licenciada en Periodismo
 <https://orcid.org/0009-0006-6259-2162>
Centro Nacional de Educación Médica Continua, Colegio Médico de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.
revmh@colegiomedico.hn


Francisco Becerra Posada, Médico Cirujano
Maestro en Salud Pública, Doctor en Salud Pública
 <https://orcid.org/0000-0001-9074-0608>
UNOPS; Global Health Consortium (GHC), Department of Global Health, Florida International University (FIU); Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CDICS), Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL); Monterrey, México.
fcbecerra@gmail.com

María Luisa Cafferata, Pediatra
 <https://orcid.org/0000-0002-9928-5522>
Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS); Buenos Aires, Argentina.
marialuisa.cafferata@gmail.com

Nicole Feune de Colombi, Especialista en Salud Pública, Medicina Interna
 <https://orcid.org/0000-0003-0704-0753>
Profesional Independiente; Buenos Aires, Argentina.
nicolefeune@gmail.com

José María Gutiérrez, Microbiólogo, PhD, Profesor Emérito
 <https://orcid.org/0000-0001-8385-3081>
Instituto Clodomiro Picado, Facultad de Microbiología, Universidad de Costa Rica; Costa Rica.
josemorama@gmail.com

Roxana Lescano, Abogada, Maestra en Bioética
 <https://orcid.org/0000-0002-3132-6287>
Asociación Peruana para el Empleo y Bienestar de Animales en Investigación y Docencia, ASOPEBAID; Lima, Perú.
rlescanoguevara58@gmail.com

Herbert Stegemann, Psiquiatra
 <https://orcid.org/0000-0001-7919-399X>
Hospital Vargas de Caracas; Caracas, Venezuela.
hstegema@gmail.com

LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL

Dra. Liliam Ismenia Romero

PRESENTE Y FUTURO DE LA MEDICINA EN HONDURAS: MUCHO QUE HACER, MUCHO QUE APRENDER

PROGRAMA CIENTÍFICO Y RESÚMENES

**Santa Rosa de Copán, Copán
25 al 28 de octubre de 2023**

CONTENIDO

ORGANIZACIÓN DEL CONGRESO

Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras.....	7
Comité Organizador del LXV Congreso Médico Nacional.....	8

BIENVENIDA E INAUGURACIÓN

Mensaje de la Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales del Colegio Médico de Honduras.....	10
Mensaje de bienvenida de la Presidenta del Comité Organizador.....	11
Mensaje de bienvenida del Presidente del Comité Científico.....	12
Mensaje de inauguración de la Presidenta del Colegio Médico de Honduras.....	13
Reseña biográfica del Dra. Liliam Ismenia Romero.....	14

PROGRAMA CIENTÍFICO

Programa Científico resumido.....	15
Curso Pre congreso Recursos de Información.....	16
Curso Pre congreso Escritura y Publicación Científica.....	17
Curso Pre congreso de Actualización Métodos Anticonceptivos de Larga Duración.....	19
Curso Pre congreso Taller de Insulina.....	20
Curso Pre congreso Taller de Radiología.....	21
Curso Pre congreso Electrocardiografía.....	22

RESÚMENES

Resúmenes de conferencias magistrales.....	36
Resúmenes de trabajos libres.....	83

ÍNDICE POR AUTOR.....	98
-----------------------	----

INFORMACIÓN SOBRE EL LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2024.....	102
--	-----

PATROCINADORES Y COLABORADORES.....	103
-------------------------------------	-----

INSTRUCCIONES PARA LA PREPARACIÓN DE RESÚMENES (CONFERENCIAS Y TRABAJOS LIBRES) DEL CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2024 PARA SER INCLUIDOS EN LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA.....	104
---	-----

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES, 2024.....	108
---	-----

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS, 2024.....	116
-------------------------------------	-----

**LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

**COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
ORGANISMO DE GOBIERNO, PERÍODO 2022-2024**



De izquierda a derecha:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. Dr. Leonardo Ramsés Sierra | Secretario de Acción Social y Laboral |
| 2. Dr. Ramón Yefrin Maradiaga M. | Vocal |
| 3. Dra. Melissa A. Mejía Guzmán | Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales |
| 4. Dra. Isaura J. Reyes Cabrera | Secretaria de Colegiaciones |
| 5. Dra. Helga I. Codina Velásquez | Presidenta |
| 6. Dra. Emma Patricia Fonseca Pineda | Secretaria de Actas y Correspondencia |
| 7. Dra. Zoila Suyapa Prudot Bardales | Secretaria de Finanzas |
| 8. Dra. Ingrid E. Urbina Hollmann | Fiscal |
| 9. Dr. Samuel Francisco Santos | Vice-Presidente |

LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL SANTA ROSA DE COPÁN 2023

COMITÉ ORGANIZADOR



Presidenta:	Dra. Laura Mejía
Secretaria:	Dra. Nancy Rivera
Tesorero:	Dr. Ezequiel Morales
Comité Científico:	Dr. Engels Sandoval Dr. Óscar Alvarenga
Comité de Logística:	Dra. Artemisa Viana Dra. Alma Rodríguez
Comité de Publicidad:	Dr. Yuvini Villeda Dr. Bayron Medina
Comité de Patrocinio:	Dra. Irma De Vicente
Comité Socio-Cultural:	Dra. Carolina Perdomo (Ausente)
Sub comité de Deportes:	Dr. Francisco Chinchilla
Delegado Presidente Departamento de Copán:	Dr. Lennin Reynaldo Paz

LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL SANTA ROSA DE COPÁN 2023

COMITÉ CIENTÍFICO



De izquierda a derecha

Dr. Roberto Sanabria
Dr. Engels Sandoval (Coordinador)
Dr. German Bárcenas
Dra. Michelle Flores
Dra. Lourdes Cruz
Dra. Claudia Calderón
Dr. Bladimir Irías
Dr. Oscar Alvarenga (Subcoordinador)
Dr. Lennin Paz

Sub Comité de Trabajos Libres:

Dr. Carlos Orellana
Dr. José María Aguilar
Dr. José Tejada
Dr. German Bárcenas
Dra. Lourdes Cruz

Comité de Logística

Dra. Alma Luz Rodríguez
Dra. Claudia Tábor
Dr. Carlos Manuel Padilla
Dra. Irene Cardona
Dra. Karen Espinoza
Dra. Carolina Núñez
Dr. Arnulfo Madrid
Dr. David Dubón
Dr. Jesús Eduardo Santos
Dra. Marisol Hernández
Dra. Arlen Tatiana López
Dra. Carmen Rodríguez Torres
Dr. César Romero
Dr. Elías Euceda
Dra. Reina Guzmán
Dra. Kenia Acosta
Dra. Keren Ocampo
Dra. Scarleth Castillo
Dr. Hugo Ramírez
Dra. Artemisa J. Viana (Coordinadora)

Comité Sociocultural

Dra. Elizabeth Gutiérrez
Dra. Jeymi Munguía
Dra. Paola Pagoaga
Dr. Carlos Padilla López
Dra. Melissa Garay
Dr. Edgardo Rodríguez
Dra. Karla Yadira Díaz
Dr. Oscar Fredy Maldonado
Dra. Dora Angélica Monge
Dra. Sonia Julissa Carvajal
Dra. Claudia Yadira Dubón
Dr. Cesar Emanuel Claudino
Dr. Didier Abner López
Dra. Grechel Elizabeth Alaníz
Dr. Edy Barrera
Dr. Francisco Chinchilla
Dra. Fabiola Ramos
Dra. Carolina Perdomo (Coordinadora)

Comité de Publicidad

Dra. Yanira Tábor
Dra. Dania Matamoros
Dra. Keylin Herrera
Dr. Bayron Medina
Dr. Kevin Varela
Dra. Angelica Rajo
Dr. Alexis Melgar
Dra. Rita Sulay Meléndez
Dr. Jorge Omar Brito
Dr. Edwin Yuvini Villeda (Coordinador)

LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL SANTA ROSA DE COPÁN 2023

MENSAJE DE LA SECRETARIA DE ASUNTOS EDUCATIVOS Y CULTURALES DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

Queridos Colegas:

El Centro Nacional de Educación Médica Continua se honra en brindarles la más cordial bienvenida a este evento tan importante para la comunidad médica como lo es nuestro LXV Congreso Médico Nacional "*Mucho que hacer, mucho que aprender*", en reconocimiento a la Dra. Liliam Ismenia Romero Lanza por su trayectoria profesional, gremial y docente de generaciones.

Nuestro COMENAC por primera vez se realizará durante la Semana del Médico. De esta manera celebraremos juntos el Día del Médico Hondureño y el evento científico más importante del CMH, resaltando lo nuestro y participando de un programa con 7 cursos precongreso, 52 conferencias magistrales, 106 trabajos libres y debates con destacados profesionales nacionales e internacionales en el campo de la salud.

Agradezco al Comité Organizador presidido por la Dra. Laura Mejía y el Dr. Engels Sandoval del comité científico, que junto a un equipo de excelentes, dinámicos y comprometidos colegas han preparado un evento científico y sociocultural cinco estrellas en bimodalidad presencial y virtual, en el cual compartiremos conocimiento a la luz de la investigación y respaldo científico y así contribuir a la educación médica continua que constituye una parte fundamental de la práctica médica donde la meta es actualizar al personal médico y que ese conocimiento se traduzca en mejorar el quehacer profesional y desempeño ético y así contribuir con la salud del pueblo hondureño.

Quiero felicitar y dar mi reconocimiento de manera muy especial la valiosa participación de los colegas que están presentando 106 trabajos libres, pues la finalidad de este Congreso es que participen no sólo como un espectador pasivo o turista, sino que el congresista sea parte activa del mismo, dando a conocer su investigación.

Queridos colegas les deseo una experiencia enriquecedora y exitosa en nuestro Congreso Médico Nacional.

¡Bienvenidos a la capital del buen café!

Dra. Melissa Mejía Guzmán
Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales
Colegio Médico de Honduras



LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL SANTA ROSA DE COPÁN 2023

MENSAJE DE BIENVENIDA DE LA PRESIDENTA DEL COMITÉ ORGANIZADOR

Honorables miembros de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, estimados colegas y amigos, en nombre del COMENAC les doy la más cordial bienvenida a la bella ciudad de Santa Rosa de Copán, sede de nuestro LXV Congreso Médico Nacional. ¿Qué significa, qué sentido tiene organizar un Congreso Médico Nacional en nuestro país? El título del LXV Congreso Médico Nacional lleva detrás muchas cosas: es el esfuerzo de una agrupación de médicos dedicados, que procuramos transmitir información actualizada de la medicina; representa que en 15 meses nos hemos dedicado a organizar un programa de altura y decidir que debería contener para beneficio de los asistentes; se trata de colaborar con los patrocinadores, cada vez en mayor número, quienes también han encontrado un espacio académico de interacción con médicos y pacientes, para permitirnos las mejores fuentes y el contacto con los especialistas más reconocidos que dedican un mensaje, un resumen de su experiencia en un breve tiempo.



¿Y que esperan los asistentes a este evento? Encontrar ese conocimiento para poder hacerlo suyo, para contar con mayor capacidad para dar una mejor atención a sus pacientes. Pero no somos mártires ni héroes, porque esta labor se compensa con creces con lo que recibimos de los pacientes. Atender a un enfermo es acompañar a un semejante en un período crítico de su vida, no solo dar un tratamiento a su enfermedad. Es lograr una empatía sincera, tan necesaria para poder ganar su confianza, para conducirlo y ayudarlo en decisiones difíciles de vida, siendo nosotros personajes fugaces ajenos a su entorno familiar y de amistad. Pero reconocer y ser testigos del reordenamiento de los valores personales que experimentan nuestros pacientes, nos enriquece, nos sensibiliza para ser buenas personas y buenos médicos. Eso es lo que estriba brindar una mejor atención. Al organizar un congreso médico tratamos de utilizar todas las fortalezas de cada uno de nosotros y aprovechar cada oportunidad que se presenta, para dar lo mejor y ser capaces de marcar una huella en cada asistente, es más que simple información con fecha de caducidad.

Dedicarnos en la vida a lo que escogimos, a lo que nos apasiona, es un privilegio para nuestro gremio. Amar nuestro trabajo es lo mejor que podemos tener en la vida. Palabras muy claras al respecto nos dictan: "elige el trabajo que te gusta y no tendrás que trabajar el resto de tu vida". El compromiso anual del COMENAC en la realización del mismo, representa un gran reto dada la vasta e interminable información nueva en cada área de la medicina, ya que la forma de diagnosticar y determinar el mejor tratamiento puede modificarse en un período muy breve. Este año contaremos para el programa general, con la presencia de 52 conferencias entre nacionales e internacionales, 1 mesa redonda y 106 trabajos libres en foros simultáneos durante los tres días, superando la meta de congresos anteriores en cuanto a la mayor presentación de trabajos libres.

Por otro lado, la presencia de una gran persona, experta en el área de la pediatría y que ha estado presente en el desarrollo de nuestra profesión en el occidente de nuestro país, se reconocerá la figura de la Dra. Liliam Ismenia Romero Lanza, amiga y mentor de muchos colegas a nivel nacional. Se recordará una figura insustituible que dejó huella en el Hospital Regional de Occidente.

Finalmente, el espacio para trabajos libres gozará de un espacio continuo electrónico para la presentación durante todo el congreso y las premiaciones de los mejores trabajos libres en modalidad de presentación oral y póster se entregarán en la ceremonia de clausura. A todos los integrantes del Comité Organizador de nuestro congreso anual 2023 les doy mi más sincero agradecimiento por su dedicación e interés en la creación de este estupendo programa; y a todos nuestros colegas les reitero nuestro compromiso en brindarles un programa de alta calidad científica para el provecho de todos los asistentes.

Sean ustedes bienvenidos a este LXV Congreso Médico Nacional.

Dra. Laura Mejía
Presidenta
Congreso Médico Nacional 2023

LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL SANTA ROSA DE COPÁN 2023

MENSAJE DE BIENVENIDA DEL COORDINADOR DEL COMITÉ CIENTÍFICO

Queridos colegas:

Es para mí un placer y honor ofrecer palabras de bienvenida en el marco de nuestro LXV Congreso Médico Nacional 2023 “Presente y Futuro de la Medicina en Honduras: mucho que hacer, Mucho que aprender” en homenaje a una gran maestra de generaciones la Dra. Liliam Ismenia Romero, mismo que tendrá lugar en nuestra bella ciudad de Santa Rosa de Copán. Durante este evento se desarrollará un programa científico atractivo, prestigiado por invitados tanto nacionales como internacionales y sobre todo con la participación activa de colegas copanecos, que le darán el marco necesario e imprescindible a esta gran reunión nacional.

Vamos a presentar en nuestro Congreso diferentes cursos, actividades monotemáticas, conferencias, mesa redonda, presentación de trabajos libres en modalidad oral y póster, siendo el congreso que cuenta con la mayor cantidad de trabajos libres presentados (106 trabajos libres, 69 en modalidad oral y 37 en modalidad póster). Desde hace un año que el Comité Científico está trabajando para el éxito de este congreso y nos preparamos para darle el mayor rigor científico modificando también la forma de enseñanza ya que no solo recibiremos información en forma presencial, sino que de manera virtual.

Asimismo, es escenario propicio para reconocer con orgullo el empeño, la disciplina y el trabajo de egresados ilustres de nuestra Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras; tal es el caso de la Dra. Liliam Ismenia Romero quien ha llevado lejos la imagen no solo de la Universidad sino del Hospital de Occidente, y sirve como ejemplo a las nuevas generaciones para emular sus dotes de brillante persona, maestra y médico.

Agradezco a la directiva del Comité Organizador por la confianza que han tenido al designarme como presidente del Comité Científico y por colaborar arduamente en la elaboración de dicho programa, a todos nuestros colegas se les reitera que se les brindará un contenido de alta calidad y esperamos que sea del interés para cada uno de los asistentes de este extraordinario evento.

Bienvenidos colegas a nuestro Congreso Médico Nacional 2023, Santa Rosa de Copán, la Ciudad del buen café.

Dr. Engels Sandoval
Coordinador Comité Científico



**LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

**PALABRAS DE INAUGURACIÓN DE LA PRESIDENTA
DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS**



Como representante de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, con mucha emoción doy la bienvenida a cada uno de los médicos y afines participantes, expositores y organizadores del evento científico más importante de nuestro gremio a nivel nacional. Iniciare agradeciendo a Dios todo poderoso por permitirnos la vida, la salud y la motivación para participar de este acontecimiento científico que disfrutaremos como un nutriente académico.

Continuaré expresando mi admiración y reconocimiento por el Comité Organizador presidido por la Dra. Artemisa Padilla Sánchez, quienes trabajaron conjuntamente con el Centro Nacional de Educación Médica Continua (CENEMEC), dirigido por la Dra. Melissa Mejía y con el Consejo Editorial de la Revista Médica Hondureña, direccionada por la Dra. Jackeline Alger. Agradezco a este equipo que trabajaron haciendo ciencia con sus conocimientos, con sus experiencia y con los datos de sus pacientes traduciéndolo en el diseño de un programa científico actualizado y acorde a las necesidades teóricas y prácticas de nuestra realidad, ajustado de forma que dé la oportunidad a los participantes de comentar su experiencias, consultar dudas y aportar su discernimiento; todo con el objetivo final de ser aplicado en nuestros pacientes y en nuestra diaria labor y dar vida para la humanidad. Este laborioso equipo invirtió tiempo, entusiasmo y coordinación en generar un encuentro de aprendizaje médico, de convivencia social y de unión gremial para interes de todas las generaciones médicas y por eso lo nominó "Presente y futuro de la medicina en Honduras, mucho que hacer, mucho que aprender".

El LXV Congreso Médico Nacional 2023 aportará a nuestros conocimientos en todas las áreas de la medicina y la investigación científica, contribuirá en humanizar aún más tu sensibilidad social, ayudará a reforzar los lazos entre médico y paciente, por ser parte necesaria en la obtención de la salud y se brindará homenaje a la vida ejemplar de la Dra. Lilian Ismenia Romero Lanza. Todo mi agradecimiento a los expositores nacionales e internacionales, a cada uno de los productores y auspiciantes del LXV COMENAC, ya que con su valioso aporte se ha logrado este suceso histórico. El deseo de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras es que se deleiten por estos cuatro días de enseñanzas, disfruten de las novedades científicas y de los eventos sociales coordinados para usted.

Dra. Helga Indiana Codina Velásquez
Presidenta del Colegio Médico de Honduras

LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL SANTA ROSA DE COPÁN 2023

DRA. LILIAM ISMENIA ROMERO

RESEÑA BIOGRÁFICA



La Dra. Liliam Ismenia Romero Lanza nació en la ciudad de Tegucigalpa, capital de la República, el 22 de Julio de 1962. Hija de Don Rufino Sebastián Romero Ochoa y Doña Consuelo Lanza Durón; hermana mayor de 4 hermanos (Marlen, Rufino y Jenny). En 1983 contrajo nupcias con el Dr. Raúl Zelaya en Tegucigalpa, procreando dos hijas: Lillian Elizabeth y Marcela María Zelaya Romero. Sus nietos Raúl, Sebastián y Jorge Alberto, hijos de Lillian Elizabeth.

Cursó sus estudios primarios en la Escuela José Cecilio del Valle y la secundaria en el Instituto Tegucigalpa y Escuela Normal Mixta Pedro Nuño obteniendo el título de Maestra de Educación Primaria. Inició sus estudios universitarios en 1981 en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, donde obtuvo el título de Médico y Cirujano en 1990, alcanzando así su mayor sueño. En los años sucesivos, continúa su preparación académica, especializándose en el área de Pediatría, graduándose en 1994, siempre distinguida por sus calificaciones sobresalientes, destacándose desde su infancia por ser líder, alegre y muy participativa.

A lo largo de su amplia trayectoria profesional ha ostentado múltiples cargos importantes: Laboró en el IHSS en 1995, mismo año en el que tuvo la oportunidad de ejercer en el Hospital de Occidente de forma permanente, por lo que decide trasladarse a vivir a la ciudad de Santa Rosa de Copán, ostentando la jefatura del Departamento de Pediatría hasta su jubilación; gestionando con su liderazgo la amplitud y modernización del área de Recién Nacidos. Además, se convierte en parte fundamental en la docencia de dicho Hospital, hasta llegar a ser la Coordinadora General de Docencia para el Internado Rotatorio durante muchos años (1996-2011).

Actualmente como médico jubilado se mantiene activa en su quehacer privado. A través de toda su trayectoria nos deja un inmenso legado: su humanismo, honestidad, integridad y su elevada escala de valores, principios y virtudes.

Por todo lo anteriormente descrito y más, para el personal de salud en general, para el gremio médico y para el Comité Organizador en particular es una enorme satisfacción rendirle homenaje en este magno evento científico a tan connotada profesional.

¡Enhorabuena a la Dra. Liliam Ismenia Romero Lanza y su maravilloso legado!

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

**CURSO PRECONGRESO
ÉTICA MÉDICA**

**MIÉRCOLES 25 DE OCTUBRE DE 2023
SALÓN DOS, HOTEL PLAZA ALICIA**

HORA	TEMA	EXPOSITOR
MODERADORES: Dr. Mario Valladares, Dra. Monique Masso, Dr. Hugo Ramírez		
08:00	Inauguración	Dra. Helga Codina
08:10	Relación médico-paciente	Dra. Carolina Fortín
08:40	Consentimiento informado	Dr. Guímel Peralta
09:10	Ética en la educación	Dr. Saíd Álvarez
09:40	El derecho humano a la salud	Dra. Carolina Fortín
10:20	Aspectos medicolegales de la emisión de certificados de incapacidad laboral temporal	Dr. Guímel Peralta
10:50	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	
11:00	REFRIGERIO	
11:20	Ética en la práctica médica	Dr. Saíd Álvarez
11:50	Responsabilidad profesional	Dra. Carolina Fortín
12:20	Secreto médico	Dr. Guímel Peralta
12:50	Seguridad del paciente	Dr. Saíd Álvarez
13:20	Problemas legales que genera la administración de servicios de salud	Dra. Carolina Fortín
13:50	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

C (Conferencia) TL (Trabajo libre)

**JUEVES 26 DE OCTUBRE DE 2023
CASINO COPANECO**

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
MODERADORES: Dr. Roberto Sanabria, Dra. Grecia Cantillano, Dr. Felipe Maradiaga			
08:00	1C	Presente y futuro de la medicina en Honduras	Dr. Manuel Sierra
08:30	2C	Istmocele: un gran problema obstétrico con serias consecuencias en gineco-obstetricia	Dra. Yoísis Verrier
09:00	3C	La preeclampsia: un desafío materno-perinatal	Dra. Yoísis Verrier
09:30	1TL	Síndrome de corazón de fiesta en emergencia	Dra. Michelle Gutiérrez
09:45	2TL	Evaluación del neurodesarrollo de niños normocefálicos nacidos de embarazadas expuestas y no expuestas al virus de Zika	Dra. Jackeline Alger
10:00	3TL	Iniciativa de Innovación Social en Salud de América Latina y el Caribe (SIHI LAC/Nodo Honduras): experiencia impulsando la innovación social en los sistemas sanitarios de Mesoamérica	Dra. Scarlet Rodas
10:15	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
10:25	REFRIGERIO		
10:45	4TL	Pubertad precoz periférica en una niña secundaria a tumor de cordones sexuales con túbulos anulares	Dr. Guillermo Villatoro
11:00	5TL	Melanoma intraoral gigante con extensión gástrica	Dr. Luis Pinto
11:15	4C	Intervención nutricional y control glicémico, una experiencia clínica	Dr. Óscar Badilla
11:45	5C	Impacto del sobrepeso y obesidad en la salud femenina	Dr. Óscar Badilla
12:15	6TL	Uso de neuronavegación en la cirugía de epilepsia: reporte de caso	Dra. Helena Zelaya
12:30	7TL	Uso de neuronavegación en epilepsia secundaria a quiste por neurocisticercosis: reporte de caso	Dra. Jennifer Tábor
12:45	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
13:00	ALMUERZO		
MODERADORES: Dr. Jesús Santos, Dra. Bibi Juárez, Dr. Carlos Ordóñez			
13:30	8TL	Implante de stent en tronco coronario izquierdo: experiencia de tres años en un centro de cardiología intervencionista	Dr. Francisco Somoza
13:45	9TL	Síndrome de enclaustramiento secundario a microhemorragia pontina	Dr. Dylan Maldonado
14:00	6C	Impacto en el embarazo y efectos en el neurodesarrollo de los fármacos anticrisis	Dra. Jordana Zalcman
14:30	7C	Como practicar la proactividad en el manejo de asma bronquial	Dra. Juliana Beltrán
15:00	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

C (Conferencia) TL (Trabajo libre)

**JUEVES 26 DE OCTUBRE DE 2023
SOCIEDAD COPANECA DE OBREROS**

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
MODERADORES: Dr. Edy Solís, Dr. Diego Paz, Dra. Denia Romero			
08:00	8C	Psicofarmacología en el embarazo y lactancia: un desafío para el médico clínico	Dr. Álex Alcerro
08:30	9C	Termo-ablación en lesiones precancerosas de cérvix	Dr. Miguel Crespín
09:00	10C	Candidiasis vaginal, cuando la recurrencia es el problema	Dr. Miguel Crespín
09:30	10TL	Hematocolpos secundario a himen imperforado: una rara causa de abdomen agudo	Dr. Marco Urquía
09:45	11TL	Eclampsia y miocardiopatía periparto: una peligrosa pero infrecuente asociación. Reporte de caso	Dr. Marco Urquía
10:00	12TL	Leucemia linfoblástica aguda en el lactante: un caso infrecuente	Dr. Enrique Medina
10:15	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
10:25	REFRIGERIO		
10:45	13TL	Histoplasmosis diseminada y tuberculosis extrapulmonar, infecciones oportunistas simultáneas en paciente con VIH	Dr. Brayan Vargas
11:00	14TL	Miopatía en el contexto de enfermedad tiroidea autoinmune con carcinoma papilar de tiroides. A propósito de un caso	Dr. Luis Rodríguez
11:15	15TL	Resección de hemangioma cavernoso en región facial: reporte de caso	Dra. Cindy Williams
11:30	16TL	Tamiz neonatal: experiencia en el Instituto Hondureño de Seguridad Social	Dra. Sandra Velásquez
11:45	17TL	Caracterización clínica de crisis hipertensivas en población adulta del Hospital de Occidente, de enero a diciembre de 2022	Dra. Dania Matamoros
12:00	18TL	Terapia de supresión ácida: indicaciones y perfil de pacientes de medicina interna y cirugía. Hospital Santa Bárbara Integrado, Honduras 2021	Dr. Obdulio González
12:15	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
12:30	ALMUERZO		
MODERADORES: Dr. Mario Valladares, Dr. Karla Fúnez, Dra. Kenia Acosta			
13:10	19TL	Factores asociados al control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Manuel de Jesús Subirana, Yoro	Dra. María José López
13:25	20TL	Caracterización epidemiológica de casos de absceso hepático reportados en el Hospital de Puerto Lempira, Honduras, 2021	Dra. Katina Mejía
13:40	21TL	Presentación clínica y la respuesta al tratamiento del síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico en el Hospital de Occidente de enero a diciembre 2022	Dra. Diana Arita
13:55	22TL	Condiciones epidemiológicas de leishmaniasis cutánea en indígenas pech, propuesta de intervención, Santa María del Carbón, Olancho, Honduras	Dr. Alexander Durón
14:10	23TL	Incrementando la capacidad investigativa del Postgrado de Medicina Física y Rehabilitación, Universidad Nacional Autónoma de Honduras	Dra. Edna Maradiaga
14:25	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

C (Conferencia) TL (Trabajo libre)

**JUEVES 26 DE OCTUBRE DE 2023
GIMNASIO MUNICIPAL**

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
MODERADORES: Dr. Douglas Carranza, Dra. Glenda Benítez, Dra. Marisol Hernández			
08:00	11C	Actualidad en neurocirugía endoscópica	Dr. Osly Vásquez
08:30	12C	Alternativas en el tratamiento de fracturas a nivel de la segunda vertebra cervical	Dr. Osly Vásquez
09:00	13C	Mamoplastia de aumento	Dr. Emerson Medina
09:30	24TL	Utilidad de la endoscopia digestiva en la valoración del reflujo gastroesofágico asociado a enfermedades respiratorias en niños preescolares y escolares	Dr. Marlon Fernández
09:45	25TL	Incidencia de sobrecrecimiento intestinal bacteriano en niños escolares con dolor abdominal recurrente utilizando la prueba de hidrógeno espirado	Dr. Marlon Fernández
10:00	26TL	Incidentaloma suprarrenal como forma de presentación de feocromocitoma: Reporte de caso	Dra. Julia Hernández
10:15	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
10:25	REFRIGERIO		
10:45	27TL	Evaluación de la calidad de los servicios de atención de los establecimientos de salud en el departamento de Islas de la Bahía, Honduras en 2022	Dr. Óscar Castejón
11:00	28TL	Caso clínico: cuidados paliativos, atención integral y necesidad de atención	Dr. Bayron Degrandes
11:15	14C	Asfixia neonatal	Dr. José Andrés González
11:45	15C	Enfrentando la sepsis neonatal: avances y desafíos en el cuidado de los recién nacidos	Dr. Mario Torres
12:15	29TL	Síndrome del niño maltratado: a propósito de un caso	Dr. Mario García
12:30	30TL	Violencia contra la mujer: a la sombra de una pandemia	Dra. Polet Portillo
12:45	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
13:00	ALMUERZO		
MODERADORES: Dr. Joshua Rodríguez, Dra. Yenny Tábor, Dr. Israel López			
13:30	31TL	Muerte violenta en menores de 5 años registrada en hospitales públicos, 2013-2022	Dra. Alejandra Ventura
13:45	32TL	Disparidades en la formación en reanimación cardiopulmonar entre médicos de cinco países de América Latina	Dra. Norma Murillo
14:00	16C	El impacto de la evaluación formativa en la educación médica	Dr. Jhiamluka Solano
14:30	17TC	El arte de dar malas noticias, de la teoría a la práctica	Dr. Jhiamluka Solano
15:00	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

C (Conferencia) TL (Trabajo libre)

**JUEVES 26 DE OCTUBRE DE 2023
SALÓN LOS PINOS, HOTEL CASA REAL**

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
MODERADORES: Dr. Deris Cálix, Dra. Scarlett Figueroa			
13:00	18C	Evaluación integral del pie diabético. Enfoque ortopédico	Dr. Vernon Hernández
13:30	19C	Evaluación integral del pie diabético. Enfoque Vascular	Dr. Melvin Castillo
14:00	33TL	Síndrome de Ogilvie: reporte de caso	Dr. Edgardo Juárez
14:15	34TL	Perforación de divertículo de Meckel por cuerpo extraño inusual	Dr. Eduardo Perdomo
14:30	35TL	Hipertrigliceridemia severa en emergencia	Dr. Eddy Martínez
14:45	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
15:00	REFRIGERIO		

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

C (Conferencia) TL (Trabajo libre)

**JUEVES 26 DE OCTUBRE DE 2023
SALÓN LA TERRAZA, HOTEL PLAZA ALICIA**

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
MODERADORES: Dr. Deris Cálix, Dra. Scarlett Figueroa			
13:00	18C	Geo salud y atención primaria en salud	Dr. Engels Sandoval
13:30	19C	Gestión de la información integrada en el Sistema Nacional de Salud	Lic. Fernando Ponce
14:00	33TL	Expediente electrónico en la gestión de salud pública	Dr. Luis Ordóñez
14:30	35TL	Lecciones aprendidas sobre la pandemia y estrategias innovadoras para el abordaje epidemiológico de brotes	Dr. Manuel Sierra
14:45	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
15:00	REFRIGERIO		

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

C (Conferencia) TL (Trabajo libre)

**VIERNES 27 DE OCTUBRE DE 2023
CASINO COPANECO**

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
MODERADORES: Dr. Mario Valladares, Dr. Carlos Ordóñez, Dr. Carlos Leiva			
08:00	24C	Lipoescultura	Dr. Emerson Medina
08:30	25C	Estadificación de la insuficiencia venosa crónica	Dr. Melvin Castillo
09:00	26C	Úlceras vasculares y su manejo	Dr. Juan Ramón Barón
09:30	36TL	Caracterización de síndrome post COVID en adultos mayores de 18 años, Jacaleapa, El Paraíso, 2023	Dra. Etni Rosa
09:45	37TL	Prevalencia de discapacidad asociada a SARS-CoV-2 en adultos, primer año de pandemia, Jacaleapa, El Paraíso	Dra. Alejandra Fúnez
10:00	38TL	Evaluación de los pacientes con endocarditis infecciosa de válvula nativa tratados mediante cirugía	Dr. David Dubón
10:15	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
10:25	REFRIGERIO		
10:45	39TL	Trastorno de ansiedad generalizada en médicos internos de la región norte de Honduras 2022	Dr. Douglas Banegas
11:00	40TL	Sistemas más afectados en síndrome post COVID-19 (SPC) en pacientes atendidos por médicos en servicio social, UNITEC 2023	Dra. María José Rodas
11:15	27C	Los trastornos digestivos funcionales de los lactantes: de Roma IV a V	Dr. Óscar Banegas
11:45	28C	Técnicas de mapeo cerebral	Dr. Rafael Aguilar
12:15	41TL	Caracterización de la disfunción tiroidea en pacientes con <i>diabetes mellitus</i> tipo 1 y 2	Dr. Jesús Santos
12:30	42TL	Caracterización sociodemográfica y factores asociados en pacientes con intento autolítico que asisten a la emergencia del Hospital de Occidente	Dra. Monique Masso
12:45	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
13:00	ALMUERZO		
MODERADORES: Dra. Glenda Benítez, Dr. Darwin Maldonado, Dra. Ana Pagoaga			
13:30	43TL	Síndrome de burnout y calidad de vida laboral percibida en los médicos que laboran en el Servicio de Emergencia de dos hospitales públicos de San Pedro Sula, Honduras, 2022	Dra. Elizabeth Casco
13:45	44TL	Conocimientos, actitudes y características sociodemográficas del personal médico en la atención de mujeres víctimas de violencia basada en género, Honduras 2022	Dr. Palermo Rivera
14:00	29C	Actualidad en reconstrucción de extremidad superior en Honduras	Dr. Elvin Rodas
14:30	30C	Manejo de las lesiones de mano en atención primaria	Dr. Elvin Rodas
15:00	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

C (Conferencia) TL (Trabajo libre)

**VIERNES 27 DE OCTUBRE DE 2023
SOCIEDAD COPANECA DE OBREROS**

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
MODERADORES: Dr. Edy Solís, Dra. Helen López, Dr. Jesús Santos			
08:00	31C	Deficiencia de hierro en pacientes renales crónicos con y sin anemia	Dr. Manuel Rocha
08:30	32C	Guías europeas de síndrome coronario agudo: ¿qué hay de nuevo?	Dr. Óscar Alvarenga
09:00	33C	Reproducción asistida: avances y retos	Dra. Fátima Martínez
09:30	45TL	Presentación fulminante de una paciente con diabetes mellitus tipo 2 en cetoacidosis metabólica: a propósito de un caso	Dra. Scarlet Rodas
09:45	46TL	Alteraciones neurológicas secundarias a espondilodiscitis tuberculosa: reporte de caso de mal de Pott	Dra. Dulce Escalante
10:00	47TL	Ataxia de Friedreich: rehabilitar es dar calidad de vida	Dra. Nadia Cubas Vega
10:15	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
10:25	REFRIGERIO		
10:45	48TL	<i>Bacillus cereus</i> : más allá de una gastroenteritis aguda	Dra. Lilian Dubón
11:00	49TL	Cetoacidosis diabética euglucémica en paciente con uso de inhibidores de SGLT-2: a propósito de un caso	Dr. Alejandro Arriaza
11:15	50TL	Ventrículo único: reporte de un caso	Dr. Edil Argueta
11:30	51TL	Reporte de caso sobre aspergilosis pulmonar invasora en una paciente asmática inmunocompetente del Hospital Escuela	Dra. Wendy Arias
11:45	52TL	Reporte de caso de hipertensión portal izquierda secundaria a pseudoquiste pancreático	Dr. Olvin Castro
12:00	53TL	Síndrome del "hombre en barril" o flail-arm como variante de la esclerosis lateral amiotrófica: a propósito de un caso	Dra. Jessica Henríquez
12:15	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
12:30	ALMUERZO		
MODERADORES: Dr. Edy Figueroa, Dr. Kevin Varela, Dra. Marlyn Donaire			
13:10	54TL	Uso de plasmaféresis en síndrome de Guillain-Barré: reporte de caso	Dra. Luisa Ríos
13:25	55TL	Sindemia diabetes y tuberculosis	Dra. Fernanda Manzanares
13:40	56TL	Factores asociados a calidad de vida en niños con epilepsia en la consulta externa de neurología pediátrica, Hospital Escuela	Dra. Melba Zúñiga
13:55	57TL	Importancia de la salud global en el currículo de formación médica	Dr. inf. Pedro Fernández
14:10	58TL	Fomento del uso responsable de la inteligencia artificial en salud: experiencia construyendo una comunidad de práctica global	Dr. Bryain Maradiaga
14:25	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

C (Conferencia) TL (Trabajo libre)

**VIERNES 27 DE OCTUBRE DE 2023
GIMNASIO MUNICIPAL**

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
MODERADORES: Dr. Dany Tábor, Dr. Raúl Madrid, Dra. Lesly Toro			
08:00	34C	La nueva epidemia: los trastornos del lenguaje	Dr. Óscar Ponce Barahona
08:30	35C	Vacunación a pacientes en esplenectomía, hemodiálisis y trasplante	Dr. Óscar Ponce Quesada
09:00	36C	Cuidados Paliativos: una necesidad en la atención	Dr. Bayron Degrandes
09:30	59TL	Diabetes mellitus tipo 2, factores modificables y perfil epidemiológico en adultos atendidos en el Centro Integral de Salud Choloma, Cortés 2022-2023.	Dr. Allan Ayala
09:45	60TL	Gastritis por <i>Helicobacter pylori</i> , incidencia y correlación clínica en pacientes atendidos en Unidades de Salud de zona noroccidental de Honduras 2022-2023	Dr. Fernando Banegas
10:00	61TL	Conocimientos sobre el SIDA que poseen los estudiantes de último año de la carrera de medicina en servicio social de Cortés, Honduras, 2023	Dra. Gina Meza
10:15	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
10:25	REFRIGERIO		
10:45	62TL	Factores que inciden en la aceptación del implante subdérmico de regulación hormonal etonogestrel: estudio multicéntrico norte de Honduras 2020-2021	Dra. Heydy Ayala
11:00	63TL	Hipoalbuminemia, factor predictivo de morbilidad y mortalidad en sepsis neonatal temprana	Dra. Ástrid Sevilla
11:15	37C	Avances en el tratamiento de la migraña	Dr. Allan Álvarez
11:45	38C	Comparando corticoides nasales en pediatría	Dr. Daniel Pazzetti
12:15	64TL	Regresión lineal de marcadores laboratoriales extraídos de muestra de cordón umbilical como modelo de predicción de estancia hospitalaria	Dra. Ástrid Sevilla
12:30	65TL	Diagnosticando sepsis neonatal temprana, eficaz y oportunamente	Dra. Ástrid Sevilla
12:45	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
13:00	ALMUERZO		
MODERADORES: Dr. René Tábor, Dr. Juan Carlos Chávez, Dra. Carmen Alvarenga			
13:30	66TL	Revista Médica Hondureña: participación en la ciencia abierta y el acceso abierto no comercial	Dra. Jackeline Alger
13:45	67TL	Enfermedad de Graves- Basedow con oftalmopatía severa	Dra. Lesby Espinoza
14:00	39C	Enfermedad renal crónica, efectos de la dapaglifozina, estudio DAPA-CKD.	Dr. Dany Tábor
14:30	40C	Hablemos de resistencia antibiótica	Dra. María Carignano
14:25	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

C (Conferencia) TL (Trabajo libre)

**VIERNES 27 DE OCTUBRE DE 2023
AULA DE CLASES HOSPITAL DE OCCIDENTE**

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
MODERADORES: Dr. Hugo Ramírez, Dra. Keylin Herrera			
10:00	41C	Ultrasonido FAST (ecografía abdominal focalizada en trauma): uso en evaluación inicial de paciente politraumatizado, partes I y II	Dr. Roberto Sanabria Dra. Brenda Navarrete

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

C (Conferencia) TL (Trabajo libre)

**VIERNES 27 DE OCTUBRE DE 2023
SALÓN LA TERRAZA, HOTEL PLAZA ALICIA**

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
MODERADORES: Dra. Denia Romero, Dr. César Batres			
13:00	42C	Indicaciones de tomografía cerebral en traumatismo craneoencefálico leve. Parte I y II.	Dr. Roberto Álvarez Dr. Jorge Brito
13:30	43C	Abdomen agudo en los extremos de la vida	Dr. Bladimir Irías
14:00	44C	Manejo integral de la diabetes mellitus	Dra. Irma De Vicente
14:30	68TL	Pandemia en Honduras: oportunidad para investigar función y discapacidad asociada a COVID-19 desde la academia	Dr. José Elpidio Sierra
14:45	69TL	Hemorragia intraventricular secundaria a enfermedad de moyamoya. Reporte de caso	Dr. José Raúl Mata
14:45	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
15:00	REFRIGERIO		

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

C (Conferencia) TL (Trabajo libre)

**VIERNES 27 DE OCTUBRE DE 2023
SALÓN LOS PINOS, HOTEL CASA REAL**

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
MODERADORES: Dr. Deris Cálix, Dr. Joshua Rodríguez			
13:00	45C	Definición y clasificación de las epilepsias	Dr. Arnold Thompson
13:30	46C	Semiología de las epilepsias	Dr. Marco Tulio Medina
14:00	47C	Epilepsias en la mujer	Dra. Sofía Dubón: parte I Dra. Kadie Paz: parte II
14:30	48C	Epilepsias del lóbulo temporal	Dr. Rafael Aguilar
15:00	Plan estratégico de la OMS para las epilepsias y otras enfermedades neurológicas. (Todos los participantes)		
15:30	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
15:40	REFRIGERIO		

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

C (Conferencia) TL (Trabajo libre) CMR (Conferencia mesa redonda)

**SÁBADO 28 DE OCTUBRE DE 2023
GIMNASIO MUNICIPAL**

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
MODERADORES: Dr. Allan Hernández, Dr. Fermín Zúniga, Dra. Yenny Tábora			
08:00	49C	Beneficios de dapaglifozina en el continuum cardiovascular	Dr. César Somoza
08:30	50C	Esquizofrenia, descripción clínica y manejo farmacológico	Dr. Héctor Velásquez
09:00	51C	La memoria asociada al envejecimiento ¿representa un proceso normal o patológico?	Dra. Mariela Morales
09:30	52C	Bases terapéuticas para el manejo del dolor: escalones 1 y 2 de la escalera analgésica OMS	Dr. Iván Guayasamín
10:15	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
10:25	REFRIGERIO		
MODERADORES: Dr. Allan Hernández, Dr. Fermín Zúniga, Dra. Yenny Tábora			
10:45	1CMR	Abordaje multisistémico del síndrome de Down	Dra. Paola Pagoaga Dra. Lidia Prado Dr. Óscar Ponce Dra. Lesby Espinoza Dra. Karla Fúnez Dr. Douglas Carranza
12:45	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
13:00	CLAUSURA DEL LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL		

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

TRABAJOS LIBRES

PRESENTACIÓN EN MODALIDAD DE PÓSTER

**JUEVES 26 AL VIERNES 27 DE OCTUBRE 2023
CASA DEL MAESTRO**

CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
70TL	Comportamiento clínico del COVID-19 en la paciente obstétrica del occidente de Honduras: estudio de casos y controles	Dr. Carlos Claudino
71TL	Analizando la tasa de operación cesárea según clasificación de Robson en Hospital de Occidente, Copán, Honduras	Dr. Carlos Claudino
72TL	Incendios forestales: impacto en la salud	Dra. Polet Portillo
73TL	Detectando posible falla terapéutica de forma temprana	Dra. Ástrid Sevilla
74TL	Síndrome de Moyamoya: reporte de caso complejo	Dr. Mauricio Zavala
75TL	Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal: reconociendo su trayectoria de tres décadas (1993-2023)	Dra. Jackeline Alger
76TL	Utilidad de la escala NICE en manejo de sepsis neonatal temprana	Dra. Ástrid Sevilla
77TL	Acceso universal a información sanitaria confiable: una consulta global de HIFA, agosto 2023	Dra. Jackeline Alger
78TL	Origen anómalo de las arterias coronarias: reporte de un caso	Dr. David Yanes
79TL	Factores asociados a la exposición ocupacional al virus de inmunodeficiencia humana en personal sanitario. Servicio de atención integral Hospital Nacional Mario Catarino Rivas 2019-2021	Dr. Pablo Mejía
80TL	Cirrosis biliar primaria: patología subdiagnosticada	Dra. Delmy Castillo
81TL	Macroprolactinoma con buena respuesta al tratamiento médico	Dr. Guillermo Villatoro
82TL	Intususcepción de íleon terminal idiopática: causa inusual de obstrucción intestinal y hemorragia digestiva media en un adulto	Dr. Luis Pinto
83TL	Tras la huella del cáncer lingual: hallazgos radiológicos y seguimiento por tomografía. Serie de casos, Instituto Hondureño de Seguridad Social.	Dra. Rina Díaz
84TL	Angiostrongiliasis: causa poco común de obstrucción intestinal, reporte de caso	Dr. José Chavarría
85TL	Púrpura trombocitopénica trombótica: a propósito de caso	Dra. Karel Escoto
86TL	Linfocitosis hemofagocítica asociada a fiebre de origen desconocido: reporte de caso	Dra. Vilma Gómez
87TL	Miositis viral: reporte de un caso	Dr. Enrique Medina
88TL	Extrofia cloacal: malformación anorrectal compleja	Dra. María Galindo
89TL	Brucelosis recurrente: reporte de caso	Dra. Frances Estrada
90TL	Histoplasmosis diseminada: a propósito de un caso	Dra. Ana Rodríguez
91TL	Toracoscopía médica en el manejo del derrame para neumónico complicado	Dr. Dylan Maldonado
92TL	Hepatitis aguda por influenza A. Reporte de caso	Dr. Fermín Zúñiga
93TL	Presentación atípica de lupus eritematoso sistémico	Dra. Roberly Medina
94TL	Glomangiopericitoma nasosinusal: a propósito de un caso	Dr. Jorge García

95TL	Síndrome medular completo secundario a mielitis infecciosa causada por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> . Informe de caso	Dra. Sonya Díaz
96TL	Prevalencia de impedimentos visuales en escolares del Distrito Central, Honduras de octubre 2022 a marzo 2023	Dra. Nicolle Sánchez
97TL	Conectar excelencia y compartir conocimientos para mayor equidad en la investigación sanitaria: experiencia de The Global Health Network Latinoamérica	Dra. Jackeline Alger
98TL	Efectos de la violencia intrafamiliar en edades pediátricas	Dra. Laura Mejía
99TL	Caracterización sociodemográfica y clínica de pacientes diagnosticados con tumores cerebrales, Hospital de Occidente y Centro Médico Santa Rosa.	Dra. Helen López
100TL	Proporción de estrongiloidiasis y factores asociados: análisis de 13 años de resultados de laboratorio en un hospital de tercer nivel de Honduras, 2010-2022	Dra. Jackeline Alger
101TL	Infecciones de la columna vertebral y las meninges: rol de los estudios de imagen. Serie de casos del Instituto Hondureño de Seguridad Social y Hospital Escuela Universitario de Tegucigalpa	Dr. Jorge García
102TL	Lesión tumoral extradural a nivel de vértebras cervicales C3-C5 en paciente pediátrico. Reporte de caso	Dra. Ana Rodríguez
103TL	Tuberculosis genital simulando una neoplasia vesical: reporte de caso	Dra. Laura Tábora
104TL	Telangiectasia hemorrágica hereditaria: reporte de caso	Dra. Laura Tábora
105TL	Prevalencia y factores de riesgo para síndrome metabólico en funcionarios de la Policía Nacional, agosto a septiembre 2022	Dr. Elías Elvir
106TL	Factores socioculturales y clínicos asociados a los trastornos del sueño en pacientes geriátricos, centros de salud de Sambo Creek, La Ceiba, La Misión, Gracias, El Cile y Danlí, 2019	Dr. Engels Sandoval

LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL SANTA ROSA DE COPÁN 2023

CEREMONIA INAUGURAL Y COCTEL DE BIENVENIDA

Programa

Miércoles 25 de Octubre

Maestro de Ceremonia: Dr. Carlos Manuel Padilla López

Local: Colegio de Abogados

Vestimenta: Formal

Hora: 18:00 hrs a 22:00 hrs

Conformación de la Mesa Principal

Dra. Helga Codina, Presidenta Colegio Médico de Honduras

Dr. Lennin Paz, Delegado del CMH por el Departamento de Copán

Dra. Laura Mejía, Presidenta COMENAC 2023

Dra. Liliam Romero, Profesional a quien se le rinde homenaje

Sr. Aníbal Alvarado, Alcalde Municipal

Actos Protocolarios

1. Saludo y conformación de la mesa principal. Maestro de ceremonia
2. Invocación a Dios por Monseñor Darwin Andino
3. Himno Nacional Dirigido por Lic. Yari Pinto
4. Himno a Santa Rosa de Copán por Lic. Yari Pinto
5. Palabras de Bienvenida e inauguración por la Dra. Laura Mejía
6. Palabras de Homenaje a la Dra. Liliam Romero por la Dra. Helga Codina
7. Video Biográfico a la Homenajeada Dra. Liliam Romero
8. Entrega de Reconocimientos por:
 - Dra. Laura Mejía y Dra. Artemisa Viana, Junta Directiva COMENAC 2023
 - Dr. Lennin Paz, Delegación Médica de Copán
 - Dr. Douglas Carranza, Presidente del Capitulo Noroccidental de Pediatría
 - Dra. Marith López, Directora Hospital de Occidente
 - Dra. Paola Pagoaga, Jefe Departamento de Pediatría, Hospital de Occidente
9. Video Sorpresa
10. Palabras de la Homenajeada Dra. Liliam Ismenia Romero
11. Brindis por el Dr. Lennin Paz
12. Show Musical

**LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

**Programa Fiesta Disco Super Héroes
Jueves 26 de Octubre**

Horario: 19:00 hrs a 1:00 a.m.

Local: Colegio de Abogados

Vestuario Tema: casual (disfraz o camiseta de super héroes)

Grupo Musical: Fiesta Disco, DJ. / Pilo Tejeda

1. Bienvenida Dra. Carolina Perdomo
2. Apertura de la fiesta por la Dra. Liliam Romero
3. Evento Sorpresa

**LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

**Programa Fiesta Rockera Post Turno
Viernes 27 de Octubre**

Horario: 19:00 hrs a 1:00 a.m.

Local: Colegio de Abogados de Honduras

Vestuario Tema: Casual estilo roquero/ Scrubs Negro

Grupo Musical: Barco de Tarsis / Banda Alux Nahual / Disco y D. J.

1. Bienvenida Dr. Lenin Paz
2. Inauguración de la Fiesta

**LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

**Programa Ceremonia de Clausura
Sábado 28 de Octubre**

Horario: 12:30 hrs a 14:00 hrs

Local: Gimnasio Municipal

Maestro de Ceremonia: Dr. Carlos Manuel Padilla

1. Palabras de Invocación y agradecimiento a Dios, Dra. Alma Rodríguez
2. Palabras de Clausura, Dra. Laura Mejía COMENAC 2023
3. Premiación de trabajos libres en modalidad de presentación oral y póster por Comité Científico y Jurado Calificador
4. Juramentación de Nueva Junta Directiva COMENAC 2024, Dra. Helga Codina
6. Presentación de Video Promocional
7. Cierre: Concierto de Marimba

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

CURSO PRECONGRESO

TALLER RECURSOS DE INFORMACIÓN EN SALUD

MIÉRCOLES 25 DE OCTUBRE, 2023
SALÓN LA TERRAZA, HOTEL PLAZA ALICIA

OBJETIVOS

1. Incrementar el uso de los recursos de información ofrecidos a través del Aula E-Learning del Colegio Médico de Honduras, la Biblioteca Virtual en Salud Honduras (BVS-HN) y los programas: RESEARCH4LIFE: HINARI.
2. Fomentar la utilización de los gestores de referencias bibliográficas, como herramienta de apoyo a la academia e investigación y evitar el plagio.
3. Adquirir y fortalecer competencias para la búsqueda y recuperación de información científica relevante, en diferentes formatos y soportes.

METODOLOGÍA

El taller es 80% práctico, con exposiciones teóricas requeridas para una mejor comprensión de los recursos disponibles. Las prácticas están dirigidas para los participantes presenciales y de manera virtual para los que dispongan de equipo. Se llevan a cabo presentaciones y demostraciones para seguimiento, utilizando ejemplos de acuerdo con la temática de los eventos científicos y otros propuestos por los participantes, para un efectivo uso de estos recursos.

FACILITADORES

Msc. Ovidio Padilla, Bibliotecarias Sandra Barahona, Karla Zúniga, Biblioteca Médica Nacional; Dra. Jackeline Alger, Revista Médica Hondureña, Colegio Médico de Honduras.

PROGRAMA

HORA	TEMA	EXPOSITOR
MODERADORES: Dra. Marlyn Donaire, Dr. Juan Carlos Chávez, Dra. Lesly Toro		
08:00	Inscripción	Comité organizador
08:00	Instrucciones generales	Equipo Biblioteca Médica Nacional
08:15	Bienvenida e inauguración	Dra. Melissa Mejía, CENEMEC
08:20	Biblioteca Virtual en Salud de Honduras (BVS-HN)	Dra. Jackeline Alger, Coordinadora BVS-HN
08:30	DeCS/MeSH Finder edición 2023: herramienta de apoyo a la investigación. Búsqueda automática de palabras clave	Bibliotecaria Karla Zúniga
08:45	Sistema de autenticación programas RESEARCH4LIFE Aula E-learning Colegio Médico de Honduras Aula virtual BVS-HN	MSc Ovidio Padilla
10:20	Plataforma RESEARCH4LIFE: más de 200,000 recursos disponibles Creación de perfil personal HINARI: Acceso a revistas, libros, bases de datos y otras fuentes de referencia <ul style="list-style-type: none">○ Portal de contenido unificado: Colecciones○ Summon: Búsqueda simple y avanzada○ Límites y filtros requeridos○ Medicina basada en evidencia: Cochrane Library○ Prácticas	Bibliotecarias Sandra Barahona Karla Zúniga

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

CURSO PRECONGRESO TALLER ESCRITURA Y PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

MIÉRCOLES 25 DE OCTUBRE, 2023
SALÓN LA TERRAZA, HOTEL PLAZA ALICIA

OBJETIVO

Fomentar la escritura de artículos científicos en revistas biomédicas con énfasis en la Revista Médica Hondureña. Al final del taller el participante tendrá conocimiento básico sobre: 1) Cómo preparar un artículo y el proceso general para publicar, 2) Como acceder en línea a recursos de información de calidad sobre metodología de investigación, ética de la investigación y publicación científica; 3) Los antecedentes históricos y estado actual de la Revista Médica Hondureña.

FACILITADORES

Consejo Editorial de la Revista Médica Hondureña (<http://www.bvs.hn/RMH/html5/>; <https://revistamedicahondurena.hn/>).

PROGRAMA

HORA	TEMA	EXPOSITOR
MODERADORES: Dra. Carmen Alvarenga, Dr. Kevin Varela, Dr. Juan Carlos Sánchez		
08:00	Inscripción	Comité Organizador
13:00	Palabras de inauguración y bienvenida	Dra. Melissa Mejía
13:15	Revista Médica Hondureña (RMH) en el contexto de la publicación científica en Honduras	Dra. Jackeline Alger
13:30	RMH: Instrucciones para autor y los errores más frecuentes	Dra. Briana Beltrán
13:50	Características de los artículos científicos originales	Dra. Edna Maradiaga
14:10	Características de los artículos tipo caso clínico	Dra. Nora Rodríguez
14:30	Características de otros tipos de artículos: historia, opinión, imagen, revisión bibliográfica y especiales	Dra. Ana Ligia Chinchilla
14:50	Ética de la investigación y de la publicación, características de los artículos de ética	Dra. Eleonora Espinoza
15:10	RMH y su flujo editorial	Dra. Rosa María Duarte
15:30	RECESO	
16:00	RMH y sus recursos para autores y revisores pares	Dr. Heriberto Rodríguez
16:20	Discusión general (entrega de resultados de ejercicios de redacción, identificación de temas para discusión)	Dr. José Sierra, Moderador Cuerpo Editorial RMH
16:50	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	
17:00	CIERRE	

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

MIÉRCOLES 25 DE OCTUBRE 2023
SALÓN TRES, HOTEL PLAZA ALICIA

SESIONES DE MENTORÍA
(sin certificado por ser actividades de 60 minutos y menos)

ESCRITURA Y PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

Horario 08:00 – 12:00 horas

- Atención por cita de una hora máximo de mentoría.
- Asistencia individualizada o grupos de hasta tres personas para discutir uno o más de estos temas:
 - Discusión de ideas para la preparación de uno o más artículos.
 - Revisión de artículos en progreso.
 - Selección de la revista.
 - Importancia de las Instrucciones para Autor y su revisión detallada.
 - Revisión de las características de los diferentes tipos de artículos.
 - Desarrollo de un artículo por secciones: introducción, métodos, resultados, discusión, resumen
 - Preparación de referencias bibliográficas.
 - Recursos de información para autores y revisores.
 - Otros temas de interés para los autores o revisores.

RECURSOS DE INFORMACIÓN

Horario 13:00 – 17:00 horas

- Atención por cita de una hora máximo de mentoría en recursos de información.
- Asistencia individualizada o grupos de hasta tres personas de uno o más de estos temas:
 - Ingreso y gestión del Aula E-Learning del Colegio Médico de Honduras y Aula Virtual de BVS-HN.
 - Plataforma Research4Life: creación de perfil, acceso y búsquedas de revistas, libros, bases de datos y otras fuentes de referencia.
 - Uso de herramientas para evaluar la investigación.
 - Uso de gestores bibliográficos.

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

**CURSO PRECONGRESO DE ACTUALIZACIÓN
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACIÓN**

**MIÉRCOLES 25 DE OCTUBRE DE 2023
CASA DEL MAESTRO**

HORA	TEMA	EXPOSITOR
MODERADORES: Dra. Kenia Ordóñez, Dra. Bibi Juárez, Dr. César Batres		
08:00	Inscripción de los participantes	Sociedad de Gineco-Obstetricia de Honduras
08:10	Palabras de bienvenida Apertura Presentación	Dra. Nancy Rivera
08:30	Objetivo general Metodología	Dra. Damary Rivera
09:10	Creencias y mitos Generalidades PAE	Dra. Damary Rivera
09:40	Consejería sobre planificación familiar	Dra. Eileen Gutiérrez
10:30	REFRIGERIO	
11:00	Criterios médicos de elegibilidad	Dra. Damary Rivera
11:30	Métodos reversibles de larga duración (LARC) Manejo de reacciones adversas	Dra. Damary Rivera
12:00	ALMUERZO	
12:30	DIU y SIU Técnica de no tocar	Dra. Damary Rivera
13:00	Práctica de inserción DIU/SIU	Equipo coordinador
13:00	Práctica implante hormonal subdérmico	Dra. Damary Rivera
10:30	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

**CURSO PRECONGRESO
TALLER DE INSULINAS**

**MIÉRCOLES 25 DE OCTUBRE DE 2023
CASINO COPANECO**

HORA	TEMA	EXPOSITOR
MODERADORES: Dr. Edy Figueroa, Edy Fajardo, Dra. Gisselle Argüello, Dr. Jesús Santos, Dra. Melanie Claros		
07:30	Inscripción	
08:00	Historia de las insulinas, tipos de insulinas y tiempo de acción	Dra. Sandra Velásquez
08:45	Dispositivos de aplicación de insulina, técnicas de aplicación, cómo hacer glucometrías y cetonuria	Facilitadores
09:45	REFRIGERIO	
10:00	Conteo de carbohidratos	Licda. Daniela Urbina
11:00	Insulinización en Pediatría después de la CAD y cálculo de insulina de acuerdo con los gramos de carbohidratos y factor de corrección según glucometría	Dra. Lesby Espinoza
11:30	Esquemas de insulinas, modificación de dosis	Dr. Guillermo Villatoro
12:00	ALMUERZO	
13:00	Aspectos prácticos e indicación de insulina y esquema de tratamiento con insulina en adultos en: emergencia, paciente hospitalizado, paciente crítico	Dra. Irma De Vicente
14:00	Aspectos prácticos en esquema de insulina en paciente ambulatorio, adulto mayor y embarazada	Dr. César Ponce
15:00	REFRIGERIO	
15:15	Casos clínicos. Un caso de insulinización en pediatría y otro en adulto incluyendo conteo de carbohidratos	Nutricionista y endocrinólogos
16:15	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

**CURSO PRECONGRESO
RADIOLOGÍA**

**MIÉRCOLES 25 DE OCTUBRE DE 2023
SALÓN LOS PINOS, HOTEL CASA REAL**

HORA	TEMA	EXPOSITOR
MODERADORES: Dra. Brenda Navarrete, Dr. Reynaldo Rodríguez, Dr. Didier Robles, Dra. Jeimy Munguía, Dra. Marlyn Navarro		
08:00	Estadificación y extensión local de cáncer de recto, útero y ovarios por resonancia magnética	Dr. Jorge García
08:30	Impresión en 3D. de estudios realizados en el postgrado de Radiología e Imágenes UNAH actualidad y experiencia en Honduras.	Dra. Blanca Alemán Dr. Pedro Gómez
09:00	Avances en imágenes en cáncer de mama con sus métodos diagnósticos, actualización en endometriosis	Dra. Sara Chinchilla
09:30	Imágenes fetales desde el punto de vista del radiólogo	Dr. Ricardo Palao
10:00	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	
10:10	REFRIGERIO	
10:30	Lesiones en la cadera dolorosa: todo lo que el médico debe saber	Dr. Carlos Paz Haslam
11:00	Abordaje de riesgo de nódulos tiroideos con ultrasonido	Dr. Carlos Rivera
11:30	Generalidades en Radiología, lo que un médico debe solicitar	Dr. Josué Rodríguez
12:00	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	
12:10	ALMUERZO	
13:00	Evento cerebro vascular en la actualidad	Dra. Jeaneth Bu
13:30	Evaluación de la próstata por resonancia magnética en sospecha de cáncer	Dr. Jorge Murillo
14:00	Lesiones torácicas post COVID en Pediatría	Dr. Walter Pacheco
14:30	Lesiones en hombro doloroso: todo lo que el médico debe saber	Dr. Carlos Paz Haslam
15:00	Correlación radio-patológica de nódulo tiroideo (caracterización de nódulo tiroideo con su correlación patológica)	Dr. Didier Robles Dra. Lesly Cerrato
15:30	Avances en Medicina Nuclear PETS	Dr. Cristian Pérez
16:15	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

**CURSO PRECONGRESO
ELECTROCARDIOGRAFÍA**

**MIÉRCOLES 25 DE OCTUBRE DE 2023
SOCIEDAD COPANECA DE OBREROS**

HORA	TEMA	EXPOSITOR
MODERADORES: Dr. Keibhim Orellana, Dr. David Dubón, Dra. Scarlett Figueroa, Dra. Paola Pagoaga, Dra. Ana Pagoaga		
08:00	Inscripción	Comité Organizador
10:00	Módulo I: Electrocardiografía básica	Dr. César Somoza
11:00	Módulo II: Diagnóstico cardiopatía isquémica e hipertrofia	Dr. Francisco Somoza
12:00	ALMUERZO	
13:00	Módulo III: Bloqueos eléctricos y arritmias	Dr. Douglas Álvarez
15:00	EVALUACIÓN	

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

RESÚMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6C. IMPACTO EN EL EMBARAZO Y EFECTOS EN EL NEURODESARROLLO DE LOS FÁRMACOS ANTIEPILEPTICOS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

37C. AVANCES EN EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

45C. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS EPILEPSIAS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1CMR. ABORDAJE MULTISISTÉMICO DEL SÍNDROME DE

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

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

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL)
PRESENTACIÓN MODALIDAD ORAL

1TL. SÍNDROME DE CORAZÓN DE FIESTA EN EMERGENCIA.

Michell Ayaris Gutiérrez Gutiérrez^{1,2}, Karla Patricia Ferrary Romero^{1,2}, Bayron Josué Degrandes^{1,3}, Eddy José Martínez^{1,4}.

¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Médico Asistencial, Emergencia, Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP), Tegucigalpa.

³Especialista en Medicina Interna, INCP e Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Tegucigalpa. ⁴Especialista en Medicina Interna del IHSS y Hospital Militar, Tegucigalpa.

Antecedentes: El síndrome de corazón de fiesta o “holiday heart” es un trastorno reversible del ritmo cardiaco debido al abuso de alcohol que tiene lugar con frecuencia los fines de semana o épocas de vacaciones en pacientes sin evidencia de enfermedad cardiaca. Su etiología es asociada a liberación de adrenalina y noradrenalina debido al metabolito acetaldehído, deshidratación y niveles elevados de estrés. La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente, seguida del aleteo auricular y ectopias ventriculares. Condiciona síntomas desde disnea, dolor, mareos, síncope y hasta muerte súbita, con signos de intoxicación alcohólica. El tratamiento consiste en hidratación, cesar el consumo etílico y antiarrítmicos. **Caso clínico:** Masculino de 37 años, sin comorbilidades, acude a emergencia del INCP con cuadro de palpitaciones y dolor torácico que comenzaron 6 horas posteriores a ingesta de abundante alcohol y bebidas energizantes, celebrando el Día del Padre. Se recibe con aliento alcohólico, presión arterial y pulsioximetría normal, consciente y orientado, monitor cardiaco con datos de ritmo irregular, en electrocardiograma se evidencia fibrilación auricular con respuesta ventricular alta; hemograma completo, función hepática y electrolitos dentro de límites normales, troponinas negativas, radiografía de tórax normal. Se maneja en observación con hidratación intravenosa, sulfato de magnesio, labetalol 20 mg intravenoso; lográndose la reversión de síntomas y la conversión a ritmo sinusal; posteriormente enviado a consulta externa de Cardiología con adecuada evolución clínica, asintomático y sin ingesta de alcohol. **Conclusiones/Recomendaciones:** Esta entidad es de buen pronóstico y reversible al abandonar el consumo de alcohol. Se desconoce la frecuencia exacta, pero el aumento de la ingesta excesiva de alcohol entre adultos jóvenes ha llevado a mayor incidencia en este grupo. Su identificación permite tomar decisiones oportunas de manejo; limitar la cantidad de consumo de alcohol durante días festivos, la hidratación y una atención pronta evitará complicaciones asociadas.

2TL. EVALUACIÓN DEL NEURODESARROLLO DE NIÑOS NORMOCEFÁLICOS NACIDOS DE EMBARAZADAS EXPUESTAS Y NO EXPUESTAS AL VIRUS DEL ZIKA.

Jackeline Alger, MD, PhD¹ María Luisa Cafferata, MD;² Raquel López, Licenciada en Psicología;¹ Lisa D. Wiggins, MD, PhD;³ Allison Callejas, MD;⁴ Mario Castillo, MD;⁴ Jenny Fúnes, MD;⁴ Fátima Rico, MD;⁵ Diana Valencia, MD;³ Douglas Varela, MD;⁶ Zulma Alvarez, MD;⁷ Mabel Berrueta, MD;² Harry Bock, MD;⁸ Carolina Bustillo, MD;⁹ Alejandra Calderón, MD;¹⁰ Alvaro Ciganda, MD;² Jorge García-Aguilar, MQC, MSc;¹ Kimberly García, MQC;¹¹ Luz Gibbons, MD, MSc;² Suzanne M. Gilboa, PhD;³ Emily W. Harville, MD, PhD;² Gustavo Hernández, MD;¹³ Wendy López, Tec. Lab. Clín.;¹ Ivette Lorenzana, MQC, MSc;¹¹ Marco T. Luque, MD;¹⁴ Carlos Maldonado, MD;¹⁵ Cynthia Moore, MD; PhD;¹⁶ Carlos Ochoa, MD;¹⁷ Leda Parham, MQC, MSc;¹¹ Karla Pastrana, MD;⁹ Angel Paternina-Cacedo, MD, PhD;¹² Heriberto Rodríguez, MD;⁹ Candela Stella, Técnica Superior;² Ayzsa F. Tannis, MPH;¹⁸ Dawn M. Wesson, PhD;¹⁹ Concepción Zúñiga, MD, MSc;²⁰ Van T. Tong, MPH;³ Pierre Buekens, MD, PhD.¹² ¹Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa, Honduras; ²Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina; ³National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, United States; ⁴Servicio de Neonatología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras; ⁵Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras; ⁶Servicio de Neurología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras; ⁷Unidad de Vigilancia de la Salud, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Secretaría de Salud de Honduras, Tegucigalpa, Honduras; ⁸Dirección General, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central; actualmente Centro de Salud Dra. Nerza Paz, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central; Secretaría de Salud de Honduras, Tegucigalpa, Honduras; ⁹Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras; ¹⁰Centro de Salud Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central; actualmente Centro de Salud Villanueva, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central; Secretaría de Salud de Honduras, Tegucigalpa, Honduras; ¹¹Centro de Investigaciones Genéticas, Instituto de Investigaciones en Microbiología, Facultad de Ciencias, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras; ¹²Department of Epidemiology, Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine, New Orleans,

Louisiana, United States; ¹³Departamento de Pediatría, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras; ¹⁴Servicio de Infectología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras; ¹⁵Servicio de Oftalmología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras; ¹⁶Goldbelt Professional Services, LLC, Chesapeake, Virginia, United States; ¹⁷Servicio de Maternidad, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras; ¹⁸Eagle Global Scientific, LLC, San Antonio, Texas, United States; ¹⁹Department of Tropical Medicine, Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine, New Orleans, Louisiana, United States; ²⁰Departamento de Vigilancia de la Salud, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Estudios que examinan la asociación entre exposición *in utero* al virus del Zika (ZIKV) y neurodesarrollo han producido resultados variados, limitados por la ausencia de un grupo control. **Objetivo:** Evaluar el neurodesarrollo entre una cohorte de niños nacidos normocefálicos de embarazadas, Honduras, julio-diciembre 2016. **Metodología:** Las participantes se inscribieron voluntariamente en el estudio de cohorte Zika en Embarazo en Honduras (ZIPH) durante su primera visita prenatal en un centro de salud de Tegucigalpa; se extrajo sangre venosa. Para el estudio de seguimiento longitudinal, se seleccionaron niños normocefálicos al nacer, >6 meses de edad, nacidos en uno de dos hospitales, exposición *in utero* al ZIKV conocida y definida como resultado prenatal positivo IgM ZIKV y/o ARN ZIKV. La evaluación del neurodesarrollo fue mediante Escalas Bayley (BSID-III) y Cuestionarios Ages & Stages: Social-Emocional (ASQ:SE-2) (versiones español). **Resultados:** 152 niños fueron evaluados en mayo 2018-marzo 2020. Edad media 2.0 años, >93% antropometría adecuada; 60 niños expuestos al ZIKV durante el embarazo. Se realizaron BSID-III y ASQ:SE-2 en 151 y 152 niños, respectivamente; 41 niños presentaron un retraso (puntuación compuesta <85) en cualquiera de los dominios del BSID-III, sin diferencias estadísticamente significativas entre grupos expuestos y no expuestos; sin embargo, los expuestos tuvieron puntuaciones cognitivas y lenguaje más bajas que persistieron tras ajustar por edad y educación materna y tras excluir del análisis a los niños nacidos prematuros y con bajo peso al nacer. La evaluación del desarrollo socioemocional mostró que 92% tenía un desarrollo adecuado y sin diferencias estadísticamente significativas entre niños expuestos y no expuestos. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La exploración de las diferencias cognitivas y lingüísticas en los niños expuestos al ZIKV frente a los no expuestos podría ser informada por investigaciones adicionales en muestras mayores. Los niños con exposición prenatal al ZIKV deben ser monitoreados para detectar retrasos y ser referidos oportunamente.

3TL. INICIATIVA DE INNOVACIÓN SOCIAL EN SALUD DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (SIHI LAC/NODO DE HONDURAS): EXPERIENCIA IMPULSANDO LA INNOVACIÓN SOCIAL EN LOS SISTEMAS SANITARIOS DE MESOAMÉRICA. Scarlet Rodas, MD;^{1,2} Rebeca Cáceres, MD;^{1,2} Jackeline Alger, MD, PhD;¹⁻³ Kathleen Agudelo, Comunicación Social y Periodismo;⁴ Charlotte Pana Scott, MSc;^{4,5} María Isabel Echavarría, MSc;^{4,5} Diana Castro-Arroyave, PhD;^{4,6} Lindi van Niekerk, MD, PhD;^{7,8} Luis Gabriel Cuervo, MD, PhD (Candidato).⁸ ¹Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa, Honduras; ²SIHI LAC Nodo de Honduras, Tegucigalpa, Honduras; ³Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras; ⁴SIHI LAC / CIDEIM; Cali, Colombia; ⁵Universidad ICESI, Cali, Colombia; ⁶Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia; ⁷Chembe Collaborative, Ciudad del Cabo, Sudáfrica; ⁸Department of Global Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Faculty of Public Health and Policy, London, UK; ⁷Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Washington, DC, Estados Unidos de América.

Antecedentes: La innovación social en salud (ISS) se refiere a soluciones creativas implementadas mediante procesos que vinculan el cambio social y la mejora de la salud, aprovechando fortalezas y capacidades de personas e instituciones locales. **Descripción de la experiencia:** SIHI LAC/Nodo de Honduras, lanzado en 2020, se desarrolla desde enero 2023 en colaboración con el Instituto Antonio Vidal. Una de las metas es identificar y documentar iniciativas de ISS en Mesoamérica para su comprensión y difusión. Durante 2015-2021, a través de convocatorias regionales y a partir de un proceso de evaluación según criterios preestablecidos, se han identificado 20 iniciativas de ISS, de las cuales, 7 son mesoamericanas (Guatemala 3, Trinidad y Tobago 2, Honduras 1, México 1), incluyendo temas como: estrategias participativas para la prevención y control vectorial de la Enfermedad de Chagas, telemedicina, y en contexto de COVID-19: sistema de vigilancia y respuesta comunitaria, gestión de medicamentos, turismo y salud, defensa de la salud. En 2023 se encuentra en curso una revisión documental para identificar y describir la distribución geográfica y temporal (mapeo), así como las características esenciales de la ISS desarrolladas en Mesoamérica, en experiencias diseminadas en el período 2018-2022. La estrategia de búsqueda incluirá plataformas de indexación y literatura gris. Las experiencias que se identifiquen serán analizadas siguiendo los principales criterios propuestos por la ISS: Pertinencia con respecto a la necesidad, Promoción de la participación y empoderamiento comunitario, Inclusividad, Asequibilidad, Efectividad, Escalabilidad, Sostenibilidad, Co-creación, Apropiación social del conocimiento, Interdisciplinariedad e intersectorialidad, además del grado de innovación social y potencial de cambio de sistemas. **Lecciones aprendidas:** Se espera que el ejercicio de conceptualización, reconocimiento,

y caracterización de las ISS desarrolladas en Mesoamérica contribuya al conocimiento y difusión de iniciativas exitosas desde el enfoque de la ISS, para promover su aplicabilidad y escalabilidad a nivel local, regional y global.

4TL. PUBERTAD PRECOZ PERIFÉRICA EN UNA NIÑA SECUNDARIO A TUMOR DE CORDONES SEXUALES CON TÚBULOS ANULARES. Lesby Marisol Espinoza Colindres^{1,2}, Guillermo Villatoro Godoy^{1,3}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Especialista en Pediatría y Endocrinología Pediátrica, Médico Asistencial Hospital María de Especialidades Pediátricas (HMEP) e Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Tegucigalpa. ³Especialista en Pediatría y Endocrinología Pediátrica, Médico Asistencial HMEP, Tegucigalpa.

Antecedentes: El tumor de los cordones sexuales con túbulos anulares (TCSTA) es una neoplasia del estroma gonadal muy infrecuente, 0.05-0.6% de todos los tumores ováricos. Durante la primera década de la vida se diagnostica por pubertad precoz isosexual, pues son productores de estrógenos y progesterona. **Caso clínico:** Femenina de 6 años 9 meses, historia de 4 meses de botón mamario, sudor apocrino y aceleración de velocidad de crecimiento. Talla 122 cm, Tanner mamario 4 y púbico 1, no manchas café con leche, ni malformaciones óseas, edad ósea 10 años. Ultrasonograma pélvico: ovario derecho 3.9x3.8x2.4 cm, volumen 19.2 cc, múltiples quistes 4-18 mm; ovario izquierdo 1.6x1.6x1.1 cm, volumen 1.6 cc. LH 0.2 mIU/ml, FSH 0.1 mIU/ml, estradiol 27 ng/ml. Prueba con análogo GnRH: no elevación de LH y FSH. Alfetoproteína 2 UI/ml (0.5-5.5), gonadotropina coriónica humana fracción beta 0.0 mIU/ml, antígeno carcinoembrionario 0.3 ng/ml (0-10 ng/ml). Resonancia magnética nuclear (IRM): múltiples quistes en ovario derecho, quiste en ovario izquierdo pequeño. Se somete a cistectomía laparoscópica. Biopsia: tumor de cordones sexuales con túbulos anulares. Se realizó ooforectomía derecha más biopsia de ovario izquierdo, de omento y de líquido peritoneal. Pieza quirúrgica: ovario derecho, omento mayor y coágulo de líquido peritoneal con TCSTA. Líquido peritoneal y ovario izquierdo libre de tumor. Tratamiento: 4 ciclos de quimioterapia. A los 7 meses postoperada, IRM abdominal sin evidencia de metástasis. Clínicamente, regresión del tejido mamario. Niveles hormonales postquirúrgicos: estradiol <1.0 pg/ml, FSH 6.2 mIU/ml, LH 0.99 mIU/ml, LDH 527 UI/L (420-750), inhibina B < 10 pg/ml, alfetoproteína 1.2 ng/ml, progesterona < 10 ng/dl. **Conclusiones/Recomendaciones:** Hay un 15-20% de TCSTA con curso desfavorable y recidivas tardías por lo que requiere seguimiento de por vida.

5TL. MELANOMA INTRAORAL GIGANTE CON EXTENSIÓN GÁSTRICA. Luis José Pinto García^{1,2}, Gustavo Ulises Castañón^{1,3}, Ricardo José Chicas López^{1,4}, Lizbeth Teresa Becerril Mendoza^{1,5}, Yanelly Estrella Morales Vargas⁶, Oscar Leonel García Rodas^{1,7}, Jesús Guillermo Hernández García^{1,2}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Residente de Medicina Interna, Hospital Juárez de México (HJM), Ciudad de México (CDMX). ³Residente de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey. ⁴Residente de Endoscopia Gastrointestinal, HJM, CDMX. ⁵Especialista en Medicina Interna, Jefa de Servicio Medicina Interna, HJM, CDMX. ⁶Pasante de Servicio Social, HJM, CDMX. ⁷Residente de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital General Manuel Gea González, CDMX.

Antecedentes: El melanoma oral es un cáncer infrecuente, agresivo y de mal pronóstico, común en personas de mediana edad. Se desconoce su incidencia. Afecta predominantemente a hombres, y con mayor frecuencia afecta paladar duro y encía. **Caso clínico:** Masculino de 60 años, niega antecedentes crónico-degenerativos, refiere tabaquismo de 36 años de evolución, fumando 12-14 cigarrillos diarios. Inicia hace 2 años con pérdida de peso significativa, aumento de volumen de hemicara izquierda y disfagia. Sus exámenes de laboratorio demuestran anemia microcítica hipocrómica. La endoscopia alta identificó lesiones hiperpigmentadas de 6 mm, bordes regulares, la biopsia reportó células pleomórficas, con tejido atípico y gránulos de melanina. La inmunohistoquímica confirmó el diagnóstico siendo positivo para HMB-45, S-100, SOX-10, y Ki-67 de 20%. La tomografía de cerebro, tórax y abdomen evidenció metástasis a pulmón e hígado, confiéndosele estadio clínico IV (T4N2M1). **Conclusiones/ Recomendaciones:** Al momento del diagnóstico, 30-40% de los pacientes presentan metástasis, en hígado, pulmón y cerebro. Endoscópicamente, las lesiones de melanoma aparecen como placas negras dispersas, pueden estar ulceradas y presentar sangrado gastrointestinal. Los factores de riesgo incluyen tabaquismo, irritación por prótesis, consumo de alcohol, etnia caucásica, lunares numerosos, grandes e irregulares. No existe manejo establecido, se prefiere la resección quirúrgica, o la combinación de resección más radioterapia. Mas recientemente se utiliza terapias diana. Las terapias farmacológicas se reservan para cuando las lesiones no son resecables.

6TL. USO DE NEURONAVEGACIÓN EN LA CIRUGÍA DE EPILEPSIA: REPORTE DE CASO. Rafael Leonardo Aguilar Estrada^{1,2}, Helena Carolina Zelaya Hernández^{1,3}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Especialista en Neurocirugía y Cirugía Funcional y de Epilepsia, Hospital Escuela, Tegucigalpa. ³Residente de tercer año de Neurocirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa.

Antecedentes: La epilepsia es un trastorno crónico en la actividad eléctrica neuronal que frecuentemente se asocia a alteraciones en las neuroimágenes, clasificándose así como

epilepsia estructural; sus causas pueden ser neoplasias, trauma, vascular, etc. La neuronavegación es una herramienta que nos permite a través de una computadora y su software, introducir los estudios de imágenes de un paciente para así localizar de manera tridimensional una lesión y planificar su cirugía de manera precisa, evitando daño secundario a las estructuras adyacentes. **Caso clínico:** Masculino de 16 años, músico, con historia de 6 años de evolución de crisis de inicio focal en miembro superior izquierdo con movimiento tónico-clónico, de 3 minutos de duración y luego se generalizan a ambos hemisferios con movimientos tónico-clónicos, de 5 minutos de duración, con pérdida de conciencia de 10 minutos y periodo post ictal de 15 minutos. Presentaba 8 episodios por día, 5 veces por semana. Tratado con 3 anticonvulsivos a dosis plenas. Examen físico y neurológico sin alteraciones. IRM cerebral con gadolinio evidencia lesión ocupativa intraaxial parietal izquierda en proximidad al área somatosensorial. Se realizó exéresis tumoral guiada con neuronavegación obteniendo lesión con resultado de biopsia que reportó tumor neuroepitelial disemбриoplástico (DNET) grado 1 en la clasificación de la OMS. Paciente sin complicaciones post quirúrgicas, los primeros tres días post operatorios sin crisis con plan de descenso paulatino de anticonvulsivos hasta su retiro al estar libre de crisis. Paciente pudo continuar su carrera musical. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Los DNET son uno de los principales tumores en la edad pediátrica, siendo causa importante de epilepsia estructural. Es importante saber identificar los pacientes con epilepsia de difícil manejo para así referirlos de manera oportuna a una atención de tercer nivel. Es recomendable en este tipo de pacientes completar estudios como IRM contrastada y video electroencefalografía.

7TL. USO DE NEURONAVEGACIÓN EN EPILEPSIA SECUNDARIA A QUISTE POR NEUROCISTICERCOSIS.

REPORTE DE CASO. Jennifer Gissela Tábor Arita^{1,2}, Rafael Leonardo Aguilar Estrada^{1,3}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Residente de quinto año de Neurocirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa. ³Especialista en Neurocirugía y Cirugía Funcional y de Epilepsia, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes: La neurocisticercosis es la parasitosis más frecuente del sistema nervioso central, y es considerada la principal causa de epilepsia en el adulto, observándose en 50-80% de los casos, principalmente cuando las lesiones se encuentran en áreas elocuentes. El manejo inicial es médico, con antiparasitarios y anticonvulsivos orales, sin embargo, debe considerarse el manejo quirúrgico en aquellos casos donde la lesión esté ocasionando hidrocefalia aguda o la epilepsia sea refractaria al tratamiento médico, y la lesión se encuentre en un área elocuente. **Caso clínico:** Masculino de 24 años, sin comorbilidades. Acude con historia de cefalea holocraneana de dos años de evolución, acompañada de crisis de inicio sensorial refiriendo dolor y parestesias en miembro superior derecho, sin pérdida de la consciencia, seguido de disfasia y prosopagnosia

dos veces al día. La IRM muestra lesión cortical parietal izquierda, quística, que realza con el medio de contraste, con una calcificación intralesional. Inicialmente fue tratado en consulta externa con antiepilépticos orales en dosis plenas y manejo médico para neurocisticercosis, sin mejoría clínica, por lo cual es referido e ingresado con plan de exéresis guiada por neuronavegación al ser una lesión pequeña en el lóbulo parietal dominante, cercana a la corteza somatosensorial primaria. Se realiza exéresis completa de lesión encapsulada blanquecina cuyo resultado de biopsia reportó quiste por neurocisticercosis. Evolución postquirúrgica satisfactoria, sin crisis en los primeros tres días postquirúrgicos ni a los tres meses en el seguimiento en consulta externa. **Conclusiones/Recomendaciones:** La neuronavegación constituye una novedosa tecnología incorporada a la práctica neuroquirúrgica, que nos permite acceder con exactitud a lesiones cerebrales en áreas elocuentes o profundas, disminuyendo el riesgo de lesiones adyacentes y minimizando complicaciones. El tratamiento oportuno de los pacientes con epilepsia refractaria mejora la calidad de vida, al disminuir la cantidad de crisis posterior al procedimiento quirúrgico.

8TL. IMPLANTE DE STENT EN TRONCO CORONARIO IZQUIERDO. EXPERIENCIA DE TRES AÑOS EN UN CENTRO DE CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA.

Francisco Ramón Somoza^{1,2}, Ramsés Daniel Amaya^{1,3}, Juan Fernando Toledo^{1,3}, Francisco José Somoza^{1,4}, Mauricio Edgardo Zavala^{1,3}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, ²Especialista en Cardiología Intervencionista y Hemodinamia, Hospital CEMESA, SCAI, SOLACI, AHA, ACC. San Pedro Sula, Honduras ³Médico asistente, Unidad de Cardiología y Hemodinamia, Hospital CEMESA, San Pedro Sula, Honduras. ⁴Especialista en Medicina Interna, Cleveland Clinic, Estados Unidos.

Antecedentes: La enfermedad de tronco coronario izquierdo (TCI) es considerada como la manifestación con mayor morbimortalidad de la aterosclerosis coronaria. Se presenta en el 3-5% de todos los casos de pacientes que son sometidos a angiografía. **Descripción de la experiencia:** Durante los tres años de estudio, la institución realizó 889 angiografías coronarias diagnósticas, encontrándose nueve casos con oclusión en TCI desde enero de 2019 a enero del 2022. Se presentó una mediana de edad de 72 años, con un rango etario que oscila entre 46 y 78 años, con predominancia del género masculino (5/9). Seis casos presentaron angina inestable, los tres restantes angina estable. Tres casos presentaron alteraciones electrocardiográficas con elevación del segmento ST. Previa colocación de stent, 8 casos presentaron shock cardiogénico (Killip IV). Se realiza angioplastia coronaria con implantación de stents en los 9 casos, el procedimiento concluye de forma exitosa en 8 de los casos, reportándose solo un fallecido. La totalidad de casos presentaron estenosis del TCI, la mayoría localizada en la región distal del vaso (5/9), dos casos en la región proximal y los restantes dos en la región medial; todos los casos tenían entre 2-3 vasos afectados,

siendo la arteria descendente anterior la más comúnmente afectada. Se dio seguimiento clínico post-procedimiento a los dos, cuatro y seis meses a los ocho casos sobrevivientes. La totalidad de pacientes refirieron la abolición de la sintomatología que presentaron previo a la angioplastia, con mejoramiento en la calidad de vida, reincorporación y sin limitación de actividades físicas. **Lecciones aprendidas:** Tras el seguimiento clínico a los seis meses de este grupo de pacientes se demuestra la eficacia de la angioplastia y el tratamiento farmacológico empleado, que de ser implementado tempranamente mejora el pronóstico del paciente.

9TL. SÍNDROME DE ENCLAUSTRAMIENTO SECUNDARIO A MICROHEMORRAGIA PONTINA: REPORTE DE CASO.

Dylan Maldonado^{1,2}, Gabriela Álvarez^{1,3}, Arodys Julianny Valle^{1,2}, María Fernanda Soto^{1,4}, Gian Rivera¹, Javier Lagos-Servellón^{1,5}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, ²Residente de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), San Pedro Sula (SPS). ³Residente de Medicina Interna, Universidad San Carlos de Guatemala, Hospital Roosevelt. ⁴Instituto Hondureño de Seguridad Social, SPS. ⁵Especialista en Neurología Clínica y Neurología Intervencionista, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, SPS.

Antecedentes: Los ictus isquémicos de circulación posterior son menos frecuentes que los de circulación anterior. Sin embargo, conllevan mayores grados de morbimortalidad. Asimismo, el tratamiento de revascularización se dificulta por la heterogeneidad de los síntomas, que van desde síndromes cruzados hasta síndromes catastróficos como el de enclaustramiento. **Caso clínico:** Femenina de 63 años, con antecedente de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, quien refiere parestesias y debilidad de extremidades. Un día antes de su admisión, se torna tetrapléjica y anártrica. Se recibe con PA: 150/90 mmHg y temperatura: 38.4 °C. Al examen físico, escala de coma de Glasgow 8 pts (O4,V2,M2), score de NIHSS: 24 puntos, las cuatro extremidades sin esfuerzo contra la gravedad. TAC cerebral con microhemorragia paramediana y enfermedad de pequeño vaso. Se complicó con cetoacidosis diabética y neumonía por aspiración. Fue tratada con líquidos intravenosos, infusión de insulina, antibióticos, control de la presión arterial con el objetivo de PAS < 140mmHg, manteniendo vía aérea y oxigenación adecuada mediante ventilador mecánico y orientación familiar. Al cuarto día de hospitalización, el paciente falleció a consecuencia de cetoacidosis diabética y neumonía. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Las hemorragias intracraneales y los ictus lacunares comparten la lipohialinosis como mecanismo fisiopatológico. Se presenta un caso de síndrome de enclaustramiento secundario a una microhemorragia pontina en localización estratégica. El análisis y búsqueda de enfermedad de pequeño vaso es parte de la evaluación completa del paciente con hemorragia intracraneal. En este caso se demuestra la coexistencia de enfermedad cerebrovascular de etiología dual como causa del síndrome

de enclaustramiento en un paciente con factores de riesgo cardiovascular. El ictus de circulación posterior es una de las causas de alteración de conciencia que debe ser investigada como posibilidad en este tipo de pacientes.

10TL. HEMATOCOLPOS SECUNDARIO A HIMEN IMPERFORADO. UNA RARA CAUSA DE ABDOMEN AGUDO.

Marco Antonio Urquía Lazo^{1,2}, Rosario Valdiviezo^{1,2}, Adela Enamorado Cruz^{1,2}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán.

Antecedentes: El hematocolpos secundario a alteraciones en la génesis del aparato genitourinario femenino constituye una patología poco prevalente en nuestro medio, con una incidencia estimada del 0.1% de los recién nacidos de sexo femenino, entre las cuales el himen imperforado es la malformación congénita más frecuente. La mayoría de casos, el diagnóstico pasa inadvertido hasta la pubertad, y debuta con dolor abdominal en adolescentes que no han presentado la menarquia. El diagnóstico se realiza mediante la anamnesis, la exploración física y algunas pruebas complementarias, en especial la ecografía. El tratamiento es quirúrgico y consiste en himenotomía. **Caso clínico:** Femenina de 13 años, con amenorrea primaria y sin vida sexual, ingresa al servicio de Pediatría con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico secundario a masa anexial izquierda gigante. Al examen físico abdominal se evidencia útero aumentado de tamaño para 16-18 cm; al examen ginecológico se observa un himen tenso, abombado, de coloración azulada. Se prepara para himenotomía, drenando aproximadamente 1 litro de sangre achocolatada. Paciente evolucionó en excelentes condiciones. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El himen imperforado es una causa poco frecuente de dolor abdominal cíclico en la adolescencia. El tratamiento de elección es la himenotomía o plastia del himen. La conclusión principal de este caso es destacar la importancia de la exploración física completa, incluidos los genitales externos, que siempre debe estar incorporada a la sistemática del pediatra. La simple inspección, como en esta paciente, puede dar la clave del diagnóstico, y evitar la demora en el tratamiento y sus posibles secuelas.

11TL. ECLAMPSIA Y MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO: UNA PELIGROSA PERO INFRECUENTE ASOCIACIÓN. REPORTE DE UN CASO.

Marco Antonio Urquía Lazo^{1,2}, Didier Robles^{1,3}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán. ³Especialista en Radiología e Imágenes Médicas, Centro Médico Santa Rosa, Santa Rosa de Copán.

Antecedentes: La miocardiopatía periparto es una rara forma de insuficiencia cardíaca que afecta a mujeres en la última fase del embarazo y durante los primeros meses del postparto. La incidencia reportada varía de 1:299 a 1:4000, presentándose de manera más frecuente en poblaciones africanas y de

Centroamérica. No se conoce la etiología exacta de este proceso, aunque sí se han descrito diversos factores que lo favorecen, entre ellos los trastornos hipertensivos en el embarazo. Está asociada con una morbilidad y mortalidad alta por el compromiso cardíaco si no se realiza un manejo oportuno y adecuado. **Caso clínico:** Femenina de 20 años, primigesta, sin antecedentes patológicos, con diagnóstico de ingreso de eclampsia y estado fetal no tranquilizador. Se le realiza interrupción del embarazo vía abdominal. Posteriormente, en el puerperio inmediato, presenta datos de insuficiencia respiratoria aguda con deterioro cardiovascular. Inicialmente manejada como una sospecha de tromboembolismo pulmonar y edema agudo de pulmón, se dio manejo para insuficiencia cardíaca con eventual mejoría clínica. Fue egresada 14 días después con buena respuesta clínica a los diuréticos y betabloqueadores a dosis bajas, y su recién nacido en óptimas condiciones. **Conclusiones/Recomendaciones:** La miocardiopatía periparto sigue siendo una patología con poca evidencia científica lo que dificulta su diagnóstico, manejo y tratamiento. No obstante, es importante sospecharla en toda mujer con síntomas de falla cardíaca que se encuentre en su último trimestre de embarazo o en el puerperio. El reto clínico está en descartar los diagnósticos más frecuentes que puedan emular esta entidad.

12TL. LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA EN EL LACTANTE: UN CASO INFRECUENTE. Enrique Adalberto Medina^{1,2}, Diana Ramírez^{1,3}, Roxana Martínez^{1,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Residente de tercer año de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), San Pedro Sula (SPS). ³Especialista en Pediatría y Oncología Pediátrica, Docente de Pediatría, Instituto Hondureño de Seguridad Social, SPS. ⁴Especialista en Pediatría y Oncología Pediátrica, Docente de Pediatría, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: Las leucemias agudas son proliferaciones clonales malignas de células hematopoyéticas en distintos grados de diferenciación, cuya acumulación progresiva impide la producción de los elementos celulares normales necesarios en la sangre. Representan el grupo de neoplasias más frecuente en la infancia, pero en menores de 1 año se vuelve infrecuente y se ubican en pacientes de alto riesgo con un pronóstico de vida a los 5 años de 46%. Se identifica de forma anual en Estados Unidos menos de 90 casos por año a esta edad. **Caso clínico:** Lactante femenina de 7 meses, nacida a término, vía vaginal, sin retrasos del neurodesarrollo, alimentada con lactancia materna e inicia ablactación de forma adecuada. Debuta sin ningún antecedente previo con historia de tres días de evolución de fiebre continua, diarrea líquida amarilla, alrededor de 8 evacuaciones por día; en el último día, las evacuaciones se tornan totalmente sanguinolentas. Inicialmente tratada como gastroenteritis aguda y referida al servicio de Emergencia por hemoglobina 3 g/dl, glóbulos blancos 414,000 con predominio de linfocitos 91%, plaquetas en 40,000; al examen físico, paciente con palidez generalizada

y esplenomegalia. Se realiza frotis de sangre periférica donde hay evidente cantidad de blastos y se confirma diagnóstico con inmunofenotipo que refleja leucemia linfooblástica aguda preB por lo cual se inicia protocolo de quimioterapia para el lactante. **Conclusiones/Recomendaciones:** La presentación inusual de la leucemia en lactantes y su mal pronóstico a futuro obliga a vigilar signos de alarma ante palidez, sangrados, y hematomas en menores de 1 año, así como una evaluación correcta de estudios como el hemograma que deberán vigilarse y estudiarse ante la conciencia de su diagnóstico y poder instaurar el pronto tratamiento.

13TL. HISTOPLASMOSIS DISEMINADA Y TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR: INFECCIONES OPORTUNISTAS SIMULTÁNEAS EN PACIENTE CON VIH. José D. Ferrera^{1,2}, Brayan Vargas¹, Nadina Mejía¹, Alejandra Ferrera^{1,3}, Cristóbal Vargas⁴, Valeria Bellorín⁴. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, ²Especialista en Medicina Interna, Hospital Escuela, Tegucigalpa. ³Residente de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa. ⁴Estudiante de Internado Rotatorio de Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: En Honduras, entre 2020 y 2022 se diagnosticaron 2,535 personas con VIH, equivale a 1 persona infectada cada 9 horas. Un conteo de linfocitos T CD4+ <200 cel/mm³ implica mayor riesgo de infecciones oportunistas. Recientemente en el Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, se estimó que 52% de estas infecciones corresponden a tuberculosis y 15% a histoplasmosis. **Caso clínico:** Masculino de 26 años, privado de libertad, sin antecedentes personales patológicos, con historia de haber sido estudiado por fiebre, astenia, pérdida de peso, y adenopatías cervicales e inguinales; se le realizó BAAF no concluyente. Es referido al Hospital Escuela por convulsiones; médico de penitenciaría reportó alteración de la conciencia, comportamiento agresivo, desorientación temporo-espacial, y habla incoherente. En admisión, PA: 110/70 mmHg, FC: 73 lpm, pulso: 73 ppm, FR: 19 rpm, temperatura 37°C. Examen físico: adenopatías submandibular derecha y cervicales bilaterales, no dolorosas, pétreas, no móviles, aproximadamente 1.5x1.5 cm cada una; cardiopulmonar sin alteración; genitourinario adenopatías inguinales bilaterales de 0.3x0.3 cm aproximadamente, resto de examen físico sin alteración. Glasgow 10/15 (O3V2M5), parálisis del VI par; resto sin aparente alteración. Laboratorialmente VIH positivo (Determine), linfocitos TCD4+: 56 cel/mm³, carga viral: >300 mil copias/ml, GeneXpert y cultivo de LCR positivo para tuberculosis, ADA en LCR 20 U/L; Buffy coat y antígeno en orina positivo para histoplasmosis. Biopsia incisional de tejido ganglionar reportó proceso inflamatorio crónico granulomatoso con extensa necrosis. Se dio tratamiento antifúngico, esteroides, anfotericina B, itraconazol y antirretrovirales, obteniendo así mejoría clínica notable. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las manifestaciones extrapulmonares de tuberculosis son un reto diagnóstico y siempre deben ser buscadas intencionalmente en

pacientes inmunosupresos con compromiso orgánico; al igual que las coinfecciones por otros gérmenes oportunistas como *Histoplasma*. El inicio oportuno de terapia antirretroviral, con buen apego, reduce hasta 64 veces la probabilidad de infección por microorganismos oportunistas.

14TL. MIOPATÍA EN EL CONTEXTO DE ENFERMEDAD TIROIDEA AUTOINMUNE CON CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Luis Alfredo Rodríguez Castellanos^{1,2}, José Carlos Gómez Rodríguez^{1,3}, Irma De Vicente Aguilera^{1,4}, María Alejandra Ramos Guifarro^{1,5}, Scarlet Betzabel Rodas-Gallardo^{1,6}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Médico Especialista en Medicina Interna, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela, Tegucigalpa. ³Especialista en Medicina Interna. ⁴Especialista en Endocrinología, Centro Médico Santa Rosa, Santa Rosa de Copán. ⁵Especialista en Endocrinología, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela, Tegucigalpa. ⁶Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El carcinoma papilar es la neoplasia maligna más frecuente de tiroides. En sistema musculoesquelético, los síntomas más frecuentes de hipotiroidismo son la rigidez, dolores musculares y retraso en los reflejos tendinosos, pero los trastornos severos son infrecuentes. **Caso clínico:** Masculino de 24 años, sin comorbilidades, presenta mialgias y disminución de la fuerza en miembros inferiores de 3 meses, exacerbado con la actividad física. Examen físico: nódulo de consistencia pétreo en istmo tiroideo, además fuerza muscular en miembros inferiores 4/5 en escala Oxford. Laboratorio: hemograma normal, glucosa 97 mg/dl, creatinina 1.29 mg/dl, BUN 9 mg/dl, sodio 133 mmol/L, potasio 3 mmol/L, calcio corregido 8.94 mg/dl, fósforo 4 mg/dl, CPK-t 1748 U/L, TSH >75 mIU/mL, T4 total <1.00 mg/dL, Anti-TPO 281.8 UI/mL, Anti-TG >3,000 IU/mL, tiroglobulina 1.69 ng/dl, PTH 15.4 pg/ml, Vit. D 29.63 ng/ml. Se ingresa para sustitución hormonal y estudio. El USG de cuello reporta nódulo heterogéneo, en la unión del istmo con lóbulo derecho de 1.7x0.8x1.44 cm, bordes irregulares y microcalcificaciones; a nivel cervical VI derecho, dos adenopatías con pérdida de su morfología, hipoecogénicas de 7.0x4.9mm y 4.6x4.2 mm. La BAAF de nódulo tiroideo reporta Bethesda VI y adenopatía cervical positivo para malignidad. Mapeo cervical pre-quirúrgico muestra también en lado izquierdo dos adenopatías sospechosas en nivel VI. Tomografía de tórax sin lesiones metastásicas. Una vez compensado, se realiza tiroidectomía total más disección del compartimiento central bilateral y reimplante de glándula paratiroidea izquierda, sin complicaciones. Reporte patológico de pieza quirúrgica reporta carcinoma papilar de tiroides estadio I y hallazgos compatibles con tiroiditis de Hashimoto. Actualmente, paciente asintomático y en control con levotiroxina, bien compensado. **Conclusiones/Recomendaciones:** Es importante conocer todas las manifestaciones clínicas de una patología para tener la sospecha diagnóstica aún si se presenta con clínica infrecuente y sin la sintomatología cardinal.

15TL. RESECCIÓN DE HEMANGIOMA CAVERNOSO EN REGIÓN FACIAL: REPORTE DE CASO. **Cindy Williams**^{1,2}, Juan Argueta^{1,3}, Yogeny Ramos^{1,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Médico Asistencial, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula. ³Especialista en Cirugía General y Flebología, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula. ⁴Especialista en Cirugía Maxilofacial, Docente Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: Los hemangiomas son los tumores benignos más comunes en la infancia, causados por proliferación de células endoteliales; afectan aproximadamente al 4-5% de los recién nacidos, en una relación mujer a hombre de 5:1. Los angiomas infantiles se caracterizan por crecimiento temprano y rápido, seguido de involución. Los hemangiomas cavernosos son una malformación vascular que toma un aspecto similar a una fresa en áreas subcutáneas de cara, extremidades, y otras regiones del cuerpo, incluido el sistema nervioso central.

Caso clínico: Femenina de 15 años, con historia de masa en área maxilar superior derecha, de cuatro años de evolución, de crecimiento progresivo hasta fosa nasal derecha, ocasionando deformación de la cara, de aproximadamente 5x5 cm. La angiorresonancia reportó malformación arteriovenosa de alto flujo. Se practicó intervención quirúrgica realizando ligadura de arteria labial superior, arteria lingual, y rama distal de arteria facial derecha las cuales nutrían la lesión, resecaando en su totalidad la masa, sin sangrado, y respetando mucosa nasal. La paciente permaneció hospitalizada dos días con antibióticos y antiinflamatorios esteroideos, evolucionando satisfactoriamente. El espécimen quirúrgico se envió a patología, el resultado histopatológico reportó lesión neoplásica de origen vascular benigna conformada por grandes espacios vasculares de aspecto cavernoso, tapizadas por células endoteliales tumefactas sin atipias, concluyendo hemangioma cavernoso de partes blandas de cara. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los hemangiomas son tumoraciones benignas y con alto grado de involución, pero con riesgo de provocar deformación permanente en cara. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección.

16TL. TAMIZ NEONATAL. EXPERIENCIA EN EL IHSS.

Lesby Marisol Espinoza Colindres^{1,2}, **Sandra Soad Velásquez Velásquez**^{1,3}, Delia Gertrudis Padilla^{1,4}. ¹Doctora en Medicina y Cirugía. ²Especialista en Pediatría y Endocrinología Pediátrica, Hospital María de Especialidades Pediátricas (HMEP) e Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Tegucigalpa. ³Especialista en Pediatría y Endocrinología Pediátrica, IHSS, Tegucigalpa. ⁴Especialista en Pediatría y Gastroenterología Pediátrica, HMEP, IHSS, Tegucigalpa. Honduras.

Antecedentes: El tamizaje neonatal comenzó con la detección precoz de la fenilcetonuria en 1934. En la década de 1960, Guthrie y Susi establecieron un método simple, rápido y confiable para diagnosticar la fenilcetonuria en muestras de

sangre seca sobre papel de filtro. Canadá fue el primer país en implementar el tamiz en 1975. Programas establecidos en Latinoamérica: Brasil (1976-97), Argentina (1985-96), México (1989-98), Cuba (1986), Chile (1988-89), Costa Rica (1990), Uruguay (1990). Las enfermedades consideradas como objetivo primario para tamizar deben cumplir las siguientes condiciones: 1. Poder detectarse en forma asintomática entre las primeras 24 y 48 horas después del nacimiento. 2. Poder identificarse mediante una prueba adecuada de sensibilidad y especificidad. 3. Existir datos probatorios suficientes sobre los beneficios de su detección temprana para poder aplicar un tratamiento efectivo. En Honduras no contamos con un programa nacional de tamizaje neonatal, pero en 2016 en el IHSS se inició un programa piloto de tamiz neonatal para enfermedades como hipotiroidismo congénito, galactosemia, hiperplasia adrenal congénita, fenilcetonuria y fibrosis quística. En abril de 2017 se logró implementar de manera obligatoria a todos los hijos de afiliados nacidos en la Institución o servicios subrogados. **Descripción de la experiencia:** Hasta la fecha la cobertura ha ido desde el 71% en 2017 a 100% en 2022. Se han detectado y confirmado 17 pacientes con diferentes patologías como hipotiroidismo congénito (5), galactosemia (4), hiperplasia adrenal congénita (4) y fibrosis quística (4). No se ha detectado ningún caso de fenilcetonuria. Con la detección precoz se ha evitado el retraso mental severo en los casos de hipotiroidismo congénito y la morbi-mortalidad de las otras patologías. **Lecciones aprendidas:** El tamiz neonatal se ha convertido, después de las vacunas, en el procedimiento más aceptado en la prevención pediátrica.

17TL. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE CRISIS HIPERTENSIVAS EN POBLACIÓN ADULTA DEL HOSPITAL DE OCCIDENTE, DE ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2022.

Dania Roxana Matamoros Portillo¹. Óscar Enrique Alvarenga Maldonado^{1,2}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía ²Especialista en Medicina Interna, Hospital de Occidente y Centro Médico Santa Rosa, Docente de Internado Rotatorio de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras y Universidad Tecnológica Centroamericana, Santa Rosa de Copán, Honduras.

Antecedentes: Alrededor del 1% de los pacientes hipertensos presentará una crisis hipertensiva. La urgencia hipertensiva es definida como la elevación de la presión arterial ($\geq 180/110$ mmHg) sin afectación de órgano diana. La emergencia hipertensiva se asocia a daño agudo de órgano, suele poner en riesgo la vida del paciente. La sintomatología más frecuente es: visión borrosa, cefalea, mareos, alteración del nivel de consciencia, parestias, convulsiones, disnea, ortopnea, dolor tipo coronario. Se deberá reducir la presión arterial entre un 20-25% en la primera hora. **Objetivo:** Determinar las principales características clínicas de los pacientes adultos con crisis hipertensivas en el Hospital de Occidente en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2022. **Metodología:** Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional. Se obtuvo una muestra de 109 participantes, con diagnóstico de crisis

hipertensivas en el Hospital de Occidente de enero a diciembre del año 2022, los datos fueron analizados con el software IBM SPSS Statistics 28. **Resultados:** Del total de pacientes con diagnóstico de crisis hipertensiva, el 63.3% fueron mujeres, el 90.5% tenía edad ≥ 46 años; las comorbilidades más frecuentes fueron: tabaquismo, diabetes y dislipidemia. Las urgencias hipertensivas predominaron en frecuencia ($n=84$) frente a las emergencias ($n=25$). El órgano diana con mayor afectación en las emergencias hipertensivas fue sistema nervioso central. Las manifestaciones clínicas, en orden de frecuencia, fueron: cefalea, agitación, dolor torácico, náuseas, dificultad para respirar, visión borrosa, vómitos, tinnitus. En el tratamiento farmacológico, el zofenopril fue el medicamento más utilizado con el 45.9%. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las crisis hipertensivas requieren un diagnóstico oportuno y un tratamiento variado según la afectación orgánica. Se debe suministrar fármacos de primera línea para el manejo de crisis hipertensivas y realizar tablas de riesgo cardiovascular en pacientes ≤ 40 años.

18TL. TERAPIA DE SUPRESIÓN ÁCIDA: INDICACIONES Y PERFIL DE PACIENTES DE MEDICINA INTERNA Y CIRUGÍA. HOSPITAL SANTA BÁRBARA INTEGRADO, HONDURAS

2021. José Obdulio González Pineda¹, Mario René Reyes Urrea¹, Claudia Raquel Corea Cruz¹, Marelly Elizabeth Oviedo Morales¹, Saúl Alejandro Mejía Rodríguez¹, Mariela Rivas Discua¹, Madeline Stephany Galo Coto¹. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. Profesionales independientes, Honduras.

Antecedentes: Los fármacos utilizados como terapia de supresión ácida (TSA) son ampliamente recetados a nivel mundial, a menudo de manera inapropiada. En Centroamérica, no se dispone de datos sobre su uso adecuado. **Objetivo:** Describir las indicaciones y el perfil de pacientes a quienes se les prescribió TSA en los servicios de Medicina Interna y Cirugía del Hospital de Santa Bárbara Integrado (HSBI) durante el periodo entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de 2021. **Metodología:** Estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo-correlacional y transversal con una muestra de 107 pacientes hospitalizados en las salas de Medicina Interna y Cirugía del HSBI, quienes recibieron TSA. Se revisaron los expedientes, y los datos se analizaron utilizando Microsoft Excel y SPSS. **Resultados:** Se encontró una edad media de 51 años y una media de 7.17 días de hospitalización. Los antihistamínicos-H₂, específicamente ranitidina, fueron los más utilizados (80.3%). El uso de inhibidores de bomba de protones (IBP) representó el 14.9%, siendo omeprazol el fármaco más comúnmente prescrito. En el 4.6% de los casos, se utilizaron ambas familias concomitantemente. Únicamente el 26.1% del total de pacientes tenía una indicación apropiada de TSA. Las principales indicaciones apropiadas para TSA fueron la prevención de gastropatía inducida por AINE (50.0%), profilaxis de úlcera por estrés en pacientes críticamente enfermos (25.0%), sangrado digestivo alto (14.2%) y dispepsia funcional y/o dispepsia no investigada (10.7%). **Conclusiones/Recomendaciones:** A pesar de las claras indicaciones establecidas en las guías clínicas, se observó un

uso inapropiado de TSA en muchos pacientes, lo que generó un gasto innecesario y expuso a los pacientes a riesgos evitables. Se insta a ser cauteloso al prescribir fármacos, basándose en la medicina basada en evidencia y siguiendo las guías clínicas actualizadas, adoptando un enfoque individual y holístico del paciente.

19TL. FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL HOSPITAL MANUEL DE JESÚS SUBIRANA, YORO. María José López Gutiérrez¹. ¹Doctora en Medicina y Cirugía, Máster en Epidemiología, Región Departamental de Salud, Yoro, Honduras.

Antecedentes: La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad compleja que requiere atención médica continua y especializada, y en la que se debe establecer un control glucémico y de los riesgos multifactoriales con el fin de reducir las complicaciones agudas y el riesgo de padecer complicaciones a largo plazo.

Objetivo: Establecer la relación entre los factores de riesgo y el control glucémico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Manuel de Jesús Subirana del departamento de Yoro. **Metodología:** Estudio observacional analítico de casos y controles retrospectivo con una proporción 3:1, en un grupo de pacientes con diagnóstico conocido de diabetes mellitus tipo 2, que fueron atendidos en el hospital Manuel de Jesús Subirana durante los meses de noviembre y diciembre del año 2019. **Resultados:** Los pacientes con evolución de la enfermedad de más de 10 años tenían 3.32 veces la posibilidad de tener una hemoglobina glicosilada $\geq 7\%$ ($p=0.007$), los pacientes que presentaban una dieta inadecuada tenían 9.92 veces la posibilidad de tener un mal control glicémico ($p=0.000$), así como los pacientes con un estilo de vida desfavorable y los pacientes que utilizaron insulina como parte de su tratamiento con 5.9 ($p=0.000$) y 2.25 ($p=0.04$) veces la posibilidad de tener un mal control glucémico respectivamente.

Conclusiones/Recomendaciones: El estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 es un factor asociado al control glucémico de los pacientes, siendo un factor modificable y que según la ADA recomienda tratar a fin de reducir el riesgo de complicaciones y mortalidad en estos pacientes.

20TL. CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE ABSCESO HEPÁTICO, HOSPITAL DE PUERTO LEMPIRA, HONDURAS, 2021. Katina Mejía¹. ¹Doctora en Medicina y Cirugía, Médico Asistencial, Hospital de Puerto Lempira, Gracias a Dios, Honduras.

Antecedentes: Los abscesos hepáticos son una causa importante de morbimortalidad, y su incidencia mundial es de 2.3/100,000 habitantes. El Hospital de Puerto Lempira presentó tasas de incidencia en 2018 de 11, en 2019 de 13, en 2020 de 22, y 2021 de 40 por cada 100,000 habitantes. **Objetivos:** Describir epidemiológicamente los casos de absceso hepático reportados por el Hospital de Puerto Lempira en 2021,

enumerar las principales complicaciones, y su tasa de letalidad.

Metodología: Estudio descriptivo transversal del 1 de enero al 31 de diciembre 2021, la población son los casos de absceso hepático diagnosticados en el Hospital de Puerto Lempira, utilizando la base de datos de la Subdirección de Gestión de Información, y revisión de expedientes clínicos del Hospital de Puerto Lempira para realizar un listado lineal en Microsoft Excel. Se empleó medidas de tendencia central (mediana) y de dispersión (rango) y frecuencia (razón, proporción y tasa).

Resultados: El 55% de casos proceden del municipio de Puerto Lempira; el 79% son hombres, cuya edad promedio es de 29 años (rango de 3-72 años); los síntomas principales son fiebre (76%), dolor en cuadrante superior derecho (69%) y diarrea (31 %); se encuentra en 38% leucocitosis mayor a 20,000. Las complicaciones más frecuentes son derrame pleural (42%), ruptura (25%) y pleuritis generalizada (17%). Se observó tendencia de aumento de casos en 2021.

Conclusiones/Recomendaciones: El diagnóstico es clínico, en ocasiones por ultrasonido; el manejo brindado es con antibioticoterapia y drenaje quirúrgico. Se debe utilizar métodos para determinar agente causal, y por los diferentes esquemas de antibioticoterapia prescritos, es necesario protocolizar el tratamiento de primera línea.

21TL. SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO PEDIÁTRICO EN EL HOSPITAL DE OCCIDENTE: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO.

Diana Elizabeth Arita¹. Lidia María Prado López^{1,2}. ¹Doctora en Medicina y Cirugía. ²Especialista en Pediatría y Neumología Pediátrica, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras.

Antecedentes: El síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico (MIS-C) es una complicación grave posterior a la infección por SARS-CoV-2, con manifestaciones similares al choque séptico o a la enfermedad de Kawasaki, y puede dejar secuelas cardíacas graves. **Objetivo:** Describir la presentación clínica y la respuesta al tratamiento del MIS-C en los pacientes ingresados en el Hospital de Occidente de enero a diciembre de 2022.

Metodología: Estudio observacional, enfoque cuantitativo, alcance descriptivo, transversal. Se incluyó la totalidad de niños ingresados en la sala de Lactantes, Pediatría y COVID-19 del Hospital de Occidente con el diagnóstico confirmado de MIS-C en el periodo de estudio ($n=26$) **Resultados:** Las características sociodemográficas son: lactantes ($n=19$, 73%), con relación hombre: mujer 1:1, procedentes de Santa Rosa de Copán ($n=11$, 43%), El Paraíso ($n=7$, 26%) y Dulce Nombre ($n=4$, 15%). No hubo ingreso por MIS-C junio, noviembre y diciembre, pero fue causa frecuente de ingreso en marzo, abril, julio y septiembre ($n=4$ /mes). Los familiares desconocían antecedente de COVID previo ($n=24$, 92 %). La presentación clínica es: fiebre ($n=26$, 100%), dolor abdominal ($n=16$, 72%), diarrea ($n=15$, 63%), exantema ($n=16$, 61%), convulsiones o encefalopatía ($n=3$, 11%) cambios en mucosa oral ($n=5$, 19%), y conjuntivitis no exudativa ($n=2$, 7 %). Se clasificó como variante MIS-C ($n=20$,

77%) y Kawasaki-like (n=6, 23%). Se administró esteroides (n=26, 100%) inmunoglobulina (n=22, 78%) y tocilizumab (n=1) Egresaron sin secuelas 88% (n=22), y 11% (n=3) fueron referidos por complicaciones cardíacas. **Conclusiones/ Recomendaciones:** MIS-C afecta a menores de 2 años, se manifiesta como variante MIS-C. En casi la totalidad de casos, no se identificó un antecedente claro de infección por SARS-CoV-2, lo cual atestigua la cualidad subclínica de este en la población pediátrica. Hubo buena respuesta al tratamiento con inmunoglobulina intravenosa al egresar sin secuelas.

22TL. CONDICIONES EPIDEMIOLÓGICAS DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN INDÍGENAS PECH, PROPUESTA DE INTERVENCIÓN, SANTA MARÍA DEL CARBÓN, OLANCHO, HONDURAS 2017- 2021. Alexander Ariel Durón Martínez^{1,2}, Elizabeth Casco Funes de Núñez^{1,3}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, ²Médico Asistencial, Centro Médico Hondureño de Especialidades y Centro Médico Génesis. ³Doctora en Ciencias con orientación en Ciencias Administrativas e Investigación, Máster en Educación Superior, Máster en Prevención y Protección de Riesgos Laborales con Especialidad en Salud Ocupacional, San Pedro Sula.

Antecedentes: La Organización Mundial de la Salud reconoce a la leishmaniasis como una de las 10 enfermedades tropicales desatendidas con más de 12 millones de casos al año, encontrándose de manera endémica en 12 de los 18 departamentos del país afectando principalmente las áreas rurales de estos. En 2021 se reportaron 777 casos de leishmaniasis cutánea en Honduras, de los cuales el 20% se reportaron en el departamento de Olancho. **Objetivo:** Determinar las condiciones epidemiológicas y clínicas que predisponen a leishmaniasis cutánea en indígenas pech de entre 19 y 50 años diagnosticados en la Unidad de Atención Primaria en Salud (UAPS) Santa María del Carbón, San Esteban, Olancho, en el periodo entre enero 2017 y diciembre 2021. **Metodología:** Estudio descriptivo, de cohorte trasversal que incluyó pacientes pech de entre 19 y 50 años diagnosticados con leishmaniasis cutánea en la UAPS Santa María del Carbón entre enero 2017 y diciembre 2021. **Resultados:** Del total de 35 individuos estudiados, el 74% emigraron de Santa María del Carbón a el caserío de Río Verde, Iriona, Colón, lugar donde los individuos se contagiaron. El 88% de la población no utilizaba medidas de protección contra la enfermedad, el 91% de los individuos afectados fueron hombres, con edad media de 29 años. La región anatómica más frecuentemente afectada es cara con 26%, y el síntoma más frecuente es prurito con 31%. El tiempo medio transcurrido para la búsqueda de atención sanitaria fue 51 días, alcanzando el 100% de la recuperación luego del tratamiento antiprotozoario. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Los esfuerzos de combate y prevención de esta enfermedad deben enfocarse en las temporadas previas a la migración de la población a zonas montañosas donde más comúnmente contraen esta enfermedad.

23TL. INCREMENTANDO LA CAPACIDAD INVESTIGATIVA DEL POSGRADO DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN. Edna Maradiaga¹, José Elpidio Sierra², Jackeline Alger³, Mauricio Gonzales⁴, Leonardo Ramsés Sierra².¹Universidad Nacional autónoma de Honduras (UNAH), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Departamento de Medicina Física y Rehabilitación; Tegucigalpa Honduras. ²Universidad Nacional autónoma de Honduras (UNAH), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Posgrado de Medicina Física y Rehabilitación; Tegucigalpa, Honduras. ³Secretaría de Salud, Hospital Escuela, Departamento de Laboratorio Clínico, Servicio de Parasitología; Tegucigalpa, Honduras. ⁴Universidad Nacional autónoma de Honduras (UNAH), Facultad de Ciencias Médicas (FCM) Instituto de Investigación de Ciencias Médicas y Derecho a la Salud (ICIMEDES), Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Los posgrados clínicos de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), tienen limitada producción científica por la no sistematización del proceso y el poco tiempo que se le dedica. **Descripción de la experiencia:** El Posgrado de Medicina Física y Rehabilitación (PMFR) FCM-UNAH fue creado en 2005; parte de los requisitos de graduación incluye módulo de investigación y defensa de una investigación. En 2010 se estableció una sinergia entre la Unidad de Investigación Científica (UIC) FCM-UNAH y el PMFR con el fin de incrementar, mejorar la calidad y relevancia de la investigación. A inicios, la colaboración consistía en brindar asesorías puntuales a proyectos de los residentes del PMFR, posteriormente se implementa cursos de metodología y ética de la investigación de forma presencial y virtual. <https://globalhealthtrainingcentre.tghn.org>. En 2012 la UIC apoyó el proceso de identificación y priorización de las líneas de investigación del PMFR contribuyendo a realizar investigaciones que respondan a problemas de salud priorizados. Se han realizado aproximadamente 25 proyectos de investigación en áreas: clínica y epidemiológica. En 2014 se iniciaron estudios nacionales ejecutándose de forma conjunta entre residentes y estudiantes del último año de la carrera de medicina; midiendo la discapacidad en diferentes poblaciones: económicamente activa, adulto mayor e infantil, aplicando instrumentos estandarizados a nivel internacional. En 2015, siguiendo lineamientos del Sistema de Investigación de Ciencia y Tecnología (SICyT)-UNAH se conformó grupo de investigación: Función, Discapacidad y Salud integrado por asesores temáticos y metodológicos; docentes de la UNAH, médicos fisiatras del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Hospital Escuela y estudiantes del PMFR, realizando actividades de investigación, capacitación, vinculación-sociedad. **Lecciones aprendidas:** El trabajar sistemática y organizadamente ha permitido desarrollar capacidades en docentes, residentes del posgrado, además de fortalecer el ecosistema de investigación en salud al incrementarse el número y calidad de las investigaciones.

24TL. UTILIDAD DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN LA VALORACIÓN DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO ASOCIADO A ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN NIÑOS PREESCOLARES Y ESCOLARES. Marlon Fernández Aragón¹.

¹Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Pediatría, Gastroenterología y Nutriología Pediátrica, Unidad de Endoscopia Digestiva, Hospital CEMESA, San Pedro Sula, Honduras.

Objetivo: Determinar patologías digestivas con reflujo gastroesofágico asociado a enfermedades respiratorias en niños de 3 a 12 años a través de la evaluación endoscópica digestiva. **Metodología:** Se tomó a la población comprendida entre los 3 y los 12 años que fueron referidos por médicos o por sus padres para evaluación por reflujo gastroesofágico como sospecha de causa desencadenante de enfermedad respiratoria recurrente que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Gastro-Nutrición Pediátrica del Hospital CEMESA, durante los años 2013-2019, siendo un total de 81 pacientes. La metodología consistió en tabular en formulario los síntomas respiratorios referidos que fueron presumiblemente asociados a diversos síntomas por reflujo gastroesofágico. Se cito a los pacientes a la Unidad de Endoscopia del Hospital CEMESA, para realización de endoscopia digestiva bajo sedación, con tomas de biopsias (esófago, gástrico, duodeno) para estudio histopatológico. **Resultados:** El 45% de género femenino y 55% masculino, con edad media de 6.5 años. Los principales motivos de referencia fueron tos crónica (n=31), laringitis recurrente (n=19), asma bronquial (n=17), rinosinusitis persistente (n=9) y faringoamigdalitis crónica (n=5). Los síntomas digestivos asociados fueron: 63% dolor abdominal, 39% náuseas, 37% halitosis, 26% vómitos, 24% distensión/sensación de llenura y 17% pirosis. En la evaluación endoscópica e histológica, 67% tenía algún grado de esofagitis, 53% gastritis, 43 % gastropatía por *Helicobacter pylori*, 27% duodenitis hiperplásica, 12% duodenitis eosinofílica y 9% gastropatía foveoalveolar. **Conclusiones/ Recomendaciones:** En la asociación del reflujo gastroesofágico con enfermedades respiratorias, la evaluación endoscópica digestiva demostró en el 76% enfermedad gastrointestinal.

25TL. INCIDENCIA DE SOBRECRECIMIENTO INTESTINAL BACTERIANO EN NIÑOS ESCOLARES CON DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE UTILIZANDO LA PRUEBA DE HIDRÓGENO ESPIRADO. Marlon Fernández Aragón¹.

¹Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Pediatría, Gastroenterología y Nutriología Pediátrica, Unidad de Endoscopia Digestiva, Hospital CEMESA, San Pedro Sula, Honduras.

Objetivo: Determinar la incidencia de pacientes pediátricos escolares con dolor abdominal recurrente que presentaron sobrecrecimiento intestinal bacteriano a través de la prueba de hidrógeno espirado. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal, se tomó a la población comprendida entre 6 y 12

años con dolor abdominal recurrente que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Gastro-nutrición Pediátrica del Hospital CEMESA y que cumplieron los criterios de Roma IV, durante el periodo del 1 de marzo del 2019 al 28 de febrero del 2020, siendo un total de 52 pacientes. Se realizó un estudio descriptivo transversal, cuya metodología consistió en citar a los niños con dolor abdominal recurrente para la realización de prueba de hidrogeno espirado, bajo los protocolos de validez y utilizando el equipo Gastrolyser Bedfont Scientific Ltd. **Resultados:** El total de pacientes fue 52, el 53% de sexo femenino y 47% masculino, con edad media de 9.1 años, 100% residentes del área urbana, 100% refirieron una condición socio-económica no precaria/pobre, buena condición de saneamiento ambiental y agua potable. El 91% había recibido algún tratamiento farmacológico: 79% antiparasitarios, 27% inhibidores de bomba de protones y 21% antibióticos para *Helicobacter pylori*. El 100% presentaban como síntoma principal dolor abdominal recurrente, 41% distensión abdominal, 35% hiporexia, 31% episodios de diarrea, 29% flatulencia, 19% náuseas. De la totalidad de pacientes el 47% dio prueba positiva (valor mayor a 20 ppm) por sobrecrecimiento intestinal bacteriano a través de la prueba de aire espirado por el equipo Gastrolyser. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El sobrecrecimiento intestinal bacteriano representa una de las principales causas de dolor abdominal recurrente en la edad pediátrica escolar.

26TL. INCIDENTALOMA SUPRARRENAL COMO FORMA DE PRESENTACION DE FEOCROMOCITOMA: REPORTE DE CASO. Miguel Orlando Rivera Echeverría^{1,2}, Julia Nohemy Hernández Maradiaga^{1,3}.

¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Especialista en Cirugía General y Endocrina, Hospital Rosales, San Salvador. ³Residente de Tercer Año, Postgrado de Cirugía General, Hospital Rosales, San Salvador.

Antecedentes: El feocromocitoma es un tumor que produce catecolaminas, tiene una frecuencia de 1 a 2 por cada 100,000 habitantes. La tríada clínica clásica consiste en cefalea (80%), palpitations (64%) y diaforesis (57%). **Caso clínico:** Femenina de 51 años, diabética, con dolor abdominal en flanco derecho de 8 meses de evolución, cefalea ocasional, sudoración y *flushing* facial transitorios. Examen físico normal. Tomografía abdominal reportó masa sólida, heterogénea, bien definida, originándose en la glándula adrenal derecha, de 5.4 x 5.7 x 7.4 cm. Metanefrinas totales en orina elevadas (3,610 mcg/24h). Se realizó adrenalectomía total derecha, abordaje subcostal derecho, y durante el trans y postoperatorio la paciente presenta cifras tensionales normales, en buen estado, sin requerir ningún tratamiento y con mejoría de los síntomas tras la cirugía. El análisis histopatológico reportó feocromocitoma. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Del 5-10% de los incidentalomas son feocromocitomas, esto se debe a que las manifestaciones clínicas se mantienen silentes durante años, aproximadamente el 10% son malignos, el pronóstico es bueno, excepto en los casos de malignidad donde la tasa de supervivencia a los 5 años es menor del 50%.

27TL. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE ISLAS DE LA BAHÍA, HONDURAS EN 2022. Óscar Alberto Castejón Cruz^{1,2}, César Eduardo Sabio Valdez^{1,3}, Jorge Raúl Maradiaga Chirinos⁴, Hugo David Saucedo Acosta⁵. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Máster en Gerencia de Servicios de Salud, Máster en Dirección Estratégica de Organizaciones de Salud. Región Departamental de Salud número 11, Hospital Público de Roatán. ³Máster en Gerencias de Servicios de Salud. ⁴Ingeniero en Sistemas, Docente e Investigador de Postgrado, Universidad Tecnológica Centroamericana. ⁵Doctor en Cirugía Dental, Región Departamental de Salud número 11, Establecimiento de Salud Los Fuertes, Roatán, Honduras.

Antecedentes: La calidad es la capacidad que tiene un producto o servicio de satisfacer los deseos y necesidades de un cliente en un momento específico, y depende de la percepción de las personas. **Objetivo:** Implementar los modelos SERVQUAL y SERVQHOS para evaluación de calidad en la atención sanitaria en los establecimientos de primer y segundo nivel y generar un plan de mejora en el departamento de Islas de la Bahía. **Metodología:** Estudio no experimental, transversal, descriptivo, con enfoque cuantitativo; el objeto de estudio fue la población mayor de 18 años que acudió a los establecimientos de primer y segundo nivel. Los instrumentos utilizados fueron los modelos SERVQUAL y SERVQHOS, se calcularon brechas que identificaron cinco distancias que causan problemas en la calidad del servicio, se calculó media, desviación típica y alfa de Cronbach; asimismo se calculó el índice de calidad; el procesamiento de los datos se realizó con el programa STATA V.16 y Microsoft Office Excel. **Resultados:** De 383 pacientes encuestados, 48% fueron mujeres y 52% hombres. De acuerdo a percepción, las brechas de las dimensiones de empatía -0.53, confiabilidad -0.35, seguridad -0.08, responsabilidad -0.01 fueron las peores calificadas, dimensión de bienes tangibles 0.147 fue la mejor calificada, en base a estos datos, la escala de Likert nos demostró que la expectativa de calidad 45.7% y percepción 43.3% se consideraron insatisfechas; el índice de calidad -0.83 estadísticamente correspondió a un déficit o falta de calidad. **Conclusiones/Recomendaciones:** La expectativa y percepción de la calidad de los servicios fueron insatisfechas, reflejado en quejas, reclamos y denuncias ante los medios de comunicación, impacto en la sociedad, desprestigio de instituciones y, en algunos casos procesos judiciales. Recomendamos utilizar escalas de medición de satisfacción del usuario, aportando mayor capacidad diagnóstica, de seguimiento y evaluación de intervenciones que orienten la toma de decisiones gerenciales.

28TL. CASO CLÍNICO: CUIDADOS PALIATIVOS ATENCION INTEGRAL Y NECESIDAD DE ATENCIÓN. Bayron Josué Degrandes^{1,2}, Eddy José Martínez^{1,3}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, ²Especialista en Medicina Interna, Instituto Nacional Cardiopulmonar e Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Tegucigalpa. ³Especialista en Medicina Interna del IHSS y Hospital Militar, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Los cuidados paliativos son la atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales; abarcando al paciente, su entorno y su familia. **Caso clínico:** Masculino de 50 años, con astenia, adinamia y dispepsia de 1 mes de evolución; acompañado de tinte icterico de 1 semana, progresivo de escleras a cara, además de fiebre y melena de 2 días. Ingresándose como síndrome icterico obstructivo, con TAC abdominal contrastada con dilatación de la vía biliar y masa en región ampular, signo de Courvoisier-Terrier y hepatomegalia; endoscopia digestiva evidencia lesión ulcerada, biopsia reporta adenocarcinoma moderadamente diferenciado ulcerado infiltrante, estadificándose en estadio IV. Fue evaluado por Oncología, indicándose manejo paliativo. Se optimiza manejo brindando soporte en contexto paliativo: drenaje biliar externo con franca mejoría de ictericia y prevención de colangitis; amplia cobertura antibiótica e hidratación; manejo de síntomas gastrointestinales con procinético y manejo del dolor con morfina; apoyo psicológico por ansiedad y depresión; además de acompañamiento espiritual. Paciente con scores: Karnofsky 40 pts, Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) elevados, puntajes de pronósticos Palliative Prognosis Index (PPI) y Pap Score con una sobrevida menor a 30 días. En conjunto con la familia y paciente con voluntades anticipadas se da manejo domiciliario falleciendo 25 días después. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La valoración integral del paciente es la esencia del abordaje en cuidados paliativos, la aplicación de herramientas y abordaje con base en necesidades permite la monitorización durante el seguimiento del paciente, y trazar un plan de tratamiento individualizado para cada enfermo y su familia.

29TL. SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO: PROPÓSITO DE UN CASO. Mario Javier García Martínez¹. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Legal y Forense, Máster en Bioética, Docente y Coordinador del Postgrado de Medicina Legal y Forense, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Docente Universidad Tecnológica Centroamericana, Tegucigalpa; Estudiante de quinto año de Derecho UNAH.

Antecedentes: El síndrome del niño maltratado fue inicialmente mencionado a mediados del siglo XIX. Sin embargo, su caracterización se presentó hasta años más tarde, dentro de un espectro que suele caracterizarse por diferentes tipos de maltratos físicos que pueden incluir golpes, sacudidas, lanzamientos, caídas de difícil explicación (historias fantasiosas), quemaduras sofocaciones, en algunos casos puede incluir maltrato psicológico y hasta sexual. **Caso clínico:** Se presenta un caso clínico de una niña de 3 años que sufrió del síndrome del niño maltratado por parte de su madrastra. Producto de los hallazgos en la autopsia médico legal, se determinó inconsistencias entre historia relatada por parte de la madrastra, y sus hallazgos físicos que relataban una historia de desnutrición crónica, contusiones simples de diferente data, ruptura de víscera hueca y movilidad dental, situación que ofrecía un cuadro más objetivo de lo que realmente le ocurrió a la niña. Dos años posterior a los hechos cometidos, se llegó a la etapa judicial del juicio oral y público. Se acusó a la imputada de los delitos de homicidio y de transgresión alimentaria (por la desnutrición crónica que presentó la niña al momento de la autopsia). El Tribunal de Sentencia se guió por la prueba científica y se declaró culpable a la madrastra de la muerte de la niña. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Es un síndrome de mucha importancia, que suele pasar desapercibido en muchas ocasiones, pero debe ser una posibilidad diagnóstica al momento de la atención clínica.

30TL. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER A LA SOMBRA DE UNA PANDEMIA. Polet Portillo-Cáliz¹. ¹Doctora en Medicina y Cirugía, Máster en Salud Pública, Docente Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana, Tegucigalpa; Estudiante de quinto año de Derecho, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa.

Antecedentes: La violencia contra la mujer es la otra cara de la pandemia, un problema de salud pública agudizado en el confinamiento del COVID-19, y constituye una violación de los derechos humanos. La discriminación y perspectiva de género tema se ha vuelto viral en el mundo por las muchas intrigas y controversias que produce, pero en Honduras existen condiciones desfavorables para las mujeres en cuanto a oportunidades, estigmatización y el reforzamiento de los estereotipos hacia la mujer. Es, por tanto, un problema normalizado y vuelto invisible. **Objetivo:** Analizar las repercusiones de la violencia contra la mujer en medio de una pandemia. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, con muestreo no probabilístico, por conveniencia, se instrumentó a través de una

encuesta en línea con preguntas abiertas y cerradas, a 195 mujeres hondureñas. **Resultados:** Se identificó que 71% de las mujeres entre 18 y 25 años sufrieron de violencia durante la pandemia, 93.3% tuvieron algún tipo de cambio en su rutina diaria por la pandemia de COVID-19. El 35% de mujeres han sufrido algún tipo de violencia, ya sea psicológica, patrimonial, sexual o física. El 47.9% de encuestadas reciben un sueldo menor al salario mínimo, 75.9% viven en el área urbana, y 93% creen que los niveles de violencia contra la mujer aumentaron durante la pandemia. **Conclusiones/Recomendaciones:** Si bien la pandemia del COVID-19 llegó a su fin, la violencia contra las mujeres es una pandemia actual, y las repercusiones que causa la violencia en la mujer no son solo físicas, patrimoniales y emocionales. Actualmente, Honduras es el país con la tasa de feminicidios más alta de la región latinoamericana. Se debe garantizar el derecho a la salud de las mujeres, lo cual implica considerar su bienestar integral, es urgente ejecutar acciones y políticas públicas en salud.

31TL. MUERTE VIOLENTA EN MENORES DE 5 AÑOS, A NIVEL NACIONAL REGISTRADA EN HOSPITALES PÚBLICOS, 2013-2022. Alejandra Marcela Ventura Hernández^{1,2}, José Mauricio Díaz^{1,2}, Alejandra Portillo^{1,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, ²Residente de tercer año de Medicina Legal y Forense, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa. ³Especialista en Medicina Legal y Forense. ⁴Máster en Salud Pública.

Antecedentes. En la sociedad, los niños son los miembros más vulnerables de la población, mundialmente según la Organización Mundial de la Salud cada minuto mueren 20 niños menores de 5 años. En Honduras la violencia hacia la niñez es un problema latente, existen pocos estudios sobre muerte violenta, particularmente en menores de 5 años, lo que concierne a la noción desde el ámbito de la medicina legal y forense y salud pública. Persiguiendo la disminución de la mortalidad en menores de cinco años; esta investigación consiste en la consolidación de información de campo esencial para la toma de decisiones adaptadas a la realidad de Honduras. **Objetivo:** Caracterizar la serie de casos de muerte violenta en menores de 5 años a nivel nacional registradas en hospitales públicos en el periodo 2013-2022. **Metodología:** Investigación descriptiva, retrospectiva de corte transversal que incluye casos de muertes violentas en menores de 5 años reportadas a la Secretaría de Salud a nivel hospitalario público en los años 2013-2022. **Resultados:** Se identificaron 128 casos. El sexo masculino predominó con 65%. En la zona norte del país predominó en procedencia y registro de muertes específicamente Cortés se registraron 31% de muertes y procedían 16% de difuntos. El Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas reportó la mayoría de los casos con 31.25%. El grupo etario predominante fue de 1-4 años 11 meses con 29 días con 61.72%. Otras causas externas de traumatismos accidentales son la causa externa que predominó con 68%. Los años 2014 (19.11 por cada 1000 nacidos vivos) y 2015 (19.95 por cada 1000 nacidos vivos)

tuvieron la mayor tasa de mortalidad en la década estudiada. **Conclusiones/Recomendaciones.** Ampliar la red de Clínicas Materno Infantiles, así como su equipamiento para una oportuna atención al menor de 5 años en casos de trauma.

32TL. DISPARIDADES EN LA FORMACIÓN EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR ENTRE MÉDICOS DE CINCO PAÍSES DE AMÉRICA LATINA. Norma Isabel Murillo Castellanos^{1,2}. Carlos José Solís Almendárez^{1,2}. Nubia Guadalupe Sierra Irías^{1,2}. Ruth Eunice Aguilar Robleto^{1,2}. Eleana Marixa Alvarado Gúnera^{1,2}. Valeria Jerez Moreno^{1,3}. Marco Allan Cáliz Cerrato¹. Roque Antonio Soriano Turcios^{1,4}. Orlando Efraín Reyes Guerra^{1,5}. Aída Rodríguez-Murillo^{1,6}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Médico Asistencial Área Amarilla, Emergencia Unificada, Hospital Escuela, Tegucigalpa. ³Emergencia de Adultos, Hospital de Especialidades, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa. ⁴COPECO, Dirección Nacional de Emergencia Sanitaria, Unidad Sanitaria Interventora. ⁵Área de Labor y Parto, Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, San Pedro Sula. ⁶Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras.

Antecedentes: La reanimación cardiopulmonar (RCP) mejora las tasas de morbilidad y mortalidad en la parada cardiaca. Sin embargo, faltan datos sobre cómo el acceso a la formación de reanimación cardiopulmonar en países latinoamericanos afecta a la tasa global de supervivencia tras este tipo de evento. **Objetivo:** Calcular la formación de RCP en cinco países latinoamericanos e identificar disparidades significativas. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal multinacional, llevado a cabo en México, Guatemala, El Salvador, Honduras y Perú de junio a julio de 2021. Se administró a los médicos una encuesta utilizando REDcap. **Resultados:** Los datos recogidos de 541 médicos en cinco países latinoamericanos revelaron que el 83.9% de los médicos tenían formación básica en RCP, el 78.8% tenían formación en Soporte Vital Básico (BLS), y el 48.8% tenían formación en Soporte Vital Cardíaco Avanzado (ACLS), pero sólo el 25.7% tenía una certificación ACLS activa. La mayoría de los participantes (98.3%) consideraba que la tasa de supervivencia aumentaría si todos los médicos estuvieran certificados en ACLS. **Conclusiones/Recomendaciones:** La mayoría de los médicos declararon haber recibido algún tipo de formación básica en RCP, alrededor de la mitad de ellos habían recibido formación específica para realizar el ACLS, pero sólo la mitad contaba con una certificación activa. Estos hallazgos pueden ayudar a orientar a los países de América Latina para incluir la capacitación en BLS y ACLS como formación obligatoria. Alentamos a los países latinoamericanos

a aumentar el número de centros de capacitación autorizados y su accesibilidad para los médicos.

33TL. SÍNDROME DE OGILVIE: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA, HOSPITAL DE SAN LORENZO, 2022. Elissa Daniela Hernández Maradiaga^{1,2}, Saúl Edgardo Juárez Matamoros^{1,3}, Edgardo Daniel Juárez Matamoros^{1,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, ²Especialista en Medicina Interna, Hospital Regional del Sur. ³Especialista en Cirugía General, Jefe del servicio de Cirugía del Hospital de San Lorenzo, Especialista de Guardia de Hospital General del Sur, ⁴Asistencial, Hospital de San Lorenzo, Honduras.

Antecedentes: El síndrome de Ogilvie (SO) es un trastorno funcional del tránsito intestinal del colon, sin causa mecánica aparente. Es una entidad poco frecuente. Si el diagnóstico es inadecuado puede tener alta mortalidad. Honduras carece de casos documentados de SO. **Caso clínico:** Masculino de 60 años, con insuficiencia renal crónica. Ingresó con estreñimiento, debilidad generalizada y somnolencia, deshidratado, abdomen con ruidos intestinales hipoactivos, leve distensión, timpánico, no irritación peritoneal, con sodio de 110 mmol/L y potasio de 2.8 mmol/L. Al tercer día intrahospitalario presentó habla incoherente, aumento de la distensión abdominal aunque sin irritación peritoneal. La radiografía de abdomen mostró severa dilatación de asas intestinales, predominio en colon, con diámetro de hasta 9 cm en sentido transversal, sin signos de perforación intestinal, TAC abdominal con severa dilatación de colon derecho, con abundante gas y líquido en su interior. Se da manejo médico y luego presentó fiebre, hipotensión, leucocitosis, mayor distensión abdominal y dolor abdominal. Se realizó LAPE encontrándose dilatación colónica, bridas adherentes en colon descendente; se realizó lisis de las bridas y descompresión colónica, al cuarto día postoperado mostró distensión abdominal, con signos de irritación peritoneal, por lo que se realizó LAPE encontrándose vólvulo sigmoide no isquémico y colon severamente dilatado, sin obstrucción, se realiza colostomía y es dado de alta al cuarto día. Diez meses después, se realizó cierre de colostomía y al cuarto día presentó dolor y distensión abdominal, por lo que nuevamente se somete a cirugía encontrándose dilatación severa del colon, anastomosis de colon descendente y recto sin fugas, ni estrecheces, múltiples bridas y adherencias de intestino delgado y colon, isquemia de ciego, manteniéndose hospitalizado por 16 días y dado de alta en buen estado general. **Conclusiones/Recomendaciones:** El SO es un trastorno intestinal, la causa es desconocida y con el manejo adecuado tiene buen pronóstico.

34TL. PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO DE MECKEL POR CUERPO EXTRAÑO INUSUAL.

Sara Elizabeth Milla Salguero¹, Eduardo Smelin Perdomo Domínguez¹, Enrique Adalberto Medina^{2,3}, Alejandra Hause^{2,4}. ¹Médico en Servicio Social, Universidad Católica de Honduras. ²Doctor en Medicina y Cirugía. ³Residente de tercer año de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), San Pedro Sula (SPS). ⁴Especialista en Cirugía Pediátrica, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal. Ocurre como resultado de obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico. Su prevalencia es alrededor de 2% en población general, frecuente en menores de 2 años de edad, mide usualmente 2 cm. Se manifiesta clínicamente en 33% de los pacientes, 16% permanecen asintomáticos, y se vuelve un hallazgo accidental en procedimientos quirúrgicos. Se complica 4% de los casos, siendo frecuentes obstrucción intestinal secundaria a intususcepción/adherencias, ulceración, diverticulitis y ocasionalmente perforación. Infrecuentemente, la perforación puede ser por ingestión de un cuerpo extraño, teniendo mal pronóstico en caso de diagnóstico tardío. **Caso clínico:** Masculino de 13 años acude al servicio de urgencias con historia de dolor abdominal de 24 horas de evolución, localizado en epigastrio, tipo cólico, intensidad moderada, irradiado a fosa iliaca derecha exacerbado al deambular, acompañado de un episodio de diarrea abundante, sin sangre. Niega fiebre, vómitos. Único antecedente ingesta ocasional de residuos maderales de paletas de helado. El hemograma muestra 24,200 leucocitos con neutrófilos 86.6% por lo cual se da manejo como apendicitis complicada. Durante la laparotomía exploratoria, se encontró un apéndice cecal con características normales y moderada cantidad de líquido purulento en hueco pélvico. Por hallazgos descritos, se decide evaluar íleon distal, visualizando divertículo de Meckel de base ancha, perforado con cuerpo extraño en sitio de la perforación sugestivo de astilla de madera, ubicado a 80 cm de la válvula ileocecal. Se realiza resección intestinal más anastomosis término-terminal. El paciente evolucionó favorablemente, sin complicaciones postoperatorias. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El hallazgo de un apéndice con características normales implica la necesidad de una exploración exhaustiva de 180 cm de íleon para localizar el divertículo. Todo divertículo de Meckel sintomático debe ser intervenido quirúrgicamente, ya que retrasar el diagnóstico y tratamiento aumenta la morbimortalidad.

35TL. HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA EN EMERGENCIA.

Eddy José Martínez^{1,2}, Bayron Josue Degrandes^{1,3}, Olman Daniel Gradis¹. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, ²Especialista en Medicina Interna, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y Hospital Militar, Tegucigalpa. ³Especialista en Medicina Interna, Instituto Nacional Cardiopulmonar e IHSS, Tegucigalpa.

Antecedentes: La hipertrigliceridemia es la dislipidemia caracterizada por el aumento de niveles séricos de triglicéridos asociado a alteraciones en el metabolismo lipoproteico. La hipertrigliceridemia severa es la concentración de triglicéridos mayor de 1000 mg/dL, con etiología multifactorial y clasificada como primaria o secundaria. Se le considera factor independiente de enfermedad cardiovascular aterosclerótica y se asocia a pancreatitis aguda hasta en 10% de los casos, con mortalidad de 30%. El manejo general incluye modificación dietética, reducir peso, fármacos como estatinas, fibratos y manejo sostenido. **Caso clínico:** Masculino de 58 años, con antecedentes de hipertensión arterial de 1 año de evolución manejado con irbersartan sin citas desde pandemia, hace 1 mes con cefalea ocasional, parestias, parestesias, fatiga; reportó 2 días de evolución de dolor epigástrico leve y exacerbación de síntomas. Referido a la emergencia con presión arterial 160/90 mmHg, evaluación física normal, glucemia 109 mg/dL, ácido úrico 8.1 mg/dL, colesterol total 516 mg/dL, triglicéridos 5286 mg/dL, TGO 29 U/L, TGP 30 U/L, creatinina 1 mg/dL, HbA1c 6.1%, lipasa y amilasa normales, electrocardiograma y radiografía de tórax normales, ultrasonido abdominal con esteatosis hepática grado 1. Se diagnosticó síndrome metabólico, prediabetes, urgencia hipertensiva, dislipidemia mixta y esteatosis hepática. Se indicó amlodipina 5 mg, atorvastatina 40 mg, ciprofibrato 100 mg, metformina 850 mg y omega-3, con seguimiento por Medicina Interna y Nutrición. Se reevaluó ambulatoriamente encontrando mejoría sintomatológica, colesterol total 250 mg/dL y triglicéridos 200 mg/dL, sin complicaciones. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El abordaje integral de las patologías cardiometabólicas es crucial para lograr resultados y desenlaces favorables. La detección temprana y tratamiento oportuno es de vital importancia para la prevención de complicaciones.

36TL. CARACTERIZACIÓN DE SÍNDROME POST-COVID EN ADULTOS MAYORES DE 18 AÑOS, JACALEAPA EL PARAISO, 2023. Etni Rosa^{1,2}, Ligia Hernández^{1,2}, Alejandra Fúnez^{1,2}, Ligia Andrade^{1,2}, Seily Ramos^{1,2}, Edna Maradiaga^{1,3}, José Sierra^{1,4}, Ismary Rodríguez^{1,4}, Mauricio Gonzales⁵. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Residente de tercer año de Medicina de Rehabilitación, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Tegucigalpa. ³Máster en Salud Pública. ⁴Especialista en Medicina de Rehabilitación. ⁵Licenciado en Informática UNAH, Tegucigalpa. Honduras.

Antecedentes: Se desconoce la magnitud exacta del síndrome post-COVID, aunque diferentes estudios han reportado porcentajes de 20-90% en los pacientes que han sufrido COVID-19. **Objetivo:** Describir las características clínicas y factores asociados a síndrome post-COVID en personas mayores de 18 años cuya infección por SARS-CoV-2 fue de abril 2020 a abril 2021 en Jacaleapa, El Paraíso. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal con análisis de asociación con muestreo probabilístico de casas, seleccionando un máximo de dos personas, se siguieron criterios de inclusión/exclusión. Se utilizó formulario para la caracterización sociodemográfica, clínica y antecedentes. La actividad física se valoró usando Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) 2021 de la Organización Mundial de la Salud. Se realizó análisis univariado y bivariado mediante regresión logística multivariante, para significancia estadística se consideró valor $p < 0.05$ e IC95%. Se contó con dictamen por Comité de Ética FCM-UNAH. **Resultados:** Se obtuvo muestra de 334 personas donde 63.8% (n=213) eran mujeres, mediana de edad 47 años (RIQ 25%, 75%=34,65), 44.9% (n=150) tenía comorbilidades, destacando hipertensión arterial con 34.4 % (n=115); 60.2% (n=201) eran sedentarios. Se encontró prevalencia de COVID-19 de 31.1% (104/334), con severidad leve en 80.8% (n=84); 57.7% (60/104) desarrolló síndrome post-COVID, la fatiga se presentó en 47.1% (n=49), 46.7% (28/60) eran hipertensos y en 86.7% (52/60) la severidad por SARS-CoV-2 fue leve. Se encontró asociación entre síndrome post-COVID e hipertensión arterial (OR=4.7), grado de severidad de COVID-19: leve (OR=29.6) y moderado-severo (OR=86.1). **Conclusiones/Recomendaciones:** La magnitud de síndrome post-COVID es considerable, mostrando asociación con hipertensión arterial y grado de severidad de COVID-19 leve o moderado-severo comparado con asintomáticos. Todo paciente que se recupera de COVID-19 debe tener un seguimiento idealmente multidisciplinario para definir intervenciones oportunas y lograr una recuperación integral. Se debe capacitar al personal de atención primaria en el reconocimiento y manejo de esta entidad clínica.

37TL. PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD ASOCIADA A SARS-COV-2 EN ADULTOS, PRIMER AÑO DE PANDEMIA, JACALEAPA EL PARAISO. Alejandra Fúnez^{1,2}, Ligia Andrade^{1,2}, Seily Ramos^{1,2}, Etni Rosa^{1,2}, Ligia Hernández^{1,2}, Edna Maradiaga^{1,3}, José Sierra^{1,4}, Mauricio Gonzales⁵, Ismary Rodríguez^{1,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Residente de tercer año de Medicina de Rehabilitación, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Tegucigalpa. ³Máster en Salud Pública. ⁴Especialista en Medicina de Rehabilitación. ⁵Licenciado en Informática.

Antecedentes: La Organización Mundial de la Salud estima la discapacidad mundial en 15% y su aumento puede condicionarse por fenómenos como tendencias en los problemas de salud y catástrofes naturales. La infección por SARS-CoV-2 trajo secuelas a mediano y largo plazo, la discapacidad asociada a esta infección no ha sido considerada. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de discapacidad, duración y factores asociados en mayores de 18 años que tuvieron COVID-19, abril 2020-2021, Jacaleapa, El Paraíso. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal con análisis de asociación, muestreo probabilístico de casas seleccionando máximo dos personas, siguiendo criterios de inclusión/exclusión. Se usó Instrumento del Grupo de Washington (WG) versión corta para identificar discapacidad antes y después de COVID-19. Se realizó análisis univariado, el cambio de discapacidad (Test McNemar) y bivariado mediante regresión logística entre discapacidad y factores asociados, se realizó análisis de sobrevida, $p < 0.05$ e IC 95%. Se contó con dictamen por Comité de Ética FCM-UNAH. **Resultados:** Se visitó 242 casas, entrevistando 334 personas, identificándose 15.6% (n=52) personas con discapacidad por COVID-19 ($p < 0.01$), los dominios más afectados fueron atención/memoria 9.3% (n=31), movilidad 8.4% (n=28) y la duración fue 23.5 meses (RIQ 25 %, 75 %=6-28.7). De los pacientes con discapacidad post-COVID 73.1% (n=38) eran mujeres, 40.4% (n=21) ≥ 60 años. El 63.5% (n=33) tenía alguna comorbilidad, hipertensión arterial 46.1% (n=24), 84.6% (n=44) cursaron con COVID-19 leve. Entre los factores asociados sexo femenino representa OR=2.8, edad ≥ 60 años OR=4.8, COVID-19 leve OR=12.8 y moderado-severo OR=61.6. La discapacidad duró menos en quienes no tenían hipertensión arterial u otras comorbilidades ($p = 0.03$). **Conclusiones/Recomendaciones:** La COVID-19 podría incrementar la discapacidad preexistente cuya duración puede sobrepasar los 2 años y puede influenciarse por la edad, severidad de COVID-19 y la presencia de alguna comorbilidad. Todo paciente que presente COVID-19 debería ser evaluado y manejado por servicio de rehabilitación en etapa aguda y a largo plazo.

38TL. EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE VÁLVULA NATIVA TRATADOS MEDIANTE CIRUGÍA. David Eduardo Dubón Bustamante¹. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Cardiología Clínica, Santa Rosa de Copán.

Antecedentes: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad grave, de diagnóstico difícil, tratamiento complejo y costoso, y de elevada mortalidad. **Objetivos:** Caracterizar a los pacientes con diagnóstico de EI de válvula nativa que recibieron tratamiento quirúrgico. **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en el Hospital Hermanos Ameijeiras. Del universo de 105 pacientes con válvula nativa ingresados entre enero de 2010 y diciembre de 2022, la muestra fue de 38 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente. Se definieron variables clínicas y del procedimiento quirúrgico. **Resultados:** El 84.2% de los pacientes fueron hombres, con un predominio de los mayores de 50 años. La cardiopatía valvular adquirida y la inmunosupresión fueron los factores predisponentes más frecuentes. Hubo alta incidencia de hemocultivos negativos (50%), siendo los estafilococos los más frecuentemente aislados (21%). El embolismo sistémico no neurológico (23.7%) y la infección no controlada (18.4%) fueron las complicaciones prequirúrgicas más frecuentes, y el sangrado la postquirúrgica (21%). El 76.3% de los pacientes tuvo una estadía preoperatoria prolongada y los tiempos de circulación extracorpórea y de paro anóxico fueron adecuados en la mayoría de los pacientes. Existieron diferencias significativas entre los pacientes fallecidos y los egresados vivos según las variables clínicas: diabetes mellitus y la presencia de complicaciones potquirúrgicas. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los pacientes añosos con EI de válvula nativa, con cardiopatía estructural previa y presencia de complicaciones prequirúrgicas requieren de tratamiento quirúrgico. La diabetes mellitus y la presencia de complicaciones postoperatorias se asociaron a una mayor mortalidad intrahospitalaria.

39TL. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN MÉDICOS INTERNOS DE LA REGIÓN NORTE HONDURAS 2022. Douglas Javier Banegas Contreras¹, Denisse Adriana Rivera Hullinghorst¹, Héctor Roberto Santos Argueta¹, Luis Alejandro Licona Velásquez¹. ¹Doctor en Medicina y Cirugía.

Antecedentes: Los trastornos de ansiedad son los diagnósticos de enfermedad psiquiátrica más habituales. En encuestas de población general de aproximadamente 150.000 adultos en 26 países, el trastorno de ansiedad generalizada tiene una prevalencia combinada de por vida del 3.7%. Se desconocen datos estadísticos exactos en Honduras. **Objetivo:** Determinar la sintomatología clínica y cognitivo-emocional del trastorno de ansiedad generalizada que presentan los médicos internos que laboran en los Hospitales General Atlántida de La Ceiba, Leonardo Martínez Valenzuela y Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre agosto y octubre de 2022. **Metodología:** Investigación

descriptiva observacional de corte transversal que incluye médicos internos con 6 meses o más de prestar sus servicios en los hospitales del estudio. Se obtuvo una muestra de 51 médicos internos. Mediante grupos de comunicación internos de tipo WhatsApp y Telegram se envió un instrumento de encuestas electrónicas a los participantes. Los datos obtenidos se registraron en una base de datos de IBM-SPSS. **Resultados:** El 49% de los participantes presentó trastorno de ansiedad generalizada. Entre los síntomas reportados, 68.63% de los participantes presentó enfado, miedo e inseguridad, 13.73% presentó irritabilidad, y 35.29% de los participantes afirmó sentirse nervioso, ansioso o muy alterado. La comorbilidad psiquiátrica con mayor prevalencia en el grupo estudiado fue depresión mayor, representando un 3.9%. El 62.74% de los participantes afirmó dormir 6 horas o menos. **Conclusiones/Recomendaciones:** La mitad de los participantes presenta trastorno de ansiedad generalizada. Se debe proveer a los centros asistenciales de la región norte del país con recursos humanos calificados en servicios de salud mental.

40TL. SISTEMAS MÁS AFECTADOS EN SÍNDROME POST COVID-19 EN PACIENTES ATENDIDOS POR MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL (MSS), FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, UNITEC 2023. María José Rodas¹, Mariana Sevilla¹, Marleni Carbajal¹, Nicolle López¹, Sara Varela¹, Stephany Laínez¹, Sara Rivera^{1,2}, Manuel Sierra^{1,3}, Juan Pablo Bulnes^{1,3}, Guímel Peralta^{1,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Especialista en Pediatría e Infectología. ³Máster en Salud Pública y Epidemiología. ⁴Especialista en Medicina Interna.

Antecedentes: La mayoría de las personas que tienen COVID-19 se recuperan por completo en unas semanas. Pero algunos, incluso aquellos que han tenido una enfermedad leve, continúan teniendo síntomas después de la recuperación. En octubre 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la primera definición clínica oficial de la enfermedad post-COVID-19, El síndrome post-COVID-19 (SPC) es la persistencia de signos y síntomas clínicos que surgen durante o después de padecer COVID-19, persisten por más de 12 semanas y no se explican por otro diagnóstico. Aún existe controversia sobre la magnitud y los factores asociados al SPC. **Objetivo:** Establecer los sistemas más afectados y los síntomas más frecuentes en SPC. **Metodología:** Estudio transversal y un muestreo por conveniencia, se entrevistó a 600 pacientes mayores de 18 años, que demandan consecutivamente los servicios de salud pública en 5 clínicas primarias semirurales de Honduras. Previo consentimiento informado, se entrevistó a cada paciente y se aplicó la encuesta corta de 36 ítems (SF-36). Todos los participantes tenían COVID-19 diagnosticado con rt-PCR en 2020-2022. Los datos fueron analizados en SPSS. **Resultados:** Los datos fueron colectados en: Valle (n=121), Intibucá (n=101), Francisco Morazán (n=275), y El Paraíso (n=103). Participaron 380 mujeres (63%). 274 (46%) tenían entre 18 y 33 años. La proporción de SPC fue del 25.3% (IC del 95%: 22.0%-28.9%). Las áreas más afectadas en SPC fueron: neurológico (12%),

sistémico (10%), psiquiátrico (7%), cognitivo (6%) y respiratorio (6%). **Conclusiones/Recomendaciones:** Una de cada cuatro personas que tuvieron COVID-19 presentan SPC. La cefalea, insomnio, ansiedad, tos persistente, problemas de memoria y de concentración son los síntomas más frecuentes. Se necesitan programas, con base comunitaria, en el marco de la atención primaria en salud, para atender a estas personas.

41TL. CARACTERIZACIÓN DE LA DISFUNCIÓN TIROIDEA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y 2. Jesús Eduardo Santos Alvarado¹. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Endocrinología, Centro Médico Aura, Santa Rosa de Copán.

Antecedentes: La diabetes mellitus tipo 1 y 2 y la disfunción tiroidea son las entidades clínicas con mayor prevalencia en los servicios de Endocrinología, además de ser comorbilidades frecuentes de otras patologías. **Objetivos:** Caracterizar la disfunción tiroidea en pacientes con diabetes mellitus, y evaluar la posible relación entre disfunción tiroidea y algunas características demográficas, clínicas y diagnósticas. **Metodología:** Estudio retrospectivo descriptivo-transversal en diabéticos tipo 1 y 2, en el Hospital Hermanos Ameijeiras entre septiembre 2019 y julio 2022, con muestra de 181 pacientes, 80 diabéticos tipo 1 y 101 diabéticos tipo 2. Los datos fueron analizados en SPSS 20.0. **Resultados:** La edad promedio fue 53 años, predominó el sexo femenino en ambos grupos. El 66.3% de los diabéticos tipo 1 tuvo peso normal, y el 85% de diabéticos tipo 2 tuvo sobrepeso o algún grado de obesidad. En tiempo de evolución de diabetes, prevaleció el grupo de 10-20 años en los tipo 1, y menos de 10 años en los tipo 2. Se constató control glucémico óptimo en la mayoría. Casi la totalidad de pacientes tipo 1 se trata con múltiples dosis de insulina, y los tipo 2 se manejan con fármacos orales y dieta. Se encontró 21 pacientes tipo 1 y 27 pacientes tipo 2 con disfunción tiroidea, prevaleciendo en ambos el hipotiroidismo, tanto subclínico como clínico, y el sexo femenino. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los pacientes fueron en su mayoría del sexo femenino, con edades entre 50 y 59 años, y menos de 10 años de evolución de la enfermedad. Prevalece el control metabólico óptimo. La forma de disfunción tiroidea que predomina es el hipotiroidismo, se observa relación entre disfunción tiroidea y sexo femenino, así como tiempo de evolución; no se encontró relación con el control glucémico, índice de masa corporal, antecedente familiar de enfermedad tiroidea y tratamiento antidiabético.

42TL. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON INTENTO AUTOLÍTICO QUE ASISTEN A LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE OCCIDENTE, SANTA ROSA DE COPÁN, HONDURAS. Monique Odette Masso Simón¹, Edwing García^{1,2}, Belkys Orellana^{1,3}. ¹Doctora en Medicina y Cirugía, Profesional independiente, Honduras. ²Especialista en Psiquiatría, Centro Médico Santa Rosa, Santa Rosa de Copán, Honduras. ³Especialista en Medicina Interna, Centro Médico Santa Rosa, Santa Rosa de Copán, Honduras.

Introducción: El suicidio y el intento suicida son comportamientos confinados a los seres humanos y tienen como prerrequisito el actuar consciente con la intención de extinguir la propia existencia. La epidemiología del intento autolítico no se ha caracterizado bien debido a la falta de datos nacionales. **Objetivos:** Determinar frecuencia, características sociodemográficas, y factores asociados de pacientes con intento suicida que acuden a la emergencia del Hospital de Occidente en 2020-2021, identificar el método utilizado en los pacientes atendidos y sugerir métodos de prevención. **Metodología:** Estudio transversal descriptivo, se entrevistó y aplicó la escala de SAD PERSONS a todos los pacientes con intento suicida que acudieron al Hospital de Occidente en el periodo de diciembre 2020 a junio 2021. Los datos fueron digitados mediante la herramienta Google Forms. **Resultados:** Se identificaron 15 casos de intento suicida. Fueron más frecuente en jóvenes de 18 a 21 años del área rural (60%), el 67% correspondió a mujeres, 80% tenía educación primaria, 53% era de religión evangélica, y ninguno tenía ingresos mensuales superiores a L 10,000. En antecedentes familiares, predominó el alcoholismo, uso/abuso de drogas, peleas entre hermanos, abandono del padre, violencia interparental y *bullying*. En antecedentes psiquiátricos familiares, se encontró 64% de depresión, 27% de ansiedad, 9% de trastorno bipolar, y en intentos de suicidio en la familia, el 57% reportó uno y 43% reportó dos. **Conclusiones/Recomendaciones:** Muchos pacientes demostraron no estar seguros de querer morir, y si bien existen claras características comunes entre pacientes con autolesiones no letales, muchos intentos de autolesión tienen similitudes con los que se concretaron. Se recomienda evaluación periódica y atención psiquiátrica especial para personas con intento autolítico, que debe ser integral e incluir la evaluación de factores sociales, psicológicos y motivacionales de cada acto de autolesión, así como una evaluación completa de la salud mental.

43TL. SÍNDROME DE BURNOUT Y CALIDAD DE VIDA LABORAL PERCIBIDA EN LOS MÉDICOS QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE DOS HOSPITALES PÚBLICOS DE SAN PEDRO SULA, HONDURAS, 2022.

Pamela Aída Núñez Casco^{1,2}, Julia Paola Núñez Casco^{1,3}, Elizabeth Casco Funes de Núñez^{1,4}. ¹Doctora en Medicina y Cirugía. ²Residente de tercer año de Medicina del Trabajo, Máster en Salud Pública con Orientación en Salud Ocupacional, Centro Asistencial Universitario de León, España (CAULE). ³Especialista en Medicina Intensiva, CAULE. ⁴Doctora en Ciencias con orientación en Ciencias Administrativas e Investigación, Máster en Educación Superior, Máster en Prevención y Protección de Riesgos Laborales con Especialidad en Salud Ocupacional.

Antecedentes: El síndrome de burnout, como resultante específico del estrés laboral crónico, suele aparecer en profesionales que mantienen una relación de ayuda constante y directa con otras personas, soportando sobrecarga de trabajo duradera, ofreciendo expectativas y dedicación constante diariamente. La calidad de vida laboral como sentimiento de bienestar se deriva del equilibrio que el individuo percibe entre demandas o cargas de la profesión y recursos disponibles para afrontarlas. La calidad de servicios sanitarios ofrecida en un sistema de salud está relacionada con el grado de satisfacción de sus profesionales. **Objetivos:** Establecer la relación existente entre ambas variables, utilizando el inventario Maslach de síndrome de burnout para determinar niveles en subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, con subescalas del cuestionario calidad de vida profesional: carga de trabajo, motivación intrínseca y apoyo directivo. **Metodología:** Diseño no experimental, enfoque cuantitativo, alcance descriptivo correlacional. Instrumentos utilizados: Inventario de Burnout de Maslach [MBI] y Cuestionario de Calidad de Vida Profesional [CVP-35] aplicados a 229 médicos laborantes en ambas emergencias. **Resultados:** Se determinó nivel medio de burnout de médicos de emergencia de los dos hospitales, resultando nivel medio para agotamiento emocional, nivel bajo para despersonalización y nivel alto para realización personal. En el análisis bivalente, las mujeres presentaron nivel alto de burnout y los hombres, nivel medio de burnout. Respecto a calidad de vida laboral, la media más alta fue para apoyo directivo, luego motivación intrínseca y finalmente carga de trabajo, categorizado como nivel regular para calidad de vida laboral percibida, en ambos hospitales. Corroborado por regresión lineal una correlación negativa ($r=-0.322$) significativa a 0.01, entre síndrome de burnout y calidad de vida laboral percibida y coeficiente de correlación ($R^2=0.104$, con significancia (p)=0.001, menor que el valor del α (0.01), explicándose el síndrome de burnout en 10.4% por calidad de vida laboral. **Conclusiones/Recomendaciones:** A

mayor nivel de calidad de vida laboral percibido, menores serán niveles de síndrome de burnout en médicos de las emergencias de dos hospitales. Los resultados justifican la necesidad de intervenir para mejorar tanto la salud como la calidad de los servicios ofrecidos.

44TL. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PERSONAL MÉDICO EN LA ATENCIÓN DE MUJERES VÍCTIMA DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO, HONDURAS 2022.

Palermo Isai Rivera Lopez^{1,2}, Elizabeth Casco Funes de Nuñez^{1,3}, Carla Suyapa Fuentes Nolasco^{1,4}, Vladimir Núñez Licon^{1,5}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Médico Asistencial independiente. ³Doctora en Ciencias con orientación en Ciencias Administrativas e Investigación, Máster en Educación Superior, Máster en Prevención y Protección de Riesgos Laborales con Especialidad en Salud Ocupacional. ⁴Máster en Salud Pública, Epidemióloga de la Jefatura Municipal de Salud de El Progreso. ⁵Especialista en Medicina Forense, Medicina Forense Ministerio Público.

Antecedentes: La violencia basada en género hacia las mujeres es considerada como un problema de salud pública que afecta a más de un tercio de las mujeres en el mundo. El personal médico se convierte en el principal apoyo a las mujeres víctimas de violencia, quienes con más frecuencia están utilizando los servicios médicos más que las no maltratadas. **Objetivo:** Valorar el conocimiento, las actitudes y las características sociodemográficas del personal médico en la atención de mujeres víctima de violencia basada en género, a nivel nacional, en el periodo comprendido entre agosto a diciembre del 2022. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal aplicado a 152 médicos a nivel nacional. **Resultados:** La media de edad es 35 años, el 61% solteros, el 54% son mujeres, el 58% médicos generales, el 39% trabajan en el primer nivel de atención, donde el 95% consideran que este es un problema de salud, solo el 30% han recibido formación, el 26% conocen el manual de atención integral a las mujeres víctimas de violencia basada en género, también el 18% afirman que en sus unidades de salud cuentan con protocolo para atención integral, el 29% afirman que el maltrato físico es el tipo más frecuente, el 69% han atendido algún caso de violencia, el 82% opinan que estos casos pasan desapercibidos por falta de formación, el 61% refieren los casos al ministerio público, 90% consideran que en cada unidad de salud debe haber médico asignado para tratar y dar seguimiento a víctimas, el 93% opinan que la Secretaría de Salud debe profundizar este tema. **Conclusiones/Recomendaciones:** La violencia de género aún persiste en la sociedad y el personal médico junto con la Secretaría de Salud debe dar importancia a este flagelo, fortaleciendo los protocolos de atención y llevando formación a todo el personal sanitario.

45TL. PRESENTACIÓN FULMINANTE DE UNA PACIENTE CON DIABETES TIPO 2 EN CETOACIDOSIS METABÓLICA A PROPÓSITO DE UN CASO.

Scarlet Betzabel Rodas-Gallardo^{1,2}, Luis Alfredo Rodríguez Castellanos^{1,3}, María Alejandra Ramos Guifarro^{1,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela, Tegucigalpa. ³Médico Especialista en Medicina Interna, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela, Tegucigalpa. ⁴Médico Especialista en Medicina Interna y Endocrinología, Jefe Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes: La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) propensa a cetosis comparte mecanismos fisiopatológicos con la DMT2, pero se presenta con signos y síntomas consistentes con diabetes mellitus tipo 1. Los pacientes con DMT2 propensa a cetosis presentan niveles elevados de glucosa >500 mg/dl, niveles elevados de cetonas y elevaciones de la hemoglobina A1C. **Caso clínico:** Femenina de 23 años, se presenta a emergencia con dolor abdominal de 1 semana de evolución, localizado en epigastrio, vómitos de contenido alimentario, luego biliar, seguido de alteraciones conductuales. Se recibe con: PA 80/60 mmHg, FC 115 lpm, FR 32 rpm, IMC 36.9, glucosa 1058 mg/dl, BUN 37 mg/dl, creatinina 2.38 mg/dl, Na⁺ 116 meq/l, K⁺ 5.1 meq/L, pH 6.9, pCO₂ 14.2, pO₂ 90.8, HCO₃⁻ 2.8, anion gap 25, osmolaridad 304 mOsm/L, Fer 21.4 intrínseca, Osm:375, Hba1c 12.5% amilasa 443 U/L lipasa: 4928 U/L. Permaneció en UCI durante 2 días con mejoría rápida, se egresa con terapia de insulina NPH 44/24 UI y cristalina 10-10-10, y metformina 850 mg c/día. Un mes después, se recibe en la consulta externa de Endocrinología con abandono de insulinas, solo tomaba metformina, y glucometrías en ayuno <100mg/dl y 2HPP <110mg/dl. Se considera a la paciente en probable luna de miel, por lo que se omite metformina y se solicita curva glucosa, insulina y péptido C. Regresa en 2 semanas: péptido C: 4.64, HOMA-IR:7.47. Se continuó manejo con metformina. **Conclusiones/Recomendaciones:** Paciente que debutó con DMT2 en cetosis, con insulinoopenia relativa inicial por resistencia severa; posteriormente se evidencia producción de insulina endógena en sobreproducción asociada a resistencia a insulina. Se recomienda buscar el cuadro clínico de la DMT2 propensa a la cetosis en pacientes con datos clínicos de resistencia a la insulina y cetosis/acidosis y valorar la posibilidad de que estos pacientes requieran modificación temprana de su tratamiento y pasar a antidiabéticos diferentes a la insulina.

46TL. ALTERACIONES NEUROLÓGICAS SECUNDARIAS A ESPONDILODISCITIS TUBERCULOSA: REPORTE DE CASO DE MAL DE POTT.

Dulce Indira Escalante Zavala^{1,2}, Selvin Z. Reyes-García^{1,3}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Residente de segundo año de Neurología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Tegucigalpa. ³Coordinador de Investigación del Posgrado de Neurología, UNAH, Tegucigalpa.

Antecedentes: La incidencia de tuberculosis (TB) extrapulmonar es de aproximadamente 3% a nivel mundial, dentro de los

cuales el 10% de los casos son por TB osteoarticular. Los casos de TB espinal constituyen el 50% de estas infecciones. La incidencia a nivel local es desconocida. **Caso clínico:** Masculino de 26 años, hondureño, privado de libertad sin antecedentes personales o familiares patológicos, antecedente epidemiológico directo con paciente diagnosticado con TB y mal de Pott, que presentó cervicalgia de inicio súbito de 13 meses de evolución, con progresión de la intensidad de leve a severa, durante tres semanas, además de presentar hipoestesia toraco-caudal hasta los pies, debilidad generalizada bilateral de miembros inferiores con limitación a la marcha progresivamente hasta limitación total de la deambulacion en enero 2023. A la exploración física, dolor a la palpación de apófisis espinosas cervicales con predominio C4 y C5, asimismo la presencia de masas en región cervical posterolateral bilateral. Atermoalgia con nivel sensitivo C4-C5, abatiestesia-apalestesia C3-C4, acompañado de hipotonía bilateral de miembros superiores. Exámenes de laboratorio sin alteraciones de importancia en biometría hemática; prolongación de TTP e hipoglucemia. En pruebas especiales: GeneXpert positivo. Estudios de imagen: tomografía computarizada reportó colección heterogénea en espacio prevertebral desde C4-T3 con patrón osteolítico de los cuerpos vertebrales; resonancia magnética (RM) con reporte de espondilodiscitis y fractura-luxación patológica en C7-T1, con compromiso foraminal, compresión medular y formación de múltiples abscesos intra-paraespinales con efecto de masa a las estructuras mediastínicas. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Existe alta complejidad para la orientación clínica en el diagnóstico de esta forma de presentación de la enfermedad extrapulmonar tuberculosa, donde la RM ayuda a la determinación específica de etiología infecciosa, encaminado con el GeneXpert, como prueba de mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de mal de Pott.

47TL. ATAXIA DE FRIEDREICH: REHABILITAR ES DAR CALIDAD DE VIDA.

Nadia Cubas-Vega, MSc^{1,2,3}, Eligia González Gómez^{1,2}, Jessica Henríquez Miranda^{1,2}, Tatiana Martínez Lozano^{1,2}, Myriam Abascal y González^{1,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Residente de segundo año de Medicina de Rehabilitación, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa. ³Máster en Enfermedades Tropicales e Infecciosas, Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, e Instituto de Pesquisa Clínica Carlos Borborema, Manaus, Brasil. ⁴Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Médico Asistencial Instituto Hondureño de Seguridad Social y Centro Especializado en Medicina Física y Rehabilitación, San Pedro Sula (SPS), Médico Asistencial y Gerencial del Centro de Rehabilitación y Electrodiagnóstico Abascal (CREA).

Antecedentes: La ataxia de Friedreich (FA) es una enfermedad neurodegenerativa, incurable, de aparición prematura, caracterizada por pérdida del control motor de la marcha, habla y uso de extremidades. Pocos datos positivos reportados en la literatura sobre la calidad de vida (QoL) de esta población. La fisioterapia constituye una de las principales indicaciones para retrasar su

progresión y preservar la función. **Caso clínico:** Masculino de 24 años, mercadólogo, diagnosticado con FA en 2019 mediante estudio genético y resonancia magnética cerebral, ingresa al Centro Especializado de Medicina Física y Rehabilitación del IHSS en SPS, presentando déficit motor severo, con mal control de tronco, sin lograr bipedestación ni marcha, disartria moderada, disfagia leve, dismetría y disdiadococinesia bilateral, con fuerza muscular según escala de Daniels, entre 3- y 4- para miembros superiores (MSs) y 2- y 3- para miembros inferiores (MIs). Inicialmente con puntuación de QoL en la herramienta SF-36 de 15/100 (119/800), cuyos dominios más severamente afectados fueron funcionamiento y desempeño físico, emocional y social, salud mental y vitalidad, con afectación moderada con relación al dolor. Después de 22 sesiones de fisioterapia, 2 veces por semana con duración de 4-6 horas por sesión, incluyendo ejercicios para manejo postural, equilibrio/coordina-ción, estiramientos, propiocepción, fortalecimiento, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y terapia respiratoria, el paciente demostró mejoría en el habla, fuerza muscular de extremidades (3+ y 4- en MSs, 3 y 3+ en MIs), menor fatiga y mejor puntuación del SF-36, 52/100(412/800), con mejorías importantes en el desempeño físico/emocional, bienestar emocional y el dolor, siendo mínimos los cambios del funcionamiento físico y social. **Con-clusiones/Recomendaciones:** Aunque es una enfermedad incurable, el manejo interdisciplinario incluyendo un protocolo de rehabilitación multimodal muestra mejoría multidimensional en pacientes con esta afectación. Es necesario sensibilizar los servicios tratantes de este grupo poblacional para su oportuna derivación a servicios de rehabilitación disponibles.

48TL. BACILLUS CEREUS: MÁS ALLÁ DE UNA GASTROENTERITIS AGUDA. Enrique Adalberto Medina^{1,2}, Lilian Gissella Dubón^{1,2}, Bessy Maldonado^{1,2}, Linda Banegas^{1,3}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Residente de tercer año de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula, San Pedro Sula. ³Especialista en Cuidados Intensivos Pediátricos, Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: *Bacillus cereus* es un bacilo aerobio grampositivo, ubicuo, cuya presentación clínica más común es gastroenteritis aguda, predominando un cuadro emético. Sin embargo, y de forma infrecuente, puede cursar de manera fulminante, generando septicemia secundaria a enterotoxinas que pueden generar síndrome de disfunción multiorgánica. **Caso clínico:** Lactante femenina de 1 año, procedente de Copán. Único antecedente importante: ingresada hace dos meses por MIS-C por COVID-19. Sana en el último mes, debuta con historia de fiebre de dos días de evolución, continua, no se atenúa con antipiréticos, además de diarrea, 8 episodios por día, de abundante cantidad y vómitos, alrededor de 3 episodios por día, llegando a la unidad de Emergencia Pediátrica en estado de choque y en evidente coagulación intravascular diseminada. Es trasladada a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), requiriendo ventilación mecánica, con

poca mejoría. A las 72 horas, hemocultivo reporta *Bacillus cereus* sensible a vancomicina, iniciándose cobertura con dicho antibiótico, con buena respuesta clínica. Logra salir de UCIP con evolución favorable, y es egresada tras 15 días intrahospitalarios. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se ha identificado a *Bacillus cereus* como causa de septicemia fatal en Pediatría, infrecuente, pero predominando en pacientes inmunocomprometidos, por lo cual no debe descartarse su curso más allá de una gastroenteritis aguda.

49TL. CETOACIDOSIS DIABÉTICA EUGLUCÉMICA EN PACIENTE CON USO DE INHIBIDORES DE SGLT2. A PROPÓSITO DE UN CASO. Alejandro José Arriaza Vásquez^{1,2}, Luis Alfredo Rodríguez Castellanos^{1,3}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, ²Residente de tercer año de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa. ³Especialista en Medicina Interna, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes: Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa de tipo 2 (iSGLT2) son un grupo de fármacos indicados en el tratamiento de la diabetes. Sus efectos adversos más frecuentes son infecciones urinarias o genitales, pero en muy raros casos pueden producir cetoacidosis diabética euglucémica, entidad clínica que puede comprometer la vida del paciente. **Caso clínico:** Femenina de 48 años, conocida por diabetes mellitus tipo 2 hace 5 años, hace 1 mes tratada con empaglifozina 25mg cada día. Acudió según familiar por 3 días de evolución de náuseas y vómitos que imposibilitaban la vía oral, sin diarrea ni fiebre. Se encontró con Glasgow 13/15 y glicemia de 182mg/dL, el resto de la exploración física dentro de la normalidad. Gasometría arterial con acidosis metabólica severa (pH 7.063, pCO₂ 9.9mmol/L, HCO₃⁻ 2.8mmol/L), leucocitos normales, trombocitopenia, electrolitos plasmáticos normales, lesión renal aguda (creatinina 1.21mg/dL). EGO con glucosuria, cuerpos cetónicos positivos, nitritos negativos, leucocitos 10-12/campo. Se inició hidratación e insulina cristalina endovenosa en infusión continua con mejoría de la conciencia, permitiendo realizar anamnesis más precisa, y paciente refirió 7 días de disuria y polaquiuria. Se realiza tomografía abdominal contrastada que reporta pielonefritis enfisematosa izquierda con colección perirrenal de 8ml, se inicia cobertura antibiótica con meropenem (8 días) y colocación de catéter doble J, con evolución favorable. Una vez resuelta la cetoacidosis y el proceso infeccioso, se dejó insulina basal con omisión de empaglifozina, y se egresa con cita en consulta externa para evaluaciones posteriores. **Conclusiones/Recomendaciones:** La cetoacidosis diabética euglucémica en pacientes tratados con inhibidores de SGLT-2 es una complicación rara pero grave, y a su vez es detectable y prevenible. Debe considerarse ante la presencia de sintomatología inespecífica, incluso con niveles de glicemia menores a 200 mg/dl, para lograr un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado que permita una evolución satisfactoria.

50TL. VENTRÍCULO ÚNICO: REPORTE DE CASO. Edil Rosalío Argueta Machado^{1,2}, Ana Gabriela Sevilla Moncada¹, Julieta Morales Portano^{1,3}, Elías Noel Andrade Cuéllar¹. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, ²Residente de Cardiología Clínica, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ³Especialista en Cardiología Clínica y Ecocardiografía, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre; México.

Antecedentes: El ventrículo único (VEU), una de las formas más graves de cardiopatía congénita cianótica. En casos severos, suele presentarse en la infancia, los casos leves pueden sobrevivir hasta edad adulta. Representa menos del 1% de las cardiopatías congénitas del adulto, cuya mayor incidencia en varones. Esta puede tener características típicas (síndrome del corazón derecho hipoplásico y atresia tricuspídea). La forma más común del VEU es hipoplasia ventricular derecha. Cuando no hay intervención quirúrgica antes de los 3 años de edad, la supervivencia a los 15 años es 50%, a los 25 años 30% y a los 30 años de 5%. Las manifestaciones clínicas dependen del flujo pulmonar, si este es disminuido hay predominio de cianosis e hipoxemia (la más grave); si es aumentado (menos grave) se caracteriza por signos de insuficiencia cardíaca congestiva (disnea, fatiga, edema); en laboratorio se caracteriza por poliglobulia. El gold standard para el diagnóstico es el ecocardiograma. El tratamiento definitivo es quirúrgico en 3 etapas (Norwood, Glenn y Fontan), además manejo de síntomas, y en última instancia trasplante cardíaco. **Caso clínico:** Masculino de 32 años, con antecedentes de poliglobulia, acude a consulta por deterioro de clase funcional, caracterizado por disnea, la cual limita severamente realizar sus actividades ordinarias (NYHA III), fatiga y palpitaciones; al examen físico, presenta cianosis periférica, edema periférico (fóvea +++), ingurgitación yugular, estertores pulmonares; proBNP: 50,000pg/ml y finalmente ecocardiograma transtorácico reportando ventrículo único y FEVI 51%; Se inician depletors de volumen, respondiendo exitosamente durante hospitalización, luego se egresa con citas control en Cardiología. **Conclusiones/Recomendaciones:** Desafortunadamente, el VEU es una cardiopatía congénita rara en adultos, existen pocas referencias sobre el manejo médico. Es necesario desarrollar estrategias de diagnóstico precoz, cuyo principal objetivo identificar a los pacientes pediátricos con enfermedades cardiovasculares para instaurar tratamiento oportuno que mejore la expectativa y calidad de vida.

51TL. REPORTE DE CASO SOBRE ASPERGILOSIS PULMONAR INVASORA EN UNA PACIENTE ASMÁTICA INMUCOMPETENTE DEL HOSPITAL ESCUELA. Wendy Rosalina Arias Aguilera^{1,2}, Olvin Arturo Castro Rodríguez^{1,2}, Cecilia E. Varela Martínez^{1,3}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Médico Residente de Medicina Interna, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, ³Especialista en Medicina Interna y Neumología, PhD en Ciencias Sociales con orientación en Gestión de Desarrollo. Posgrados Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Tegucigalpa.

Antecedentes: La aspergilosis pulmonar es una infección causada por el hongo *Aspergillus*, un género que abarca más de 180 especies, transmitido principalmente por esporas y que se manifiesta en diferentes formas de presentación según las características del agente infectante y del hospedero. Es un hongo ubicuo que enferma generalmente a personas inmunocomprometidas. Existen diversas formas de aspergilosis: la broncopulmonar alérgica (APBA), la pulmonar crónica, y la invasiva. El presente caso trata de una paciente asmática mal controlada, complicada con insuficiencia respiratoria y aspergilosis invasiva. **Caso clínico:** Femenina de 53 años, no conocida por inmunosupresión sistémica, pero con asma bronquial desde la infancia, mal controlada, remitida al Hospital Escuela por sintomatología respiratoria de 5 días de evolución, fiebre y progresión de la disnea a insuficiencia respiratoria tipo 2, requiriendo apoyo ventilatorio. Se efectuaron estudios laboratoriales, radiológicos, cultivos por bacterias y hongos. No se encontró eosinofilia en esputo ni en sangre, pero en la tomografía de tórax se evidenció lesiones estructurales de parénquima pulmonar con presencia de bronquiectasias. Se inició terapia antibiótica de amplio espectro, broncodilatadores y esteroides. Los resultados de galactomanano en esputo y sérico fueron positivos y el cultivo positivo por *Aspergillus* ssp, por lo que se añadió tratamiento con voriconazol. La paciente pudo ser extubada y egresó para continuar terapia antiasmática, antimicótica y rehabilitación. **Conclusiones/Recomendaciones:** El diagnóstico de histoplasmosis invasiva se basa en la presencia de *Aspergillus* en cultivo y demostración histopatológica del hongo; sin embargo, existen técnicas menos invasivas como galactomanano, beta-D-glucano, en esputo y séricos, reacción en cadena de la polimerasa en esputo y/o lavado broncoalveolar. El asma mal controlada puede conllevar a lesiones permanentes de la estructura broncopulmonar, y afectar los medios naturales de defensa, facilitando la colonización e infecciones superficiales o invasivas de agentes infecciosos; por ende la importancia del control de dicha enfermedad.

52TL. REPORTE DE CASO DE HIPERTENSIÓN PORTAL IZQUIERDA SECUNDARIO A PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO. Olvin Castro^{1,2}, Wendy Arias^{1,2}, María Andara^{1,3}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Residente de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa. ³Especialista en Gastroenterología, Servicio de Gastroenterología, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

Antecedentes: La hipertensión portal segmentaria se define por una obstrucción al flujo de la vena esplénica que condiciona un aumento de la presión venosa en bazo y dilatación de las venas fúndicas que predispone a la formación de esplenomegalia con varices gástricas aisladas. Es poco frecuente (5% de los casos), y en la mayoría de las presentaciones se ve asociada a patología pancreática: pancreatitis aguda/crónica, pseudoquistes y neoplasias. Usualmente cursa asintomática, y suele ser un hallazgo incidental al realizar estudios de imagen por otra causa, sin embargo, en pacientes sintomáticos es común observar dentro de la triada varice gástricas aisladas con o sin hemorragia digestiva alta, esplenomegalia y función hepática con presión portal normal. La angiografía de la vena esplénica es el estándar de oro para el diagnóstico, y la esplenectomía ha sido el tratamiento clásico de esta entidad. **Caso clínico:** Masculino de 26 años, que presenta como único antecedente hospitalización previa por pancreatitis aguda en el Hospital Escuela en 2018, acude en abril de 2023 al IHSS por episodios de hematemesis de abundante cantidad, con inestabilidad hemodinámica; al estabilizar, se realiza endoscopia digestiva alta donde identifican varices gástricas aisladas. Posterior a la realización de ultrasonido abdominal, que reportó ausencia de hipertensión portal, y esplenomegalia, se decide realizar tomografía de abdomen contrastada que reporta presencia de colecciones homogéneas en transcavidades de los epiplones con trombosis crónica de la vena esplénica, por lo cual se decide presentar a Cirugía General para valorar esplenectomía como tratamiento quirúrgico, para el cual actualmente está en espera para programar intervención. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La presentación de sangrado digestivo por varices gástricas en un paciente con esplenomegalia, sin hipertensión portal, debe hacernos sospechar en trombosis de la vena esplénica, de su identificación dependerá el abordaje quirúrgico para su resolución.

53TL. SÍNDROME DEL HOMBRE EN BARRIL O “FLAIL-ARM” COMO VARIANTE DE LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA: A PROPÓSITO DE UN CASO. Jessica Henríquez Miranda^{1,2}, Tatiana Martínez Lozano^{1,2}, Eligia González Gómez^{1,2}, Nadia Cubas-Vega, M.Sc.^{1,2,3}, Yanitza Hernández Álvarez^{1,4}, Leonardo Ramsés Sierra^{1,5}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Residente de segundo año de Medicina de Rehabilitación, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ³Máster en Enfermedades Tropicales e Infecciosas, Universidade do Estado do Amazonas e Instituto de Pesquisa Clínica Carlos Borborema, Manaus, Brasil. ⁴Médico Asistencial Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), y Centro Especializado de Medicina Física y Rehabilitación, Médico Asistencial y Gerencial del Centro de Rehabilitación y Electrodiagnóstico RED, Médico Asistencial en Fundación Teletón. ⁵Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Médico Asistencial IHSS y Centro Especializado de Medicina Física y Rehabilitación, Profesor Titular del Posgrado de Medicina de Rehabilitación, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Tegucigalpa.

Antecedentes: El síndrome del hombre en barril o *flail-arm* (FAS) es una variante atípica de la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), enfermedad de la motoneurona que afecta a los sistemas nerviosos central y periférico, incurable, mortal, aunque con mejores tasas de supervivencia. Sucede más en hombres. Afecta predominantemente la motoneurona inferior con atrofia y debilidad muscular proximal progresiva y simétrica de extremidades superiores (MMSS), sin implicación funcional significativa de otras regiones corporales. El diagnóstico se apoya en estudios de neuroconducción (VCN) y electromiografía (EMG). **Caso clínico:** Masculino de 54 años, operario de maquila, con historia de 2 años de debilidad proximal de MMSS, inicialmente lado derecho, progresando a incapacidad para realizar actividades laborales que involucraban la utilización de ambas manos. Negó debilidad de extremidades inferiores (MMII) y disfagia, no había antecedentes familiares de enfermedad neuromuscular. Ingresó con sospecha de mielopatía espondilótica cervical, descartándose por IRM cervical normal, se interconsultó con el servicio de Medicina Física y Rehabilitación, que constató déficit motor severo de MMSS, predominantemente proximal, reflejos miotáticos abolidos en MMSS e hipoactivos en MMII, hipotonía, amiotrofia y presencia de fasciculaciones bilateral en MMSS. Exploración sensitiva, cognitiva, marcha, habla y deglución, normales. La

puntuación en la Escala Revisada de Valoración Funcional de la ELA fue 35, en detrimento de actividades de autocuidado y uso de las manos. Se solicitó estudio de VCN/EMG, que reportó notable disminución de las amplitudes del potencial de acción motor sin bloqueos de conducción en MMSS, con presencia de signos denervatorios en segmentos bulbar, cervical y torácico, datos sugestivos de afectación de segunda motoneurona. El paciente cumplía los criterios de *Gold Coast* y fue derivado a neurología para su posterior seguimiento. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Las manifestaciones clínicas más los hallazgos neuroelectrofisiológicos, dentro de un abordaje transdisciplinar, contribuyen a establecer el diagnóstico pertinente de ELA en sus variantes atípicas.

54TL. USO DE PLASMAFÉRESIS EN SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EN HOSPITAL NACIONAL DR. MARIO CATARINO RIVAS: REPORTE DE CASO. Luisa Ríos¹, Arturo Avila^{2,3}, Carolina Herrero⁴, Carlos Leitzelar⁵, Oscar Bueso^{2,6}, Arnold Thompson^{2,7}. ¹Estudiante de Internado Rotatorio de Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ²Doctor en Medicina y Cirugía, ³Especialista en Nefrología, Director del Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula (SPS). ⁴Licenciada en Enfermería, Jefa de Sala de Medicina de Mujeres, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, SPS. ⁵Doctor en Microbiología, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, SPS. ⁶Especialista en Hematología, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, SPS. ⁷Especialista en Neurología, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, SPS.

Antecedentes: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) se caracteriza por debilidad muscular simétrica rápidamente progresiva y generalmente ascendente, acompañada de disminución o ausencia de reflejos osteotendinosos. La proteína elevada del LCR con un recuento normal de leucocitos (disociación albumino-citológica) ocurre en 50-70% de los casos. Hay dos opciones de tratamiento, consideradas el estándar de atención en SGB: inmunoglobulina intravenosa (IVIG) o plasmaféresis, y esta actúa eliminando los anticuerpos patógenos, los mediadores humorales y las proteínas del complemento involucradas en la patogenia del SGB. **Caso clínico:** Femenina de 37 años, sin comorbilidades, con historia de parestesia en miembro inferior izquierdo (MII) de 12 horas de evolución, súbita, que progresó a miembro superior izquierdo (MSI), acompañada de cefalea hemisférica izquierda. Negó diarreas o infección respiratoria reciente, última vacunación mayo 2023 para influenza. Al examen físico, FC: 108 lpm, PA 140/90mmHg, examen general normal, estado mental normal, con desviación de comisura labial hacia lado izquierdo, arreflexia en MII y MSI, hiporreflexia en miembros derechos, disminución de la fuerza (1/5) en todas las extremidades y respuesta plantar indiferente, sin afectación vesical, sin alteración sensitiva. En su segundo día intrahospitalario, disautonomía, arreflexia y disminución de la fuerza en todas sus extremidades; se solicitó citoquímica de LCR, reportando disociación albuminocitológica,

glucosa normal. Se inicia manejo con plasmaféresis, 3 sesiones días alternos. Paciente con mejoría clínica tras primera sesión, que progresó hasta su egreso con recuperación de fuerza y reflejos en todas sus extremidades. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Se reporta caso de Síndrome de Guillain Barré con respuesta satisfactoria a la terapia de plasmaféresis. Si bien es cierto, se trata de un tratamiento ya bien conocido, esta es la primera experiencia con esta terapia de alto costo. Consideramos que es una alternativa ante la terapia de inmunoglobulina para ser utilizada en diferentes instituciones del país.

55TL. SINDEMIA DIABETES Y TUBERCULOSIS. Suyapa Sosa^{1,2}, Bayron Degrandes^{1,3}, María Fernanda Manzanares^{1,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, ²Especialista en Neumología, Instituto Nacional Cardiopulmonar, Coordinadora del Postgrado de Neumología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa. ³Especialista en Medicina Interna, Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP) e Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa. ⁴Residente de Neumología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa.

Antecedentes: La tuberculosis (TB) es una de las principales causas de mortalidad en el mundo: en 2021 causó 1,6 millones de muertes. La diabetes mellitus (DM) es responsable de 2 millones de muertes anuales. La sindemia de ambas enfermedades va en aumento convirtiéndose en un problema mundial y nacional. La nueva evidencia del siglo XXI indica un aumento del riesgo de TB hasta 6 veces en pacientes diabéticos, aumentando la severidad, complicaciones asociadas y probabilidades de resistencia antifímica. **Caso clínico:** Masculino de 66 años, con fiebre de 2 meses de evolución, de 39.4°C, tos no productiva, y disnea progresiva, acude a hospital regional dónde fue ingresado como neumonía adquirida en la comunidad tratada por 24 días con distintas coberturas antibióticas, sin mejoría. Debido al deterioro clínico fue referido al INCP, en insuficiencia respiratoria. Radiografía de tórax: consolidado basal derecho, HbA1c: 8.9%. Se aborda como neumonía de lenta resolución, realizando broncoscopia con hallazgos: secreción caseosa en segmento B6, con resultados de GeneXpert Ultra: detectado muy alto. Se inicia antifímicos cuádruple, oxigenoterapia, insulinización e hidratación logrando mejoría clínica y laboratorial. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los nuevos estudios señalan que hay mayor riesgo de infección por TB en pacientes con DM2, con un impacto significativo en el tratamiento por las interacciones medicamentosas entre los antifímicos e insulinas, así como retraso en la negativización del esputo hasta de 3.8 meses los no diabéticos con 2 meses. La hiperglucemia es el principal impulsor del aumento de la susceptibilidad a la TB, actualmente se sugiere que el colesterol alto tiene un efecto favorable en la disminución de la mortalidad. Nos enfrentamos a una sindemia mundial por lo que se deben implementar nuevas estrategias nacionales que vayan de la mano con los avances en las terapias que permitan mejorar los servicios destinados al diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

56TL. FACTORES ASOCIADOS A CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS CON EPILEPSIA DE LA CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA, HOSPITAL ESCUELA.

Melba Zúniga Gutiérrez^{1,2}, María José Flores Romero¹, Fernando Cáceres¹, Douglas Marlon Varela González^{1,3}, Martín Alfredo Medina Moncada^{1,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Organization for Women in Science for the Developing World (OWSD). ³Especialista en Pediatría y Neurología Pediátrica, Máster en Epidemiología, Departamento de Fisiología, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (FCM-UNAH), Tegucigalpa. ⁴Especialista en Pediatría y Neumología, Departamento de Fisiología, FCM-UNAH, Tegucigalpa.

Antecedentes: La epilepsia representa una problemática de gran escala que afecta la esfera social de los pacientes que la padecen. Según la OMS la calidad de vida se define como la percepción que un individuo tiene de su existencia y sus valores, en el contexto de la cultura en que vive, y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. La epilepsia puede tener efectos desfavorables en la calidad de vida de los niños que la padecen. **Objetivo:** Describir la calidad de vida de pacientes pediátricos con epilepsia e identificar los factores que disminuyen la calidad de vida. **Metodología:** Estudio transversal, descriptivo y analítico en la consulta externa de neuropediatría del Hospital Escuela. La calidad de vida fue medida a través de la Escala de Calidad de Vida del Niño con Epilepsia (CAVE). **Resultados:** De los 187 pacientes pediátricos, 36.4% pacientes tenían una calidad de vida buena, 33.2% pacientes tenían una calidad de vida regular, 18.2% de los pacientes tenían una calidad de vida muy buena, 10.2% de los pacientes tenían una calidad de vida mala y 2.1% de los pacientes tenían una calidad de vida muy mala. No tener ninguna necesidad básica insatisfecha (NBI) (OR 10.00; IC 95%: 3.20-15.30; P<0.0001) o una NBI (OR 4.10; IC 95%: 2.00-8.20; P=0.00017), fueron factores predictivos de una mejor calidad de vida, en comparación a aquellos que tenían tres o más NBI. No tener epilepsia refractaria también fue un factor predictivo de una mejor calidad de vida (OR 9.30; IC 95%: 2.50-12.00; P<0.0001). **Conclusiones/ Recomendaciones:** La calidad de vida de los niños con epilepsia fue en su mayoría buena o regular. El nivel socioeconómico y una epilepsia de difícil manejo parecen ser los factores más importantes en la reducción del nivel de calidad de vida.

57TL. IMPORTANCIA DE LA SALUD GLOBAL EN EL CURRÍCULO DE FORMACIÓN MÉDICA.

Manuel Antonio Sierra Santos, MD, MPH, PhD¹; Juan Pablo Bulnes, MD¹. Ana Lucía Valle Mendoza², Ingrid Abigail Valle Maradiaga², Lía Esthefany Loredo Paz², Luis Diego Lozano Domínguez², María del Cielo Castellanos Yáñez², María del Pilar Quesada Constanza², Melissa Janeth Ponce Mondragón², Pedro Roberto Fernández Argueta². Docente, Facultad de Ciencias de la Salud (FCS), Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC), Tegucigalpa. ²Estudiante de Medicina; Tegucigalpa.

Antecedentes: La salud global busca mejorar integralmente la salud y el bienestar de las personas, abordando desafíos complejos y multifactoriales para lograr un mundo más saludable y equitativo. La reciente emergencia del SARS-CoV-2 evidenció cómo la pobreza multidimensional, cambio climático, sistemas de salud curativos-excluyentes, carga mundial de enfermedades crónicas, poder económico de compañías farmacéuticas y corrupción se conjugaron como substrato de una devastadora pandemia. FCS-UNITEC incluye la salud global en el currículo de formación médica preparando a los futuros profesionales para enfrentar problemas de salud que trascienden fronteras nacionales y para abordar las desigualdades en el acceso a la atención médica en todo el mundo. **Descripción de la experiencia:** A través de un convenio con el departamento de International Outreach de Edward Via College of Osteopathic Medicine (VCOM) en Auburn, Alabama, FCS-UNITEC, participa semestralmente en un seminario de salud global junto a cuatro escuelas de medicina en Estados Unidos, una en El Salvador y otra en República Dominicana. El seminario es virtual, en inglés y participan estudiantes acompañados de docentes. El calendario de temas a discutir se distribuye con anticipación. En cada sesión se asigna un rol diferente al país (funcionario sanitario, político, médico, promotor de salud, líder religioso, líder ONG, persona afectada). Un tema incluido fue uso de anticonceptivos orales en Arusha, Tanzania, abordando aspectos históricos, económicos, culturales, religiosos y sanitarios para promover este programa en una zona en extrema pobreza. **Lecciones aprendidas:** Este programa facilita comprender cómo factores sociales, económicos, ambientales y culturales afectan la salud de las poblaciones, permitiendo examinar los desafíos específicos de la salud en países con recursos limitados. Además, se estudian diferentes sistemas de salud en el mundo, se consideran los dilemas éticos asociados con la salud global y se desarrollan habilidades para comunicarse efectivamente con personas de diferentes culturas y contextos.

58TL. FOMENTO DEL USO RESPONSABLE DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN SALUD: EXPERIENCIA CONSTRUYENDO UNA COMUNIDAD DE PRÁCTICA GLOBAL. Lia Mondragón, MD, MSc;^{1,2} Bryain Maradiaga, MD;^{1,2} Mercedes Rumi, MD;² Trudie Lang, PhD;² Jackeline Alger, MD, PhD.^{1,3} ¹Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa, Honduras; ²The Global Health Network, Universidad de Oxford, Oxford, Reino Unido; ³Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La falta de guías y regulaciones para el uso responsable de la Inteligencia Artificial (IA) en salud en países de ingresos bajos y medianos, junto con la ausencia de una comunidad abierta que promueva el intercambio de conocimientos entre regiones, dificulta la implementación ética de la IA. El proyecto "AI4GH", financiado y liderado por el Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo (IDRC) busca fortalecer los sistemas de salud a través de soluciones de IA responsables en salud sexual, reproductiva y materna, y en la preparación y respuesta ante epidemias/pandemias. **Descripción de la experiencia:** The Global Health Network (TGHN) y el Instituto Antonio Vidal (IAV), promueven un enfoque responsable y sostenible a través del intercambio de conocimiento entre investigadores de todo el mundo. Se están realizando cuatro actividades clave: 1) Creación y desarrollo de una comunidad de práctica trilingüe donde los interesados e investigadores en IA en salud crean y comparten recursos y experiencias, 2) Exploración de las oportunidades gratuitas de formación en uso responsable de IA y mapeo de recursos tras una revisión de alcance y análisis de brechas, 3) Apoyo y entrenamiento a proyectos de investigación de IA en salud, facilitando la colaboración, organizando talleres y capacitaciones en Asia, África, y Latinoamérica, 4) Ejecución de proyectos de implementación que determinarán las barreras de la IA en salud para generar estudios de casos que contribuyan al desarrollo y sostenibilidad de la comunidad de práctica. **Lecciones aprendidas:** TGHN, en colaboración con IDRC e instituciones de investigación como IAV, comienzan a jugar un rol clave en la creación de una comunidad de práctica y transferencia de conocimientos, especialmente en contextos de recursos limitados. Las sólidas alianzas regionales resultan fundamentales para asegurar que la evolución ética y regulatoria acompañe la rápida revolución de aplicación de tecnologías digitales en salud.

59TL. DIABETES MELLITUS TIPO 2, FACTORES MODIFICABLES Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN ADULTOS ATENDIDOS EN EL CENTRO INTEGRAL DE SALUD CHOLOMA, CORTÉS 2022- 2023. Allan Francisco Ayala Cruz¹, Elizabeth Casco de Núñez^{1,2}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Doctora en Ciencias con orientación en Ciencias Administrativas e Investigación, Máster en Educación Superior, Máster en Prevención y Protección de Riesgos Laborales con Especialidad en Salud Ocupacional. Honduras.

Antecedentes: No se encontró publicaciones en Honduras asociadas a factores modificables en pacientes diabéticos que asisten a centros de salud. Múltiples estudios han identificado factores modificables que influyen en el desarrollo y progresión de diabetes mellitus. Uno de los más importantes es el estilo de vida. **Objetivos:** Establecer el perfil epidemiológico y los factores modificables en adultos con diabetes mellitus tipo 2. **Metodología:** Estudio no experimental, enfoque cuantitativo, descriptiva causal, no probabilístico por conveniencia, de corte transversal, incluye todos los pacientes diabéticos atendidos en el Centro Integral de Salud de Choloma, de octubre 2022 a febrero 2023. La muestra fue de 58 pacientes, se realizaron encuestas y los datos fueron registrados en SPSS. **Resultados:** La media de edad fue de 56 años, 76% (n=44) eran de tercera edad, y 64% (n=37) mujeres. 55% (n=32) comen verduras algunos días, 48% (n=28) comen frutas todos los días, 78% (n=45) comen una porción de pan diario, 41% (n=24) comen 1-3 tortillas diarias, 43% (n=25) casi nunca agregan azúcar a sus alimentos y bebidas, 74% (n=43) casi nunca agrega sal, y 79% (n=46) casi nunca se sirve por segunda vez. 4% (n=27) casi nunca se ejercita, 38% (n=22) trabaja en casa durante su tiempo libre. 98% (n=57) no fuma, y 83% (n=48) no bebe alcohol. 71% (n=41) nunca ha asistido a pláticas para diabético, 67% (n=39) ha tratado de obtener información sobre diabetes, 78% (n=55) hacen su mayor esfuerzo para controlar su diabetes. 69% (n=40) nunca han recibido educación de parte de su médico. 64% (n=37) no siguen dieta. 74% (n=43) tienen apego al tratamiento. 95% (n=55) siguen instrucciones médicas. 69% (n=40) asisten a citas control. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Los factores a modificar en los pacientes son los hábitos alimenticios, la actividad física y educación sobre diabetes.

60TL. GASTRITIS POR *HELICOBACTER PYLORI*, INCIDENCIA Y CARACTERIZACIÓN CLÍNICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNIDADES DE SALUD ZONA NOROCCIDENTAL DE HONDURAS, 2022-2023. Fernando Jerónimo Banegas Castro¹, Eduardo José Peña Bonilla¹, Christiam Javier Moncada Díaz¹, Luis Alonso Mejía Cribas¹, José Daniel Aguilar Maldonado¹, Cintya Vanessa García Fuentes¹, Elizabeth Casco de Núñez^{1,2}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Doctora en Ciencias con orientación en Ciencias Administrativas e Investigación, Máster en Educación Superior, Máster en Prevención y Protección de Riesgos Laborales con Especialidad en Salud Ocupacional. Honduras.

Antecedentes: Actualmente no se dispone de estadísticas de infección por *Helicobacter pylori* a nivel de Honduras. **Objetivo:** Establecer la incidencia y la caracterización clínica de hombres y mujeres atendidos con gastritis por *Helicobacter pylori* en las Unidades de Salud de la zona noroccidental de Honduras en el periodo comprendido del 5 de diciembre del 2022 al 31 de mayo del 2023. **Metodología:** Investigación descriptiva, observacional, prospectiva, de corte transversal, que incluye pacientes adultos con diagnóstico laboratorial confirmado para *Helicobacter pylori* atendidos en CIS Dr. Enrique Aguilar Paz,

Villanueva, Cortés; Clínica de la Vicerrectoría de Orientación y Asuntos Estudiantiles (VOAE) del Centro Universitario Regional de Occidente (CUROC); Clínica Médica Municipal Lic. Marlon Pineda, Santa Cruz de Yojoa; y Clínica Municipal de Nueva Ocotepeque. La muestra fue de 84 pacientes, quienes respondieron una entrevista y se ingresaron a una base de datos SPSS. **Resultados:** Del total de pacientes 80% confirmaron el diagnóstico por antígenos en heces y 21% por medio de serología, el sexo predominante fue el femenino con 63% del total de la muestra, con un 100% de los pacientes sintomáticos, siendo el síntoma predominante la epigastralgia con 78%, el grupo etario más afectado los adultos mayores con edades entre 46 a 59 años, la primaria incompleta fue el grado escolar predominante con un 26%. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Crear campañas educativas a la población sobre la higiene de alimentos para la prevención de infección por *Helicobacter pylori*.

61TL. CONOCIMIENTOS SOBRE EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA QUE POSEEN LOS MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL DE CORTÉS, HONDURAS, 2023. Gina Sarahy Meza Meraz¹, Elia Erika Salomón Flores¹, Elizabeth Casco de Núñez^{1,2}. ¹Doctora en Medicina y Cirugía. ²Doctora en Ciencias con orientación en Ciencias Administrativas e Investigación, Máster en Educación Superior, Máster en Prevención y Protección de Riesgos Laborales con Especialidad en Salud Ocupacional. Honduras.

Antecedentes: Se ha observado que los médicos de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula que realizan su Servicio Social en los diferentes municipios del departamento de Cortés, poseen información inexacta o desfasada sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). **Objetivo:** Identificar el grado de conocimiento sobre el sida que poseen los médicos en Servicio Social de Cortés, Honduras. **Metodología:** Diseño no experimental, enfoque descriptivo, cuantitativo, realizado en 2022 y 2023, en una muestra de conveniencia. Se utilizó encuesta tipo online (WhatsApp correo electrónico) y escala de Likert modificada, previo consentimiento informado, posteriormente codificada en SPSS versión 25. **Resultados:** El 67% posee buen conocimiento sobre VIH/sida; un 95% saben que el sida es la fase final del VIH; el 32.43 % reconocen el término "personas viviendo con VIH/sida" como la nomenclatura actualizada. Un 89% suelen llenar consentimiento informado para realizar por primera vez prueba de VIH, y un 97% saben que los resultados se revelan únicamente de forma privada al paciente. Un 30% reconocen a tuberculosis, neumonía, e infecciones de transmisión sexual como las principales infecciones oportunistas. Un 43% obtuvo la información que conoce a través de medios electrónicos y la red. Un 43% identifican a promiscuidad, sexo sin protección y drogadicción como factores de riesgo para contraer VIH/sida; un 35% indicarían consejería y referir al servicio de psicología ante pensamientos suicidas. El 43% identifica a emtricitabina, tenofovir como el tratamiento inicial, y el 92% consideran el

objetivo principal del tratamiento antirretroviral, reducir la carga viral a un nivel indetectable. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los estudiantes de Medicina deben recibir capacitaciones y material didáctico de VIH/sida en sus temarios académicos desde cuarto año hasta su servicio social para obtener mayor conocimiento y darles un mejor manejo a sus pacientes.

62TL. FACTORES QUE INCIDEN EN LA ACEPTACIÓN DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO DE REGULACIÓN HORMONAL ETONOGESTREL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO NORTE DE HONDURAS, 2020-2021. Alejandra Isabel Orellana Sanabria^{1,2}, Heydy Daniela Ayala Terreros^{1,3}, Jorge Luis Ortiz Tróchez^{1,4}, Ondina Lizeth Flores Pineda^{1,5}, Elizabeth Casco de Núñez^{1,6}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, ²Hospital de Área de Puerto Cortés. ³Centro de Salud Cornelio Moncada Córdova, Puerto Cortés. ⁴Programa de Atención Primaria en Salud, Arada, Santa Bárbara. ⁵Unidad de Atención Primaria en Salud, Santa Marta, Sector Merendón. ⁶Doctora en Ciencias con orientación en Ciencias Administrativas e Investigación, Máster en Educación Superior, Máster en Prevención y Protección de Riesgos Laborales con Especialidad en Salud Ocupacional. Honduras.

Antecedentes: El implante subdérmico es un método anticonceptivo hormonal de larga duración, reversible y efectivo, que aún permanece relativamente desconocido entre la población. En relación con los métodos más utilizados, presenta reacciones adversas mínimas. **Objetivos:** Establecer a factores socioculturales (lugar de procedencia, raza, escolaridad, ocupación, religión, estado civil) y clínicos (edad, peso, talla, índice de masa corporal, antecedentes patológicos personales, antecedentes gineco-obstétricos, cambios en patrón de sangrado) como determinantes para aceptar o no, la aplicación del implante; además, proponer estrategias informativas del implante a mujeres de las comunidades en estudio. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal del 1 de octubre de 2020 al 30 de marzo de 2021, muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra fue de 100 mujeres en edad fértil atendidas en el Centro Integral de Salud Cornelio Moncada Córdova y Hospital de Puerto Cortés y que han usado el implante subdérmico. **Resultados:** El 70% de usuarias vivían en el área urbana, 99% era de raza mestiza, 42% con primaria completa, 72% era amas de casa, 59% era de religión evangélica, 40% era casadas, el 45% era jóvenes en edades entre 20 a 25 años, el 42% se encontraba con índice de masa corporal normal entre 18.50-24.99 kg/m², solo el 18% padecía de alguna enfermedad, el 35% era primigestas, y 60% tenía un patrón desagradado moderado. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Siendo este método anticonceptivo relativamente nuevo no se les ha proporcionado la suficiente información a las usuarias (mujeres en edad fértil) para conocer a profundidad el método y lo consideren efectivo y adecuado. Se debe realizar campañas por televisión o redes sociales sobre la importancia de métodos anticonceptivos, en especial el implante subdérmico, así como reglamentar su uso en las zonas de difícil acceso.

63TL. HIPOALBUMINEMIA, FACTOR PREDICTIVO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN SEPSIS NEONATAL TEMPRANA. Ástrid Carolina Sevilla Fernández^{1,2}, Elizabeth Casco de Núñez^{1,3}. ¹Doctora en Medicina y Cirugía. ²Médico Asistencial, Clínica Privada. ³Doctora en Ciencias con orientación en Ciencias Administrativas e Investigación, Máster en Educación Superior, Máster en Prevención y Protección de Riesgos Laborales con Especialidad en Salud Ocupacional.

Antecedentes: La elevada mortalidad y morbilidad de la sepsis neonatal temprana (SNT), hacen crítico su diagnóstico temprano. **Objetivo:** Determinar si la hipoalbuminemia en muestra tomada del cordón umbilical es un factor predictivo de morbilidad y mortalidad en SNT. **Metodología:** Estudio de tipo cohorte prospectivo longitudinal, realizado en el Hospital General Atlántida, de julio a septiembre 2019. La aplicación de criterios de inclusión y exclusión a población de 1216 nacidos vivos obtuvo muestra de 102 recién nacidos. La exposición estudiada fue la hipoalbuminemia, obtenida de la sangre del cordón umbilical y con un valor menor a 3 g/dl. Se analizó la diferencia estadística entre pacientes con hipoalbuminemia y sin ella, y su asociación con complicaciones en manejo de SNT. **Resultados:** La hipoalbuminemia tomada del cordón umbilical presentó una especificidad del 100% y una sensibilidad del 17.6 % en el diagnóstico de SNT. Las prevalencias de SNT (100% vs 28%, $p < 0.001$; RR=3.57), necesidad de uso de esteroides (14% vs 1%, $p = 0.015$; RR=14), desarrollo de choque séptico (57% vs 11%, $p < 0.001$; RR=5.18), intubación orotraqueal (43% vs 6%, $p = 0.001$; RR=7.17) resucitación cardiopulmonar (14% vs 0%, $p < 0.001$) coagulación intravascular diseminada (71% vs 7%, $p < 0.001$; RR=10.14), transfusión de plasma fresco (71% vs 11%, $p < 0.001$; RR=6.45) y choque séptico refractario a aminas (29% vs 4%, $p = 0.008$; RR=7.25) fueron mayores en recién nacidos con hipoalbuminemia comparados con aquellos sin hipoalbuminemia. Todos los neonatos que presentaron choque séptico refractario, mayor estancia hospitalaria y/o fallecieron presentaron hipoalbuminemia o un valor de albúmina normal bajo (entre 3.0-3.5 g/dl). **Conclusiones/Recomendaciones:** Debido a su alta asociación con las complicaciones de SNT, se sugieren ensayos aleatorios con mayor poder estadístico a nivel nacional, para considerar su inclusión en el protocolo de manejo nacional.

64TL. REGRESIÓN LINEAL DE MARCADORES LABORATORIALES EXTRAÍDOS DE MUESTRA DE CORDÓN UMBILICAL COMO MODELO DE PREDICCIÓN DE ESTANCIA HOSPITALARIA. Ástrid Carolina Sevilla Fernández^{1,2}, Cindy Gabriela Williams^{1,3}, Elizabeth Casco de Núñez^{1,4}. ¹Doctora en Medicina y Cirugía. ²Médico Asistencial, Clínica Privada. ³Médico Asistencial, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula. ⁴Doctora en Ciencias con orientación en Ciencias Administrativas e Investigación, Máster en Educación Superior, Máster en Prevención y Protección de Riesgos Laborales con Especialidad en Salud Ocupacional.

Antecedentes: El Protocolo de Manejo de Sepsis Neonatal Temprana (SNT) establece al cociente neutrófilos inmaduros/

neutrófilos totales (NI/NT) como parámetro de mayor sensibilidad y especificidad, luego de 24 horas. **Objetivo:** Establecer un modelo de predicción de estancia hospitalaria a través de marcadores laboratoriales obtenidos de muestra extraída del cordón umbilical. **Metodología:** Estudio de cohortes prospectivo, realizado en el Hospital General Atlántida de julio a septiembre 2019. Se aplicó criterios de inclusión y exclusión a población de 1216 nacidos vivos, obteniéndose muestra de 102 recién nacidos (34 sanos, 34 sin SNT, pero con riesgo de infección, y 34 SNT). Las exposiciones estudiadas fueron los marcadores laboratoriales tomados del cordón umbilical del recién nacido. El resultado analizado fue la duración de la estancia hospitalaria. El análisis de regresión lineal fue aplicada a través de STATA 17.0. **Resultados:** El modelo de regresión lineal demostró una asociación negativa, estadísticamente significativa entre la estancia hospitalaria y la albúmina (Coef.β1: -0.5435; $p < 0.001$; CI:-0.83,-0.26), así como una asociación positiva, estadísticamente significativa con el cociente NI/NT (Coef.β1:1.4933; $p = 0.04$; CI:0.04,2.94). No se encontró ninguna asociación estadísticamente significativa entre la estancia hospitalaria y el PCR, leucocitos, neutrófilos, plaquetas, hemoglobina. **Conclusiones/ Recomendaciones:** En el actual manejo de los recién nacidos se toma una muestra de hemograma y de PCR del cordón umbilical; sin embargo, nuestro modelo no muestra ninguna asociación predictiva entre dichos exámenes y la estancia hospitalaria (como única excepción el cociente NI/NT). La albúmina, sin embargo, si mostró una asociación estadística muy significativa, por lo que se sugieren estudios multiinstitucionales, con mayor poder estadístico, para valorar incluirla en el protocolo del manejo del recién nacido.

65TL. DIAGNOSTICANDO SEPSIS NEONATAL TEMPRANA EFICAZ Y OPORTUNAMENTE. Ástrid Carolina Sevilla Fernández^{1,2}, Cindy Gabriela Williams^{1,3}, Elizabeth Casco de Núñez^{1,4}. ¹Doctora en Medicina y Cirugía. ²Médico Asistencial, Clínica Privada. ³Médico Asistencial, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula. ⁴Doctora en Ciencias con orientación en Ciencias Administrativas e Investigación, Máster en Educación Superior, Máster en Prevención y Protección de Riesgos Laborales con Especialidad en Salud Ocupacional.

Antecedentes: Existe escasez de información basada en evidencia realizada en Honduras en torno a métodos diagnósticos de sepsis neonatal temprana (SNT). Uno de los métodos diagnósticos es la Escala NICE utilizado en el Reino Unido. **Objetivo:** Comparar sensibilidad y especificidad de distintos métodos diagnósticos de SNT. **Metodología:** Estudio caso-control retrospectivo, realizado en el Hospital General Atlántida de julio a septiembre 2019. Se aplicó criterios de inclusión y exclusión a población de 1216 nacidos vivos, obteniéndose muestra de 102 recién nacidos, 68 controles sin SNT, y 34 casos con el diagnóstico de egreso de SNT consignado en el expediente según Protocolo de Manejo de SNT. La exposición estudiada fueron los diferentes métodos diagnósticos. Se realizó la prueba de chi cuadrado de Pearson

para variables binarias (con/sin SNT según examen diagnóstico), a través de STATA 17.0. **Resultados:** La sensibilidad para el diagnóstico de SNT según el actual protocolo nacional fue: Escala NICE al nacimiento (100% $p < 0.001$), cociente neutrófilos inmaduros/neutrófilos totales (NI/NT) luego de 24 horas de vida (47%, $p < 0.001$), confirmación por hemocultivo (32%, $p < 0.001$), hipoalbuminemia en muestra extraída del cordón umbilical (21%, $p < 0.001$), PCR a las 24 horas (15%, $p = 0.001$), Tanto el PCR al ingreso y en 24 horas, como el hemocultivo e hipoalbuminemia presentaron una especificidad del 100%, todas estadísticamente significativas ($p < 0.05$). Neutropenia luego de 24 horas, cociente NI/NT luego de 24 horas de vida, y la escala de NICE presentaron especificidad del 99%, 97% y 93% respectivamente. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Se sugieren estudios con mayor poder estadístico, multiinstitucionales, con mayor cantidad de escalas pronosticas tales como la de Kaiser Permanente, para así poder encontrar el óptimo diagnóstico de SNT.

66TL. REVISTA MÉDICA HONDUREÑA: PARTICIPACIÓN EN LA CIENCIA ABIERTA Y EL ACCESO ABIERTO NO COMERCIAL. Jackeline Alger, MD, PhD;^{1,2} Briana Beltrán, MD, MSc;^{1,3,4} Ana Ligia Chinchilla, MD;^{1,5,6} Rosa María Duarte, MD;^{1,7} Eleonora Espinoza, MD, MSP;^{1,8} Edna Maradiaga, MD, MSP;^{1,3,9} Melissa Mejía, MD;^{1,3,9,10} Nora Rodríguez Corea, MD, MSP;^{1,11} Heriberto Rodríguez, MD;^{1,12} José E. Sierra,^{1,9} Erika Velásquez, Licenciada en Periodismo;^{1,3} Martha C. García, Doctora en Química y Farmacia;^{1,3} Alexander Santana, Ingeniero en Informática;^{1,4} Damaris Tejedor, Doctora en Educación;^{1,4} Francisco Farnum, Doctor en Formulación y Evaluación de Proyectos;^{1,4} Eduardo Aguado López, Doctor en Enseñanza Superior.^{1,5} ¹Colegio Médico de Honduras, Revista Médica Hondureña, Consejo Editorial, Tegucigalpa, Honduras; ²Secretaría de Salud, Hospital Escuela, Departamento de Laboratorio Clínico, Servicio de Parasitología, Tegucigalpa, Honduras; ³Colegio Médico de Honduras, Centro Nacional de Educación Médica Continua (CENEMEC), Tegucigalpa, Honduras; ⁴Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Departamento de Salud Pública, Posgrado de Epidemiología, Tegucigalpa, Honduras; ⁵Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Departamento de Ginecología y Obstetricia, Tegucigalpa, Honduras; ⁶Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Departamento de Ciencias Morfológicas, Tegucigalpa, Honduras; ⁷Secretaría de Salud, Dirección General de Normalización, Tegucigalpa, Honduras; ⁸Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Unidad de Investigación Científica (UIC), Tegucigalpa, Honduras; ⁹Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Tegucigalpa, Honduras;

¹⁰Colegio Médico de Honduras, Secretaría de Asuntos Educativos y Culturales, Tegucigalpa, Honduras; ¹¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Departamento de Salud Pública, Posgrado de Salud Pública, Tegucigalpa, Honduras; ¹²Secretaría de Salud, Hospital Escuela, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Tegucigalpa, Honduras; ¹³Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Sistema Bibliotecario, Biblioteca Médica Nacional, Tegucigalpa, Honduras; ¹⁴Universidad de Panamá, Vicerrectoría de Investigación y Postgrado, Oficina de Publicaciones Académicas y Científicas; Panamá; Proyecto Acceso Abierto Digital Diamante (AADD), Centroamérica y Caribe, Panamá; ¹⁵Universidad del Estado de México; México; Proyecto Acceso Abierto Digital Diamante (AADD), Centroamérica y Caribe. México.

Antecedentes: La Revista Médica Hondureña (RMH, #RevMedHondur) forma parte del ecosistema de investigación y difusión científica impulsados por el Centro Nacional de Educación Médica Continua (CENEMEC), Colegio Médico de Honduras (CMH, <https://www.colegiomedico.hn/>). La ciencia abierta combina diversos movimientos y prácticas con el fin de que los conocimientos científicos estén abiertamente disponibles, sean accesibles y reutilizables para todos, y se abran sus procesos de creación, evaluación y comunicación (UNESCO 2021). **Descripción de la experiencia:** Desde 2020, la Universidad de Panamá y la Universidad del Estado de México trabajan en el Proyecto AmelICA-Redalyc con el propósito de marcar en un formato basado en tecnología de punta (XML-JATS), las revistas de Panamá, Centroamérica y el Caribe. A la fecha se han maquetado 26 revistas; sin embargo, las expectativas y necesidades editoriales aumentaron; es por ello que surge el Proyecto de Acceso Abierto Digital Diamante (AADD) de Centroamérica el Caribe registrado como PAAS y aprobado mediante CI-N11-22 del Consejo de Investigación de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado de la Universidad de Panamá, integrado por editores de experiencia de las distintas revistas de Centroamérica, República Dominicana, Cuba, Colombia y el personal de la Oficina de Publicaciones Académicas y Científicas de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado. Por medio del Proyecto PAAS se realizó en primera instancia una convocatoria para que los editores postularan sus revistas a través de una carta de compromiso, siendo la RMH una de las primeras en adherirse a esta iniciativa que busca dar visibilidad y posicionamiento a las publicaciones. **Lecciones aprendidas:** A través del Proyecto PAAS, la RMH como licenciante formará parte del Proyecto AADD Centroamérica y Caribe, que busca convertirse en un nuevo modelo de publicación digital, enmarcado dentro del programa de desarrollo con la Fundación Arcadia, con tecnología Redalyc y AmelICA, en colaboración con la Universidad de Panamá.

67TL. ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW CON OFTALMOPATIA SEVERA. Lesby Marisol Espinoza Colindres^{1,2}, Karla Leversia Borjas Aguilar^{1,3}, Guillermo Villatoro Godoy^{1,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Especialista en Pediatría y Endocrinología Pediátrica, Médico Asistencial Hospital María de Especialidades Pediátricas (HMEP) e Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Tegucigalpa. ³Especialista en Pediatría e Inmunología Pediátrica, Médico Asistencial HMEP e IHSS, Tegucigalpa. ⁴Especialista en Pediatría y Endocrinología Pediátrica, Médico Asistencial HMEP, Tegucigalpa.

Antecedentes: La enfermedad de Graves-Basedow (EGB) es la causa más frecuente de enfermedad tiroidea autoinmune hiperfuncional. Se presenta en 1-3/100,000 personas. Los síntomas más característicos son: bocio difuso, pérdida de peso, taquicardia, temblor fino, intolerancia al calor, diaforesis, hiperreflexia, diarrea, aumento del apetito, exoftalmos asociado a oftalmopatía infiltrativa, el cual es excepcional en niños.

Caso clínico: Femenina de 16 años 8 meses, con historia de 8 meses de evolución de pérdida de peso, polifagia, episodios de diarrea frecuentes, labilidad emocional, temblor fino, taquicardia y exoftalmos. Examen físico: Peso: 45.4 kg, talla: 154.8 cm, P/A: 128/67 mmHg, FC: 114 x'. Fenotipo normal. Exoftalmos bilateral, no oftalmoplejía. Fasciculaciones de la lengua. Bocio G2, superficie lisa, firme, no nódulos ni adenopatías. C/P: ritmo regular, no soplos. Reflejos osteotendinosos: aumentados. Temblor fino. Piel pastosa y húmeda. Exámenes de laboratorio: TSH: 0.010 (0.3-5 uUI/ml), T4: 19.2 (4.5-12 ug/dl, FT4: 3 (0.8-2.02 ng/dl), anticuerpos antitiroglobulina: 673.3 (hasta 200 UI/ml), anticuerpos antiperoxidasa: 317.2 (hasta 150 UI/ml), anticuerpos antireceptor de TSH 1.73 (0.00-1.75 UI/ml), Inmunoglobulina estimulante de tiroides (TSI) 350% (0.00-140%). USG de tiroides: glándula aumentada de tamaño, parénquima heterogéneo, vascularidad aumentada. Se inició metimazol de 5 mg, 3 tabletas cada 8 horas, con mejoría de síntomas. En los últimos 2 meses notan mayor protrusión ocular, con exoftalmos severo. Se interconsulta con inmunología y se le indicó pulso de metilprednisolona y micofenolato, con discreto descenso de anticuerpos. Por lo que se administró rituximab 500 mg cada semana por 4 semanas. Con buena respuesta clínica y laboratorial. Catorce meses posteriores al diagnóstico se administró dosis ablativa de 15 mCi de yodo-131.

Conclusiones/Recomendaciones: La oftalmopatía severa en niños afectados de EGB es excepcional y su tratamiento es controvertido, por lo que la opción terapéutica más idónea debe ser individualizada.

68TL. PANDEMIA EN HONDURAS: OPORTUNIDAD DE INVESTIGAR FUNCIÓN Y DISCAPACIDAD ASOCIADA A COVID-19 DESDE LA ACADEMIA. José Elpidio Sierra^{1,2}. Leonardo Sierra^{1,3}, Edna Maradiaga^{1,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Especialista en Medicina de Rehabilitación, Posgrado de Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (FCM-UNAH), Tegucigalpa. ³Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Posgrado de Medicina Física y Rehabilitación, FCM-UNAH, Tegucigalpa. ⁴Máster en Salud Pública, Departamento de Rehabilitación, FCM-UNAH, Tegucigalpa.

Antecedentes: La pandemia en su inicio significó confinamiento y cierre total en los países, afectando espacios académicos, y Honduras no fue la excepción. Los servicios de salud reorientaron varios programas dirigidos a enfermedades endémicas a la atención de pacientes con enfermedad crítica por coronavirus, la rehabilitación para pacientes con discapacidades temporales/permanentes pasó a ser tipo telemedicina afectado la adquisición de competencias en el posgrado de Medicina Física y Rehabilitación. La rehabilitación en pacientes recuperados de COVID-19 lo inició el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), institución que forma a los residentes del postgrado, y los estudiantes mostraron interés en investigar posibles secuelas en pacientes recuperados de COVID-19. **Descripción de la experiencia:** Cuatro estudios se llevaron a cabo en estos tres años: 1) Estudio retrospectivo sobre evolución de función cardiorrespiratoria, musculoesquelética y calidad de vida en pacientes recuperados de COVID-19 en 2020, 2) Estudio retrospectivo sobre evolución funcional de pacientes con rehabilitación intrahospitalaria por COVID-19 en 2020, 3) Evolución de función/discapacidad en pacientes recuperados de COVID-19 tras programa de rehabilitación ambulatoria en 2021, y 4) Alteraciones de neuroconducción asociadas a discapacidad post-COVID-19 en 2022. **Lecciones aprendidas:** Las funciones evaluadas mejoraron tanto en entornos ambulatorios tras recuperarse de COVID-19 moderado-grave, como en pacientes hospitalizados por infección aguda, demostrando la utilidad de la rehabilitación precoz. Fue posible medir discapacidad construyendo un Conjunto Básico para COVID-19 basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) y finalmente, el estudio sobre electromiografía evidenció daño muscular inducido por la enfermedad independientemente del nivel de gravedad de COVID-19 siendo más frecuentes en quienes tuvieron discapacidad determinada mediante Instrumento del Grupo Washington (WG). La rehabilitación no puede ser excluida del manejo de pacientes en futuras pandemias, los tratamientos deben fundamentarse en investigación para asegurar intervenciones adecuadas y fortalecer procesos educativos en las residencias médicas.

69TL. HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR SECUNDARIA A ENFERMEDAD DE MOYAMOYA: REPORTE DE CASO. José Raúl Mata^{1,2}, Andrea Carbajal³, Javier Lagos-Servellón^{1,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, ²Residente de tercer año de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), San Pedro Sula (SPS). ³Estudiante de Internado Rotatorio de Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ⁴Especialista en Neurología Clínica y Neurología Intervencionista, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas (HNMCR) y Hospital CEMESA, SPS.

Antecedentes: La enfermedad de moyamoya (EMM) es una vasculopatía cerebral no inflamatoria, no aterosclerótica, que produce hipoplasia progresiva de la arteria carótida interna. Es la décima causa de enfermedad cerebrovascular en niños en Japón. Se calcula una incidencia de 0.5 por cada 100,000 habitantes en Latinoamérica. **Caso clínico:** Masculino de 35 años, que se presenta a la Emergencia de Medicina Interna del HNMCR por cefalea y alteración del estado de alerta, súbitas, sin ninguna enfermedad crónico-degenerativa conocida previa. En la evaluación se encuentra con signos vitales normales. Al

examen neurológico se encuentra paciente estuporoso, pupilas puntiformes de 3 mm poco reactivas a la luz, sin alteración motora ni sensitiva. Como signos positivos, con rigidez de nuca y respuesta plantar extensora bilateral. Se realiza tomografía cerebral simple donde muestra hemorragia intraventricular y hematoma parietal izquierdo. Se realiza angiorrresonancia magnética cerebral no concluyente. Por el riesgo macrovascular elevado se realiza angiografía cerebral por sustracción digital (DSA). En DSA se muestra falta de llenado a través de la arteria cerebral media de manera bilateral, e hipoplasia de ambas arterias carótidas internas. A través del eje vertebrobasilar se observa formación de vasos colaterales a través de la arteria basilar y arterias cerebrales posteriores hacia región de la arteria cerebral media en el contexto de una EMM estadio Suzuki VI. **Conclusiones/Recomendaciones:** La EMM es un ente raro, pero no despreciable, en la búsqueda de etiología de hemorragia intracerebral. La formación de colaterales en la EMM es principalmente a través de la arteria carótida externa y en muy rara ocasión a través del eje vertebrobasilar, como es el caso que se presenta.

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

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL) PRESENTACIÓN MODALIDAD PÓSTER

70TL. COMPORTAMIENTO CLÍNICO DE COVID-19 EN LA PACIENTE OBSTETRICA DEL OCCIDENTE DE HONDURAS: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES. Héctor Sandoval Tábora¹, Carlos Edgardo Claudino Fajardo². ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ^{1,2}Médico Asistencial del Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Docente Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Centro Universitario Regional de Occidente. ³Especialista en Ginecología y Obstetricia, Máster en Salud Pública, Clínicas Médicas de Copán, Santa Rosa de Copán, Jubilado de la Secretaría de Salud, Consultor en temas de Salud de la Mujer y Organización de Servicios de Salud.

Antecedentes: En Honduras el primer caso de COVID-19 fue una embarazada que se presentó en Tegucigalpa en marzo de 2020. En Copán fue una mujer que se presentó al Hospital de Occidente también en marzo del 2020. Dados los cambios adaptativos de la mujer embarazada se hipotetizó al inicio de la pandemia que las embarazadas cursarían con enfermedad respiratoria severa y mayor mortalidad. **Objetivo:** Identificar si el embarazo modifica la evolución clínica de la COVID-19. **Metodología:** Estudio de casos y controles. Comparamos la evolución clínica de mujeres en edad fértil obstétricas y no obstétricas hospitalizadas por su condición de infectada por SAR-CoV-2 en los años 2020 y 2021 en el Hospital de Occidente de Santa Rosa de Copán, Honduras. La información fue obtenida de expedientes clínicos. **Resultados:** Las manifestaciones clínicas y laboratoriales en las pacientes obstétricas fueron leves en comparación a las pacientes no obstétricas 37% vs 67% (OR=11.03, IC95% 4.07-33.28, p=0.000000). Las pacientes obstétricas requirieron menos terapia respiratoria y medicación de rescate en comparación con las no obstétricas 2% vs 25% (OR=0.0724, IC95% 0.003-0.41, p=0.0003216). **Conclusiones/Recomendaciones:** Los presentes datos no sugieren un riesgo aumentado de enfermedad severa o muerte por COVID-19 en las pacientes obstétricas, tal y como teóricamente se supuso a inicios de la pandemia.

71TL. ANALIZANDO LA TASA DE OPERACIÓN CESÁREA SEGÚN CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN HOSPITAL DE OCCIDENTE, COPÁN, HONDURAS. Carlos Edgardo Claudino Fajardo¹. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Máster en Salud Pública, Clínicas Médicas de Copán, Santa Rosa de Copán.

Antecedentes: La cesárea es eficaz para prevenir morbilidad materna y perinatal. En 2015 la OMS afirmó que tasas más altas del 10% no están asociadas con reducción de la

mortalidad materna y neonatal y sostiene que no existen beneficios adicionales por encima del 15%. En 2001 surgió una propuesta de clasificación de las cesáreas creada por Robson y col., con la intención de clarificar el diagnóstico e indicación de esta cirugía. **Objetivos:** Evaluar la tasa de operación cesárea en el Hospital de Occidente utilizando el modelo de Robson. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron los partos con embarazos de más de 22 semanas y/o feto vivo de más de 500 g en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre del 2017 a quienes se les practicó cesárea. Los datos se tomaron del Sistema Informático Perinatal (SIP) diseñado por CLAP/OPS/OMS. **Resultados:** Se hicieron 7,961 cesáreas para un total de 35,134 partos (tasa de 22.66%). Se incluyeron 7,446 casos de 7,961 procedimientos realizados. Los grupos uno, tres y cinco de Robson son los que más cesáreas aportan a la tasa global del procedimiento en este hospital. Los grupos que más aportan a la tasa global de cesáreas concuerdan con lo esperado y reportado por otros hospitales en la literatura médica internacional y lo sugerido por la OMS y las directrices de Robson. **Conclusiones/Recomendaciones:** No parece haber un exceso de cesáreas en el Hospital de Occidente en el periodo analizado. Se requerirá de una auditoría clínica en estos casos del grupo uno, dos y tres de Robson para buscar opciones tendientes a la optimización de la tasa. La realización de este mecanismo de análisis es factible utilizando el Sistema Informático Perinatal.

72TL. INCENDIOS FORESTALES: IMPACTO EN LA SALUD. Polet Portillo-Cálix¹. ¹Doctora en Medicina y Cirugía, Máster en Salud Pública, Docente Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana, Tegucigalpa.

Antecedentes: Los incendios forestales son un problema de salud pública que ha cobrado importancia debido a su creciente frecuencia e intensidad, exponerse al humo de los incendios forestales puede tener consecuencias para la salud. Lamentablemente más del 50% de los incendios son causados por el hombre, sin medir las repercusiones que se tendrán a corto o largo plazo. **Objetivo:** Analizar el impacto en la salud física a raíz de los incendios forestales, para mitigar los riesgos y desarrollar estrategias efectivas de prevención y mitigación. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo transversal, la información que se recopiló mide la percepción, experiencias, muestreo no probabilístico, por conveniencia, se instrumentó a través de una encuesta de preguntas abiertas y cerradas, se aplicó a 257 hondureños. **Resultados:** Se encontró 59.5% de

nuestra población encuestada pertenecía al rango de 18-25 años de edad, un 86.4% residen en el área urbana, 61.5% de la población encuestada pertenece al sexo femenino, el 62.4% de la población ha sido afectado por los incendios forestales, debido a diversas causas, el 52.9% afecciones en la salud, 7.8% pérdidas materiales, 2.4% pérdidas humanas, 3.1% quemaduras, 38% de las personas tuvo síntomas después de un incendio forestal, 73.7% creen que la causa de los incendios forestales es por quema de basura, negligencia, piromanía, siendo el más bajo causas naturales. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Los incendios forestales representan grandes riegos para la salud humana generando impactos que pueden afectar a las personas y al medio ambiente, fundamental adoptar e implementar estrategias efectivas, control de incendios, mejorar la monitorización y la respuesta rápida ante los incendios, educar a la población sobre los riesgos y medidas de protección necesarias para el bienestar integral y emocional.

73TL. DETECTANDO POSIBLE FALLA TERAPÉUTICA DE FORMA TEMPRANA. Ástrid Carolina Sevilla Fernández^{1,2}. Cindy Gabriela Williams^{1,3}. Elizabeth Casco Fúnez de Núñez^{1,4}. ¹Doctora en Medicina y Cirugía. ²Médico Asistencial, Clínica Privada. ³Médico Asistencial, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula. ⁴Doctora en Ciencias con orientación en Ciencias Administrativas e Investigación, Máster en Educación Superior, Máster en Prevención y Protección de Riesgos Laborales con Especialidad en Salud Ocupacional.

Antecedentes: Actualmente no existe una escala pronóstica de falla terapéutica de sepsis neonatal temprana (SNT), comprobada en pacientes hondureños. **Objetivo:** Determinar si tienen valor pronóstico de falla terapéutica los diferentes métodos utilizados para diagnóstico de SNT. **Metodología:** Estudio de tipo caso-control retrospectivo, realizado en el Hospital General Atlántida de julio a septiembre 2019. Se aplicó criterios de inclusión y exclusión a población de 1216 nacidos vivos, obteniéndose muestra de 102 recién nacidos, 94 controles sin falla terapéutica y 8 casos con falla terapéutica, definido como muerte o traslado del paciente a hospital de mayor complejidad. La exposición estudiada fueron los diferentes métodos diagnósticos. Referente a la escala NICE, se tomó como valor positivo, como mínimo: la presencia de una bandera roja o dos banderas no rojas; hipoalbuminemia definida como menor a 3g/dl, con muestra obtenida del cordón umbilical; los otros marcadores laboratoriales fueron obtenidos de vía periférica. Se realizó la prueba de chi cuadrado de Pearson a través de STATA 17.0. **Resultados:** Comparando a los pacientes que desarrollaron falla terapéutica con los que no, encontramos: Valor positivo en escala NICE (100% vs 33%, $p < 0.001$), hipoalbuminemia (25% vs 5%, $p = 0.035$), cociente neutrófilos inmaduros/neutrófilos totales obtenida luego de 24 horas (25% vs 17 %, $p = 0.57$), neutropenia luego de 24 horas (13% vs 2%, $p = 0.096$), PCR al ingreso (13% vs 2%, $p = 0.096$), PCR a las 24 horas (0% vs 5%, $p = 0.50$), confirmación por hemocultivo (25% vs 10%,

$p = 0.18$). **Conclusiones/ Recomendaciones:** Únicamente la escala NICE y la hipoalbuminemia fueron estadísticamente significativas. La escala NICE, aunque originalmente fue elaborada con fines diagnósticos de SNT, también se observa con potencial como predictor temprano de falla terapéutica, por lo que se sugieren estudios multiinstitucionales con mayor poder estadístico.

74TL. SÍNDROME DE MOYAMOYA: REPORTE DE CASO COMPLEJO. Francisco Ramón Somoza^{1,2}, Ramsés Daniel Amaya^{1,3}, Mauricio Edgardo Zavala^{1,3}, Francisco Jose Somoza^{1,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, ²Especialista en Cardiología Intervencionista y Hemodinamia, Hospital CEMESA, San Pedro Sula (SPS), Honduras; SCAI, SOLACI, AHA, ACC. ³Médico asistente, Unidad de Cardiología y Hemodinamia, Hospital CEMESA, SPS, Honduras. ⁴Especialista en Medicina Interna, Cleveland Clinic, Estados Unidos.

Antecedentes: La enfermedad de moyamoya es una arteriopatía crónica y progresiva de origen desconocido, caracterizada por estenosis progresiva del segmento terminal de las arterias carótidas internas y cerebrales, provocando obstrucciones y eventualmente desarrollando accidente cerebrovascular isquémico, hemorrágico y/o convulsiones. Hay casi el doble de pacientes mujeres que de hombres. **Caso clínico:** Femenina de 51 años, de ascendencia afro-asiática, procedente de Islas Caimán, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial diagnosticada hace 16 años, diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada hace 11 años y dislipidemia tipo hipercolesterolemia. Al interrogatorio se conoce que ha presentado tres eventos cerebrovasculares isquémicos. Es remitida a Honduras al departamento de Hemodinamia e Intervencionismo con diagnóstico de referencia por oclusión crítica de arteria carótida interna izquierda para implante de stent en dicha zona. Previo al ingreso a la sala de Hemodinamia se realiza angio full body scan con fase simple y fase con contraste, donde se concluye compromiso marcado del sistema arterial, con hipoplasia del componente intimal, afectando ambas arterias carótidas internas, así como el sistema arterial anterior a nivel del polígono de Willis, con presencia de múltiples infartos supratentoriales. Durante procedimiento se valora entre médico hemodinamista, radiólogo intervencionista y neurólogo la conducta a tomar en la sala de cateterismo y se concluye que no sería efectiva la colocación de stent en arteria carótida para mejoramiento del flujo, ya que no es angiográficamente relevante y no representa placa significativa. Se dio egreso a paciente con manejo farmacológico. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La enfermedad de moyamoya se presenta con mayor frecuencia como un ataque isquémico transitorio o un accidente cerebrovascular. Además de los procedimientos de revascularización quirúrgica, se han utilizado medidas terapéuticas médicas como los agentes antiplaquetarios e incluso la anticoagulación para la prevención de una enfermedad cerebral.

75TL. INSTITUTO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITOLOGÍA ANTONIO VIDAL: RECONOCIENDO SU TRAYECTORIA DE TRES DÉCADAS (1993-2023). Jackeline Alger, MD, PhD^{1,2} Nelson Agudelo, MD;^{1,3} Tito Alvarado, MD, MPH;¹ Lindsay Borjas, MQC, MSc;^{1,2} Efraín Bu Figueroa, MD;¹ Elsy Cárcamo, MD, MSc;¹ Eleonora Espinoza, MD, MSP;^{1,4} Jorge A. Fernández, MD, MSP;^{1,5} Jorge García-Aguilar, MQC, MSc;^{1,2} Carlos A. Javier, MD;^{1,6}; Rina G. Kaminsky, MSc;¹ Edna Maradiaga, MD, MSP;^{1,7} Karla Rivera, Licenciada Administración Empresas, Magister Gestión Proyectos;¹ Renato Valenzuela Castillo, MD;¹ Diana S. Varela, MD;^{1,8} Concepción Zúniga, MD, MSc.^{1,9} ¹Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa, Honduras; ²Secretaría de Salud, Hospital Escuela, Departamento de Laboratorio Clínico, Tegucigalpa, Honduras; ³University of Oklahoma Health Sciences Center, Department of Medicine, Section of Infectious Diseases, Oklahoma City, Oklahoma, Estados Unidos de América; ⁴Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Instituto de Investigación en Ciencias Médicas y Derecho a la Salud, Tegucigalpa, Honduras; ⁵Centro de Salud Integral Zoé, Tegucigalpa, Honduras; ⁶Centro de Patología Clínica, Tegucigalpa, Honduras; ⁷Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Tegucigalpa, Honduras; ⁸Secretaría de Salud, Hospital Escuela, Departamento de Medicina Interna, Tegucigalpa, Honduras; ⁹Secretaría de Salud, Hospital Escuela, Departamento de Vigilancia de la Salud, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal (IAV), fundado en 1993, reconoce la labor precursora en el campo de las enfermedades infecciosas del Dr. Antonio Vidal Mayorga, un médico y maestro ejemplar que se distingue por una obra impulsada por su capacidad de conjuntar clínica, epidemiología, laboratorio, salud pública, investigación, enseñanza y proyección social. **Descripción de la experiencia:** El IAV, fundación privada sin fines de lucro, está comprometida con el desarrollo y promoción de la investigación, formación y asesoría sobre enfermedades infecciosas y parasitología. Junto con sus colaboradores nacionales e internacionales ha desarrollado proyectos en los temas de equidad en la investigación sanitaria, enfoque ecosistémico, ética de la investigación, información de salud, innovación social en salud, integridad científica, salud sexual y reproductiva, formación de talento humano, abordando enfermedades como infecciones por parásitos apicomplexa intestinales, Enfermedad de Chagas, geohelmintiasis, malaria, Zika, entre otros. Sus principales colaboradores internacionales están localizados en Argentina (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria - IECS), Colombia (Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas - CIDEIM), Estados Unidos de América (Universidad de Tulane), Reino Unido (Healthcare Information For All; The Global Health Network), República Dominicana (Fundación Etikos). El trabajo en red

le ha permitido realizar contribuciones importantes en número y calidad de publicaciones científicas nacionales (n=30) e internacionales (n=21). A partir de 2021 inició un programa de educación continua en colaboración con la Asociación Hondureña de Parasitología y el Colegio Médico de Honduras desarrollando seminarios web con expositores nacionales (n=6) e internacionales (n=9) y un total de 2,941 asistentes. **Lecciones aprendidas:** El IAV ha adquirido experiencia y capacidad para asistir a instituciones gubernamentales y académicas en sus funciones asistenciales, administrativas, técnicas y enseñanza, apoyando el diagnóstico clínico-epidemiológico, manejo, control y prevención de las enfermedades infecciosas y contribuir a mejorar la salud de las poblaciones afectadas.

76TL. UTILIDAD DE LA ESCALA NICE EN MANEJO DE SEPSIS NEONATAL TEMPRANA. Ástrid Carolina Sevilla Fernández^{1,2}, Elizabeth Casco de Núñez^{1,3}. ¹Doctora en Medicina y Cirugía. ²Médico Asistencial, Clínica Privada. ³Doctora en Ciencias con orientación en Ciencias Administrativas e Investigación, Máster en Educación Superior, Máster en Prevención y Protección de Riesgos Laborales con Especialidad en Salud Ocupacional.

Antecedentes: El Instituto Nacional para la Excelencia en el Cuidado de la Salud (NICE, por sus siglas en inglés) presentó recomendaciones para el manejo de recién nacidos con factores de riesgo para sepsis neonatal temprana (SNT). Dichas recomendaciones se conocen colectivamente como la escala NICE, y podrían ser de utilidad, considerando que en Honduras una de las principales causas de mortalidad en el periodo neonatal es la SNT. **Objetivo:** Determinar la utilidad de la escala NICE en el manejo de SNT. **Metodología:** Estudio de tipo caso-control prospectivo, realizado en el Hospital General Atlántida de julio a septiembre 2019. La aplicación de criterios de inclusión y exclusión a población de 1216 nacidos vivos obtuvo muestra de 102 recién nacidos, que se dividieron en tres brazos de investigación así: 34 controles sanos, 34 con diagnóstico de egreso de SNT consignado en el expediente, y 34 con riesgo de infección neonatal (RIN) que no desarrollaron SNT, definición de grupos según establecido por el Protocolo de Manejo de Sepsis Nacional. La exposición estudiada fue la aplicación de la escala NICE. **Resultados:** El 100% de RIN y SNT recibió antibióticos. Según escala de NICE únicamente el 6% (n=5) de los RIN ameritaban la administración de antibióticos, lo que hubiera restringido así la exposición innecesaria a antibióticos en el 85% (n=29). Según la Escala NICE, los 34 pacientes con SNT, debieron recibir antibióticos, y ninguno de los controles debió recibir antibióticos, último dato que coincide con protocolo actual. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Debido a la alta especificidad y sensibilidad de las directrices NICE en el manejo de la SNT, se sugieren estudios con mayor poder estadístico, mayor extensión de tiempo, en diferentes hospitales nacionales para evaluar su valor pronóstico clínico nacional.

77TL. ACCESO UNIVERSAL A INFORMACION SANITARIA CONFIABLE: UNA CONSULTA GLOBAL DE HIFA, AGOSTO 2023. Jackeline Alger, MD, PhD;^{1,2} Neil Pakenham-Walsh, MB, BS, DCH, DRCOG;^{1,3} ¹HIFA Steering Group; ²Instituto Antonio Vidal, Tegucigalpa, Honduras; ³Global Healthcare Information Network, Oxfordshire, Reino Unido.

Antecedentes: Healthcare Information for All (HIFA, www.hifa.org), establecida en 2006, reúne a partes interesadas con la visión compartida de un mundo en el que todas las personas tienen acceso a la información que necesitan para proteger su propia salud y la de los demás. **Descripción de la experiencia:** La movilización de los resultados de la investigación a la política y la práctica depende de la integridad del ecosistema global de evidencia, que a su vez depende de la cooperación y el entendimiento compartido entre investigadores, editores, profesionales de las bibliotecas y la información, políticos responsables, sociedad civil, entre otros. Comunicar la investigación sanitaria para la formulación de políticas sigue siendo un reto importante e incluye múltiples dimensiones (síntesis de evidencia/estudios individuales; evidencias globales/locales; promoción de una cultura de evidencia), todo ello en medio de múltiples factores políticos y contextuales que pueden socavar el uso de la evidencia. HIFA y OMS colaboran en un plan de 10 pasos para acelerar el avance hacia el acceso universal a información sanitaria confiable. El primer paso es la realización de una encuesta global en línea en la cual todas las partes interesadas serán invitadas a contribuir a configurar el futuro de la asistencia sanitaria. La consulta se centra en una encuesta global en línea que se lanzará en agosto 2023 en paralelo con debates interactivos en los foros HIFA en inglés, francés, portugués, español. **Lecciones aprendidas:** Como comunidad de práctica multilingüe con 20,000 miembros a nivel global que representan a toda la gama de partes interesadas, HIFA está bien situada para llevar a cabo esta consulta global, pero requiere de la participación de todos. Las principales conclusiones contribuirán a fundamentar las futuras actuaciones de OMS, HIFA y sus socios para acelerar el avance hacia el acceso universal a información confiable sobre la atención sanitaria.

78TL. ORIGEN ANÓMALO DE LAS ARTERIAS CORONARIAS. REPORTE DE CASO. Francisco Ramón Somoza^{1,2}, Juan Fernando Toledo^{1,4}, Francisco José Somoza^{1,3}, Mauricio Edgardo Zavala^{1,4}, David Salomón Yanes^{1,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, ²Especialista en Cardiología Intervencionista y Hemodinamia, Hospital CEMESA, San Pedro Sula (SPS); SCAI, SOLACI, AHA, ACC. ³Especialista en Medicina Interna, Cleveland Clinic. ⁴Médico Asistente, Unidad de Cardiología y Hemodinamia, Hospital CEMESA, SPS, Honduras.

Antecedentes: La anomalía coronaria es una morfología observada en menos de 1% de la población general. Puede producirse durante la cardiogénesis normal o patológica: en el primer caso, darían lugar a anomalías coronarias aisladas, como en el presente caso clínico; en el segundo se asocian con

otras malformaciones cardíacas. **Caso clínico:** Femenina de 58 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial diagnosticadas hace más de 10 años, y tratadas con insulina glargina y valsartán 160 mg respectivamente. Es referida de centro médico de Roatán por epigastralgia crónica que no mejora con inhibidores de bomba de protones, ni antiácidos, de aproximadamente 1 día de evolución. Refiere presentar dolor en hombro izquierdo, de 8/10 en escala análoga del dolor, de 24 horas de evolución, mejorando levemente con opioides. Paciente no presenta inestabilidad hemodinámica. Se procede a realizar angiografía coronaria donde se observa origen anómalo de las arterias coronarias, observándose que la arteria descendente anterior (ADA), arteria circunfleja y arteria coronaria derecha se originan de un único tronco. Se observa lesión ateromatosa significativa en tercio medio de ADA, y se procede a realizar angioplastia con implantación de stent. El procedimiento se llevó a cabo exitosamente. Se dio egreso a la paciente con manejo farmacológico concomitante. **Conclusiones/Recomendaciones:** El origen de las arterias coronarias en el seno de Valsalva contralateral constituye el grupo de anomalías coronarias principalmente relacionado con la isquemia miocárdica y, en particular, con la muerte súbita. Se debe tener un elevado índice de sospecha de esta anomalía ante pacientes jóvenes con clínica de angina, disnea o síncope con el esfuerzo. Ante toda coronaria anómala se debe definir claramente el trayecto inicial por una coronariografía, apoyándonos para ello en técnicas de imagen como la ETT, la ETE o, preferentemente, la TAC con multidetectores.

79TL. FACTORES ASOCIADOS A LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL AL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN PERSONAL SANITARIO. SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL HOSPITAL NACIONAL DOCTOR MARIO CATARINO RIVAS 2019-2021. Laura Suiyen Ham Sarmiento¹, Pablo Andrés Mejía Rodríguez¹, Rosa Victoria Flores Bardales¹, Valeria María Escoto Alvarenga¹. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. Profesionales independientes, Honduras.

Antecedentes: El personal sanitario es considerado un grupo de alto riesgo para adquirir infecciones durante el desempeño de sus actividades laborales, entre ellas el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). **Objetivo:** Identificar los factores asociados a la exposición ocupacional al VIH en el personal sanitario que asiste al Servicio de Atención Integral del Hospital Nacional Doctor Mario Catarino Rivas (HNMCR) en el periodo comprendido del 1 de enero de 2019 al 31 de agosto de 2021. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo correlacional, con unidad de análisis en hombres y mujeres del personal sanitario que laboran en Unidades de Salud de la zona norte. Muestra de 44 pacientes. Se evaluó factores de riesgo epidemiológicos y clínicos asociados a la exposición ocupacional al VIH. El procesamiento de datos se realizó con el programa SPSS, estimando frecuencias, porcentajes y correlación entre los factores y la exposición ocupacional. **Resultados:** El 56.8% eran adultos jóvenes, 61.36% mujeres, 2.7% residentes en San Pedro Sula. El HNMCR fue la unidad

asistencial en 72.7% específicamente la Sala de Emergencias en 18.1%, siendo 15.9% enfermeras auxiliares. La exposición percutánea en 90.91%, con lesión por punción en 86.36 % y con 18.2% en el dedo pulgar de mano izquierda. El tiempo transcurrido entre exposición y búsqueda de atención fue menor de 24 horas en 34.1%, con lavado del sitio anatómico con agua y jabón en 54.5%. El estado serológico del paciente fuente fue positivo en 63.6%. El 97.3% del personal expuesto recibió tratamiento profiláctico, con zidovudina, lamivudina, lopinavir/ritonavir en el 88.6%, cumpliendo esquema completo el 38.6%. De estos el 52.3% presentó efectos secundarios, siendo diarrea y náuseas los principales. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se propone la utilización de dispositivos médicos de seguridad y el adecuado desecho de materiales cortopunzantes.

80TL. CIRROSIS BILIAR PRIMARIA: PATOLOGÍA SUBDIAGNOSTICADA. Delmy Sarai Castillo Alvarez¹. ¹Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Interna, Máster en Gestión de Servicios de Salud, Docente Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana; Médico Asistencial Instituto Nacional del Diabético, Tegucigalpa.

Antecedentes: La cirrosis biliar primaria es una enfermedad hepática crónica colestásica, autoinmune y progresiva que afecta a mujeres, caracterizada por inflamación y destrucción progresiva de los ductos biliares interlobulares, y que de forma insidiosa presenta aumento de las pruebas de función y excreción hepática. **Caso clínico:** Femenina de 70 años, diabética, hipertensa e hipotiroidea, lleva su consulta en el Instituto Nacional del Diabético, se observó en la bioquímica sanguínea, elevación de las transaminasas y de las bilirrubinas. Como únicos síntomas, leve dolor en hipocondrio derecho y astenia, no presenta ictericia, prurito, ni fiebre. Presentaba múltiples ultrasonidos con reportes de esteatosis hepática. Cursó con dislipidemia, razón por la cual se le estaba brindando estatinas, que se omitieron, considerando el daño hepático vinculado a ellas. Se investigó patología autoinmune como causa de disfunción hepática resultando títulos elevados de proteína C reactiva y velocidad de eritrosedimentación; anticuerpos anti núcleo citoplasmático por inmunofluorescencia indirecta positivo y anticuerpos antimitocondriales positivos. El reporte de Anatomía Patológica con lesión de patrón biliar, inflamación portal crónica, lesión ductal florida. hiperplasia regenerativa nodular, esteatosis macrovesicular grado 1. Con el análisis de los datos se brinda el diagnóstico definitivo de Cirrosis Biliar Primaria y se remite a Gastroenterología. **Conclusiones/Recomendaciones:** La cirrosis biliar primaria es una entidad patológica que requiere alta sospecha diagnóstica, además de la interpretación de estudios de bioquímica sanguínea, estudios inmunológicos, que nos orientan a plantearnos posibles diagnósticos diferenciales. Al final se debe lograr obtener el diagnóstico definitivo a través de biopsia hepática y la positividad de los anticuerpos antimitocondriales.

81TL. MACROPROLACTINOMA CON BUENA RESPUESTA AL TRATAMIENTO MÉDICO. Guillermo Villatoro Godoy^{1,2}, Lesby Marisol Espinoza Colindres^{1,3}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Especialista en Pediatría y Endocrinología Pediátrica, Médico Asistencial HMEP. ³Especialista en Pediatría y Endocrinología Pediátrica, Médico Asistencial Hospital María de Especialidades Pediátricas (HMEP) e Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Tegucigalpa.

Antecedentes: El prolactinoma es el adenoma hipofisario funcional más común en los niños mayores de 12 años, es más frecuente en mujeres. Y tiene una prevalencia estimada de 100 casos/millón de personas. La hiperprolactinemia interrumpe la secreción pulsátil de la hormona liberadora de gonadotropinas e inhibe a las hormonas luteinizante (LH) y folículo estimulante (FSH). Se presenta con oligomenorrea o amenorrea, galactorrea, cefalea y alteraciones de campos visuales. Se clasifican en microadenoma (diámetro ≤ 10 mm) y macroadenoma (diámetro > 10 mm). Los agonistas dopaminérgicos como la bromocriptina o la cabergolina son el tratamiento de elección. La cirugía está indicada si hay fracaso terapéutico farmacológico. La radioterapia es excepcional. **Caso clínico:** Femenina de 14 años. Menarquia a los 10 años, ciclos menstruales regulares cada mes; dieciocho meses después de la menarquia, presenta ciclos irregulares, posteriormente amenorrea y galactorrea. Niega hemianopsia. Examen físico: Peso: 48.7kg, Talla 151.8cm, IMC: 21.1kg/m², PA: 100/70mmHg, fondo de ojo normal, tiroides normal, Tanner IV. Galactorrea bilateral. Prolactina: 100ng/ml. LH: 7.52mIU/ml, FSH: 5.57mIU/ml, Estradiol: 95pg/ml. Pruebas de función tiroidea, ciclo de cortisol, densidad urinaria y electrolitos normales. Resonancia magnética: Macroadenoma hipofisario de 13x10mm con degeneración quística o probable sangrado en su interior. Campimetría: Reducción generalizada de la sensibilidad bilateral y sutiles escotomas periféricos en ojo derecho. Tratamiento con cabergolina durante un año, con dosis acumulada de 60mg. A los 3 meses de tratamiento ciclos menstruales regulares, persistiendo la galactorrea la cual remitió un año después del tratamiento en los que también se evidenció normalización de los niveles de prolactina y el control de resonancia magnética de hipófisis fue normal. **Conclusiones/Recomendaciones:** En los macroprolactinomas en los que no hay signos de hipertensión endocraneana ni compromiso visual el tratamiento de elección inicial son los agonistas dopaminérgicos.

82TL. INTUSUSCEPCIÓN DE ÍLEON TERMINAL IDIOPÁTICA: CAUSA INUSUAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y HEMORRAGIA DIGESTIVA MEDIA EN UN ADULTO. Claudia Patricia Jaén Villanueva^{1,2}, Eumir Juárez Valdéz^{1,3}, Luis José Pinto García^{1,4}, Ricardo José Chicas López^{1,5}, Gustavo Ulises Castañón^{1,2}, Lizbeth Teresa Becerril Mendoza^{1,6}, Yanelly Estrella Morales Vargas^{1,7}, Valeria Yáñez Salguero^{1,8}, Osvaldo Marche Fernández^{1,4}, Oscar Leonel García Rodas^{1,9}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Residente de Endoscopia Gastrointestinal. Hospital Juárez de México (HJM), Ciudad de México (CDMX). ³Servicio de Gastroenterología, HJM, CDMX. ⁴Residente de cuarto año de Medicina Interna, HJM, CDMX, Máster en Ciencias de la Salud. ⁵Residente de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Monterrey, Nuevo León. ⁶Servicio de Medicina Interna, HJM, CDMX. ⁷Pasante de Servicio Social, HJM, CDMX. ⁸Residente de Nefrología. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, CDMX. ⁹Residente de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Manuel Gea González, CDMX.

Antecedentes: La intususcepción intestinal (II) es la invaginación de un segmento intestinal en otro adyacente. Poco frecuente en adultos, causa 1-5% de obstrucciones intestinales en ellos. La II tiene clínica inespecífica, presentando hematoquecia principalmente. Su localización más habitual es entero-entérica, de etiología maligna, benigna o idiopática. El diagnóstico se sospecha con clínica y tomografía, corroborando con histopatología. El tratamiento es resección quirúrgica. **Caso clínico:** Masculino de 46 años, sin antecedentes importantes, refiere cambios de consistencia en sus evacuaciones desde hace 3 meses, pérdida de peso y hematoquecia escasa 7 días previos, con aumento en últimas 24 horas llegando a inestabilidad hemodinámica y dolor abdominal. Exploración física: palidez, abdomen doloroso, peristalsis aumentada, sin datos de irritación peritoneal, hematoquecia al tacto rectal. Laboratorios que evidencian anemia. Endoscopia muestra hernia hiatal por deslizamiento y gastritis erosiva. Colonoscopia sin alteraciones. Tomografía que evidenció II entero-entérica de íleon terminal. Se decide realizar LAPE, se observa II a 125 cm de la válvula ileocecal, formando lesión polipoidea, que ocluía 80% de la luz, se realiza resección de la lesión con anastomosis. Se egresó sin complicaciones a las 48 horas. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La II idiopática en adultos es una condición muy rara y causa poco común de hemorragia del tubo digestivo medio.

83TL. TRAS LA HUELLA DEL CÁNCER LINGUAL: HALLAZGOS RADIOLOGICOS Y SEGUIMIENTO POR TOMOGRAFÍA. SERIE DE CASOS, INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL. Rina Díaz^{1,2}, Sara Sorto^{1,2}, Blanca Alemán^{1,3}, Claudia Medina^{1,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Residente de segundo año de Radiología e Imágenes Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Tegucigalpa. ³Residente de cuarto año del postgrado de Radiología e Imágenes Médicas, UNAH, Tegucigalpa. ⁴Especialista en Radiología e Imágenes Médicas, y alta especialidad en Cabeza y Cuello.

Antecedentes: El cáncer de lengua es de los más comunes en cabeza y cuello, y fumar, beber alcohol y la infección por el virus del papiloma humano son los principales factores de riesgo. Los estudios de imagen son necesarios para caracterizar, definir extensión y establecer niveles ganglionares afectados, para estadificar adecuadamente. La tomografía es primera línea para distinguir los procesos patológicos y proporciona una mejor evaluación de la afectación de ganglios y hueso. **Casos clínicos:** En mayo 2023 acudieron al IHSS tres pacientes con antecedente de cáncer de lengua para tomografía; mayores de 55 años, sin hábitos tóxicos. Primera, femenina, postoperada de hemiglosectomía izquierda, con diagnóstico de carcinoma de células escamosas; posterior al tratamiento quirúrgico recibió quimioterapia. Tomografía control: lengua sin evidencia de adenopatías sospechosas o infiltración a estructuras adyacentes. Segundo, masculino, se realizó resonancia magnética que reporta masa sólida en tercio posterolateral derecho de lengua; con posterior hemiglosectomía derecha y disección supraomohioidea del cuello. Biopsia reportó carcinoma epidermoide de borde lateral derecho. Tomografía control: áreas hipodensas en región lateral izquierda, en relación a cambios por infiltración grasa, y adenopatías de características sospechosas, en relación a áreas de necrosis, sin evidencia de infiltración a tejidos adyacentes. Tercera, femenina, con biopsia que reportaba lesión cancerígena de lengua; tomografía previo al tratamiento quirúrgico evidencia lesión infiltrativa en hemilengua izquierda, con reforzamiento al medio de contraste, cruza línea media e invade base de la lengua, afecta músculos intrínsecos y extrínsecos de la lengua, sin infiltración a estructuras óseas adyacentes. Actualmente en espera de tratamiento quirúrgico. **Conclusiones/Recomendaciones:** La tomografía es esencial en el diagnóstico del cáncer de lengua debido a su capacidad para proporcionar imágenes detalladas y precisas de las estructuras anatómicas y patológicas, puede ser utilizada para detección de recurrencia, evaluación de ganglios linfáticos, evaluación de la curación y seguimiento a largo plazo.

84TL. ANGIOSTRONGILIASIS, CAUSA POCO COMÚN DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL: REPORTE DE CASO.

Jose Chavarría^{1,2}, Rodrigo Vaquero^{1,3}, Faviola Cáliz^{1,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, ²Residente de primer año de Cirugía General, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), San Pedro Sula (SPS). ³Especialista en Cirugía General, Instituto Hondureño de Seguridad Social, SPS. ⁴Máster en Epidemiología.

Antecedentes: *Angiostrongylus costaricensis* es un nemátodo que causa inflamación granulomatosa de pared intestinal (enterocolitis eosinofílica), afectando apéndice, intestino delgado distal y colon derecho; el humano adquiere accidentalmente la infección ingiriendo frutas, vegetales, caracoles o babosas crudas o poco cocidas con el parásito, los gusanos migran a arterias mesentéricas liberando huevos en tejidos intestinales, produciendo daño endotelial con vasculitis, trombosis y necrosis del tejido subyacente. Clínicamente, muchos pacientes son asintomáticos, pero dependiendo de la gravedad de la reacción inflamatoria se puede desarrollar fiebre, dolor abdominal, anorexia, vómitos, estenosis u obstrucción intestinal, isquemia mesentérica, perforación y casos de hemorragia gastrointestinal o fibrosis con tumoración. **Caso clínico:** Masculino de 29 años, procedente de El Progreso Yoro, que ingresa con dolor abdominal de 10 días de evolución en fosa iliaca derecha, con signos francos de irritación peritoneal; hematológico con Hb 12.7 g/dl, leucocitosis 11.1×10^3 /UI, neutrófilos 51.9% y eosinófilos 9.7%; ultrasonido: tumoración de 67x44x43 mm en flanco derecho del colon ascendente; tomografía computarizada: imagen de 53x51x46 mm secundaria a invaginación colónica, engrosamiento de pared de colon ascendente de 32x28 mm proximal al sitio de invaginación; colonoscopia: invaginación que no permite reducir ni avanzar a nivel de ciego. Se realiza laparotomía exploradora, encontrándose tumor en colon derecho 2x3 cm intraluminal, en ángulo hepático, que obstruye 100% de la luz; se procede con hemicolectomía derecha extendida a íleo transversal, anastomosis laterolateral con sutura mecánica. Biopsia reporta inflamación granulomatosa, marcada fibrosis, necrosis e isquemia, estructuras degeneradas de *Angiostrongylus*. Paciente con evolución satisfactoria. **Conclusiones/Recomendaciones:** No fue posible identificar el mecanismo de infección; en Honduras la información clínico-epidemiológica es limitada y el diagnóstico se realiza postquirúrgico mediante estudio histopatológico.

85TL. PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Karel Iracema Escoto Pineda¹, Linda Vanessa Enamorado Cerna¹. ¹Doctora en Medicina y Cirugía. ²Residente de segundo año de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), San Pedro Sula.

Antecedentes: También llamada enfermedad de Moschowitz, de incidencia variable, en Latinoamérica 4 casos por millón, proporción mujer: hombre ~2.5:1. Caracterizada por deficiencia variable de ADAMTS13, metaloproteasa sintetizada en las

células estrelladas hepáticas, podocitos, células epiteliales renales, plaquetas y células endoteliales; responsable de la escisión de multímeros del factor de von Willebrand ultragrande. La deficiencia grave de ADAMTS13 puede ser congénita (5%) o adquirida (95%). En consecuencia, los microtrombos ricos en plaquetas se forman espontáneamente dentro de arteriolas y capilares, lo que induce isquemia microvascular generalizada. El diagnóstico requiere la cuantificación de ADAMTS13 por debajo de 20%; existen métodos indirectos para un acercamiento diagnóstico: índice PLASMIC, escala francesa y escala ASAP. El tratamiento es de soporte inicialmente, y plasmaféresis como primera línea. **Caso clínico:** Masculino de 23 años, sin comorbilidades llevado por su madre por cefalea holocraneana intensa, no pulsátil, 8/10 en escala cuantitativa de dolor que no cede con AINES, fiebre y desorientación temporoespacial de 24 horas de evolución, convulsión tónico-clónica generalizada, con relajación de esfínteres. Se recibe con Glasgow 13 puntos (O4V3M6), sin signos meníngeos, cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen benigno, petequias en extremidades. Hemograma: leucocitosis con neutrofilia, anemia moderada normocítica-normocrómica, trombocitopenia severa; toxicológico negativo; LDH: 1158 U/L, TGO: 52 U/L, TGP: 41 U/L, creatinina 1.5 mg/dl, procalcitonina negativa, bilirrubina directa 0.45 mg/dl, bilirrubina indirecta 2 mg/dl, Coombs directo negativo, reticulocitos corregidos 6.1%. Frotis: glóbulos rojos crenados, policromatofilia y trombocitopenia severa, GR crenados 5%. Se realizó 7 sesiones de plasmaféresis, y completó rituximab 375 mg/m² IV c/semana x 4 semanas. Paciente egresa con cuadro clínico resuelto. **Conclusiones/Recomendaciones:** Es una patología poco conocida por su baja incidencia. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son cruciales para evitar complicaciones a largo plazo y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

86TL. LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA ASOCIADA A FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO: REPORTE DE CASO.

Vilma Alejandra Gómez Lara^{1,2}, Reinaldo Alfonso Arita Castellanos^{1,3}, David Eleazar Cortés Padilla^{1,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Residente de primer año de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), San Pedro Sula (SPS). ³Residente de tercer año de Medicina Interna, UNAH-VS, SPS. ⁴Especialista en Hematología, Instituto Hondureño de Seguridad Social, SPS.

Antecedentes: La linfocitosis hemofagocítica (LHH) es un síndrome caracterizado por actividad excesiva del sistema inmune e inflamatorio con mal pronóstico y mortalidad reportada del 50-70%. Se manifiesta como fiebre recurrente, citopenia, disfunción hepática y un síndrome similar a la sepsis que puede progresar a insuficiencia orgánica múltiple si permanece mal diagnosticado y el tratamiento adecuado no se inicia con prontitud. La LHH se clasifica como primaria (familiar) y secundaria (adquirida), siendo esta última el tipo más común en adultos. **Caso clínico:** Femenina de 52 años, con antecedentes de histerectomía total por neoplasia

intraepitelial cervical grado 3 a los 33 años, ingresada en el hospital con antecedente de 5 semanas de fiebre (cuantificada en 39°C). Ella negó cualquier otro signo o síntoma, con un examen físico normal. Las pruebas de laboratorio notables fueron hemoglobina 8.7 g/dL, plaquetas $124 \times 10^9/L$, ferritina 565 ng/ml, VSG 13 mm/h, fibrinógeno 306.74 mg/dL, IgM 17 mg/dL, IgG 554 mg/dL, PCR 81.69 mg/L, LDH 679 U/L, billirrubina total 0.37 mg/dL, Coombs directos negativos, y triglicéridos 541 mg/dL. Resto de pruebas inmunológicas e infecciosas negativas. Se realizan tres aspirados de médula ósea, evidenciándose en el último, hallazgos compatibles con linfocitosis hemofagocítica. **Conclusiones/ Recomendaciones:** A pesar de la baja incidencia, su diagnóstico es desafiante porque tiene características clínicas que se superponen con otras afecciones. En el estudio de diagnóstico, la malignidad y las causas infecciosas deben descartarse con pruebas de laboratorio, imágenes de diagnóstico, estudios de médula ósea y biopsia si es necesario.

87TL. MIOSITIS VIRAL: REPORTE DE UN CASO. Enrique Adalberto Medina^{1,2}, Diana Ramírez^{1,3}, Giovanni Marie^{1,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Residente de tercer año de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), San Pedro Sula (SPS). ³Especialista en Pediatría y Oncología Pediátrica, Docente de Pediatría, Instituto Hondureño de Seguridad Social, SPS. ⁴Especialista en Pediatría y Cirugía Pediátrica, Coordinador del Posgrado de Pediatría, UNAH-VS, SPS.

Antecedentes: La miositis viral, descrita desde 1957 por Lunderberg, y también conocida como miositis viral de la infancia, se presenta luego de un cuadro de infección viral, principalmente influenza tipo A y tipo B; y se caracteriza por dolor bilateral en grupos musculares de miembros inferiores, de inicio súbito, autolimitado y sin ninguna alteración en el examen neurológico; posee una incidencia de 2.6/100,000 en fases epidémicas de procesos virales, principalmente en edades preescolares y escolares. **Caso clínico:** Escolar de 6 años, sin antecedentes patológicos de importancia, debuta con historia de fiebre de 2 días de evolución, continua, atenuada con el uso de acetaminofén; es llevado a la Emergencia Pediátrica al presentar en las últimas 8 horas dolor en miembros inferiores a la altura de ambas piernas generando incapacidad a la marcha correcta. No se identifica ninguna alteración al examen físico, hemograma sin anomalías y antígeno positivo para influenza tipo A, CPK total 700 UI/L, se ingresa para vigilancia y manejo con analgesia con paracetamol. El cuadro mejora en 48 horas, y paciente logra ser egresado sin dolor ni fiebre y con CPK en 100 UI/L. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Ante la presencia de brotes epidémicos de influenza cada año, obliga a vigilar signos de dolor y tomar en cuenta la miositis viral con adecuado abordaje diagnóstico y generar adecuado tratamiento como vigilancia laboratorial necesaria.

88TL. EXTROFIA CLOACAL: MALFORMACIÓN ANORRECTAL COMPLEJA. María Alejandra Galindo Cueva^{1,2}, Giovanni Marie^{1,3}, Alex Milán Gómez^{1,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Residente de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), San Pedro Sula (SPS). ³Especialista en Pediatría y Cirugía Pediátrica, Coordinador del Posgrado de Pediatría, UNAH-VS, SPS. ⁴Especialista en Pediatría, Cirugía Pediátrica y Urología, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, SPS.

Antecedentes: La extrofia cloacal es un desorden congénito raro relacionado con un desarrollo anormal de la membrana cloacal, asociada a un fallo en el cierre del tracto urinario inferior. La extrofia cloacal también ha sido llamada complejo OEIS (onfalocele, extrofia, ano imperforado y defecto espinal). La prevalencia de esta patología está cerca de 1 en cada 200,000-400,000 nacidos vivos. El diagnóstico debería realizarse durante el abordaje prenatal por ultrasonido, sin embargo, su identificación puede ser desafiante. **Caso clínico:** Femenina recién nacida, referida de centro regional por presentar múltiples malformaciones congénitas. Madre de 20 años, secundigesta, con controles prenatales, y dos ultrasonidos prenatales sin anomalías. El parto requirió evacuación abdominal por oligohidramnios y presentación pélvica. Nace producto a término, único, vivo, podálico, APGAR 8 y 9 al primer y quinto minuto, líquido amniótico meconial, pequeño onfalocele, sin anomalías en placenta. Al examen físico se observa extrofia cloacal, cordón umbilical normal en hemiabdomen izquierdo, genitales externos indeterminados, ano imperforado, pie equino varo bilateral y masa a nivel lumbar de 5 cm de diámetro que parece corresponder con un lipomeningocele, sin otros hallazgos. Se realiza ultrasonido abdominal, con hallazgos compatibles con extrofia cloacal. Se realiza intervención quirúrgica en su noveno día de vida por el servicio de urología pediátrica donde se encuentran los siguientes hallazgos: dos hemiúteros, dos ovarios, dos hemivaginas, vía urinaria y genitales confluyentes en estructuras comunes con salida hacia periné en seno urogenital, intestino posterior termina en saco ciego distal dilatado, hidronefrosis izquierda y diástasis de sínfisis de pubis marcada. Paciente con evolución postquirúrgica favorable. **Conclusiones/Recomendaciones:** La rareza de la extrofia cloacal dificulta el desarrollo de equipos multidisciplinarios con buena experiencia en el manejo de la condición. Se debe reforzar la exposición ocasional a esta patología y así mejorar el pronóstico de los pacientes.

89TL. BRUCELOSIS RECURRENTE: REPORTE DE CASO. Elissa Daniela Hernández Maradiaga^{1,2}, Frances Michell Estrada Domínguez^{1,3}. ¹Doctora en Medicina y Cirugía, ²Especialista en Medicina Interna, Hospital Regional del Sur, Choluteca. ³Hospital Regional del Sur y CMQ, subrogado del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Choluteca.

Antecedentes: La brucelosis es la zoonosis de origen bacteriano más prevalente en el mundo, asociada al consumo

de productos lácteos no pasteurizados. **Caso clínico:** Femenina de 34 años, quien ingresa a servicio subrogado del IHSS en Choluteca, por presentar fiebre de 40 °C, asociada a náuseas, vómitos, artralgias, mialgias, escalofríos y diaforesis, con antecedentes de consumo de lácteos no pasteurizados. PCR-rt SARS-CoV2 negativo, TAC pulmonar normal, examen de orina y hemograma normales. Se ingresa con imipenem-cilastatina, continuando con la misma sintomatología, pero presentando diarrea, por lo que se cambia cobertura a metronidazol más levofloxacino, con lo que presenta mejoría. Al completar siete días de antibióticos, reinicia síntomas, por lo que se envían antígenos febriles reportando *Brucella abortus* 1:40 y se descarta otras enfermedades infecciosas e inmunológicas. Se manejó con doxiciclina 100 mg VO c/12h, se le realiza anticuerpos para *Brucella*, reportando IgM 3.28 (positiva) e IgG 0.44. El servicio de Infectología agrega gentamicina 300 mg IV c/d por 7 días y continúa doxiciclina 100mg vo c/12h por 6 semanas. Tres meses posteriores a tratamiento: antígenos febriles con *Brucella abortus* negativo. Posteriormente, presenta tres cuadros de brucelosis tras el diagnóstico, y en el transcurso de 2 años, diagnóstica con IgM positiva para *Brucella*, tratada en dos recurrencias con doxiciclina 200 mg VO c/12h por 6 semanas y gentamicina 300 mg IV c/d por 7 días; la última recurrencia tratada con trimetoprim- sulfametoxazol 160/800 mg IV c/12h por 21 días y doxiciclina 200 mg c/12h VO por 6 semanas. **Conclusiones/Recomendaciones:** La brucelosis es una enfermedad febril que debe sospecharse en los pacientes con ingesta de lácteos no pasteurizados. En Honduras se desconoce la incidencia, pero en casos recurrentes, por la baja resistencia antibiótica, se puede repetir el esquema antibiótico previamente indicado.

90TL. HISTOPLASMOSIS DISEMINADA: A PROPÓSITO DE UN CASO. Enrique Adalberto Medina^{1,2}, Ana Gabriela Rodríguez Pavón^{1,2}, Vanessa Orellana^{1,3}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Residente de tercer año de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), San Pedro Sula (SPS). ³Especialista en Pediatría, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas (HNMCR), SPS.

Antecedentes: La histoplasmosis es una enfermedad infecciosa producida por el hongo *Histoplasma capsulatum*, que causa enfermedades en el humano al ser inhalado del polvo de las heces de murciélagos y pájaros. En Latinoamérica prevalece la variedad *capsulatum*, la cual en pacientes con inmunodeficiencia ocasiona una enfermedad diseminada. Se presenta en ambos sexos, hasta los 10 años de edad, predomina en los varones 4:1. La mortalidad de la histoplasmosis diseminada no tratada es del 80%. El tratamiento depende de la severidad de la enfermedad. **Caso clínico:** Escolar femenina de 8 años, procedente de Lempira. Referida al HNMCR por presentar historia de fiebre de dos meses de evolución, pérdida de peso, al inicio hepatomegalia y posterior desarrollo de ascitis; se recibe en unidad pediátrica, severamente emaciada; en exámenes de laboratorio: LDH 700 U/L, pancitopenia que requirió en varias

ocasiones transfusiones sanguíneas. Se descartó tuberculosis y neoplasia abordando todos los criterios diagnósticos; luego de ser policultivada, con negatividad total y aspirado de médula ósea negativo, se realizó un segundo aspirado de médula ósea, solicitándose cultivo para hongos e histopatología, encontrando estructuras levaduriformes y hallazgos correspondientes con inflamación granulomatosa crónica e *Histoplasma spp.* Se inicia tratamiento intrahospitalario con anfotericina B, con evidente mejoría clínica. Logra ser egresada con plan nutricional, e itraconazol como tratamiento supresor. **Conclusiones/Recomendaciones:** El abordaje diagnóstico de la tríada clínica de fiebre, hepatoesplenomegalia y pancitopenia, sobre todo si se acompaña de elevación de LDH, debería incluir a la histoplasmosis diseminada en el diagnóstico diferencial, para iniciar un tratamiento precoz. El paciente con inmunodeficiencia debe continuar tratamiento profiláctico con itraconazol ya que esto reduce la enfermedad hasta en un 70%.

91TL. TORACOSCOPIA MÉDICA EN EL MANEJO DEL DERRAME PARANEUMÓNICO COMPLICADO. Dylan Maldonado^{1,2}, Juan Fernando Suazo^{1,3}, Marco Antonio Quiñónez^{1,4}, Arodys Julianny Valle^{1,2}, Mario Valeriano^{1,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Residente de tercer año de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), San Pedro Sula (SPS). ³Residente de Medicina Interna, Leeds Teaching Hospital, Reino Unido. ⁴Especialista en Neumología, Jefe del Departamento de Terapia Intensiva, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, SPS. Centro de Neumología y Alergia, SPS.

Antecedentes: La toracoscopía es una técnica endoscópica desarrollada hace más de cien años por Hans-Christian Jacobaeus. Permite la visualización directa de la cavidad pleural, haciendo posible obtener biopsias de pleura parietal, drenaje de líquido, colocación de sonda pleural y pleurodesis. A pesar de ser un procedimiento principalmente diagnóstico, puede utilizarse para propósitos terapéuticos. **Caso clínico:** Masculino de 19 años, sin antecedentes, inicia cuadro de dolor pleurítico derecho, disnea súbita y un episodio de hemoptisis con signos clínicos y radiológicos de neumonía. Hospitalizado y tratado con ceftriaxona y azitromicina, sin mejoría luego de 48 horas, presentando mayor dificultad respiratoria siendo referido a hospital de especialidades. Ingresó con PA 120/60 mmHg, FC: 90 lpm, FR: 32 rpm, T: 36.7 °C y SpO₂: 92%. Radiografía inicial muestra hidroneumotórax derecho, se coloca sonda endopleural drenando 2000 ml de líquido serosanguinolento. Citoquímica reporta exudado neutrofilico con glucosa 3 mg/dl, LDH 1006 U/L, tinciones de Gram y Ziehl-Neelsen negativas. Continúa con ceftriaxona e inicia clindamicina por derrame paraneumónico complicado. Radiografía de tórax control 5 días después postcolocación sonda endopleural con succión muestra falta de expansión pulmonar con colección pleural derecha. Se realiza toracoscopía médica con toracoscopio rígido en sala de broncoscopía bajo anestesia local y sedación leve, encontrando múltiples adherencias de fibrina y colecciones pleurales. Se

realiza lavado y liberación de adherencias. Paciente presenta mejoría clínica y radiológica, es egresado tres días después del procedimiento. **Conclusiones/Recomendaciones:** La toracoscopia médica es una alternativa a la toracotomía, permitiendo remover de manera mecánica el material infectado, mediante aspiración del líquido purulento o removiendo adherencias de fibrina, facilitando la reexpansión pulmonar. Se reportan tasas de éxito de hasta 93% en manejo temprano del derrame paraneumónico y empiema, logrando evitar progresar a estadios más complicados que requieren de intervención quirúrgica mayor y tiempo de hospitalización prolongado.

92TL. HEPATITIS AGUDA POR INFLUENZA A: REPORTE DE CASO. Elissa Daniela Hernández Maradiaga^{1,2}, Fermín Andrés Zúniga Hernández^{1,3}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, ²Especialista en Medicina Interna, Hospital Regional del Sur, Choluteca. ³Médico Asistencial de Fuerzas Armadas de Honduras, Primer Regimiento de Caballería Blindada.

Antecedentes: La influenza A es causa importante de muerte en el mundo, el compromiso hepático es infrecuente, y los pacientes mayores de 60 años, embarazadas o enfermos con comorbilidades presentan mayor riesgo de cuadros graves. **Caso clínico:** Femenina de 86 años, con antecedentes de neumopatía obstructiva crónica, ingresa a clínica privada de Choluteca, con 6 días de fiebre, mialgias, artralgias, tos, y 3 días de somnolencia, confusión mental, dolor epigástrico y disnea. Se recibe en mal estado general, escala de Glasgow 10 pts, con PA: 100/60 mmHg, FC: 90 lpm, FR: 28 rpm, SO₂: 84%, T: 39 °C, con crépitos y sibilancias bilaterales; a la palpación abdominal, dolor en hipocondrio derecho y hepatomegalia leve; ictericia conjuntival y edema en miembros inferiores. Leucocitos: 13600 cel/mm³, plaquetas: 172,000 cel/mm³, albúmina: 3.1 g/dl, glucosa: 86 mg/dl, creatinina: 1.3 mg/dl, TGO: 86 U/L, TGP: 28 U/L, potasio: 2.9 mmol/l, sodio: 135 mmol/l, bilirrubina total: 3.4 mg/dl, bilirrubina directa: 2.8 mg/dl, bilirrubina indirecta: 0.6 mg/dl, amonio sérico: 134.1 umol/l, TP: 20 seg, TPT: 92 seg, INR: 1.73, proBNP: 872 ng/ml, serología por hepatitis A, B, y C negativos, antígeno SARS-CoV-2 negativo, antígeno por influenza A positivo. Tomografía cerebral: atrofia cerebral y cerebelosa; radiografía de tórax: aortoesclerosis, infiltrados intersticiales bilaterales de predominio periférico; tomografía abdominal: leve derrame pleural bilateral, hígado moderadamente aumentado de tamaño, con severa disminución difusa de la densidad del parénquima hepático que sugiere proceso inflamatorio, dos pequeños cálculos, vesícula de tamaño normal, masa sólida en polo superior del riñón izquierdo, subjetivo de proceso neoplásico; electrocardiograma: taquicardia sinusal. Se maneja con oseltamivir, levofloxacina, furosemida; a las 24h entra en insuficiencia respiratoria, los familiares no aceptan intubación y fallece a las 36h hospitalizada. **Conclusiones/Recomendaciones:** La influenza A causa epidemias estacionales, es prevenible, puede llegar a ser mortal en ancianos y la hepatitis es infrecuente.

93TL. REPORTE DE CASO: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. Robersy Medina^{1,2}, Jorge Cáceres¹, Caroline Andrade^{1,3}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, ²Residente de tercer año de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa. ³Especialista en Medicina Interna, Hospital Escuela, Honduras.

Antecedentes: La tromboembolia pulmonar (TEP) es la tercera causa más frecuente de mortalidad cardiovascular. Los factores de riesgo tradicionales incluyen la inmovilización, la neoplasia activa, los traumatismos, la insuficiencia cardíaca congestiva y otros, que explican el 74% de los casos de trombosis venosa profunda (TVP), dejando un 25% de casos sin explicación. El lupus eritematoso sistémico (LES) suele presentarse con fatiga, artralgias, artritis, mialgias y pérdida de peso, pero fuera del sistema musculoesquelético, el sistema pulmonar es el siguiente más comúnmente afectado. **Caso clínico:** Femenina de 21 años, con antecedentes de TVP y TEP en enero de 2023, asiste a la emergencia del Hospital Escuela con historia de sintomatología constitucional de un mes de evolución caracterizada por astenia, adinamia y pérdida de peso involuntaria de ±10 libras, acompañado de fiebre del mismo tiempo de evolución, no cuantificada, subjetivamente alta, intermitente, atenuada parcialmente con acetaminofén. Además, dolor articular de 4 meses de evolución, que inició en articulaciones interfalángicas de ambas manos, extendiéndose a muñecas, codos, rodillas, tobillos, asociado a calor, rubor, limitación funcional, sin predominio de horario, sin mejoría en reposo, que se exacerbó en los últimos 15 días previos a su ingreso, no relacionado con trauma. Al examen físico, se evidencia eritema malar y aumento de volumen en miembro inferior izquierdo sospechando una enfermedad autoinmune por lo que se indican estudios laboratoriales que confirman diagnóstico de LES. Se inicia manejo con hidroxiquina 200 mg c/d, azatioprina 50 mg c/d y prednisona 25 mg c/d, y se egresa. Se desconoce el estado actual de la paciente, ya que no asistió a cita de seguimiento. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Es fundamental crear un sistema de seguimiento efectivo porque las complicaciones a corto y largo plazo de estas enfermedades pueden ser fatales y sus tratamientos incurren en costos elevados.

94TL. GLOMANGIOPERICITOMA NASOSINUSAL: A PROPÓSITO DE UN CASO, REVISIÓN DE LA LITERATURA Y ÉNFASIS EN DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES. Jorge García^{1,2}, Wilma Borden^{1,2}, Janeth Bu^{1,3}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Residente de Radiología e Imágenes Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa. ³Especialista en Radiología y Neurorradiología, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

Antecedentes: El glomangiopericitoma es una neoplasia nasosinusal poco común con un fenotipo mioide perivasculoso, es un tumor indolente que tiende a surgir en el tracto nasosinusal de los adultos mayores, tiene un bajo potencial maligno con

excelente pronóstico después de la resección. **Caso clínico:** Femenina de 32 años, sin antecedentes conocidos, con historia de obstrucción nasal derecha progresiva, epistaxis y secreción nasal continua y sensación de masa en cavidad nasal de dos meses de evolución. Angiotomografía cerebral y angiorresonancia revelaron tumor sólido altamente vascularizado centrado en la cavidad nasal, con extensión a la nasofaringe y celdillas etmoidales posteriores. Se realizó embolización de arterias esfenopalatina y etmoidal posterior, que irrigaban al tumor, y se realizó exéresis. Hallazgos operatorios: masa tumoral lobulada muy vascularizada con lecho de implantación en cola de cornete superior derecho. Estudio histopatológico: proliferación subepitelial difusa, circunscrita de células fusiformes creciendo en láminas y fascículos cortos, con borramiento de las estructuras submucosas y epitelio superficial suprayacente intacto. No hubo complicaciones. La paciente se encuentra hasta la fecha libre de tumor. **Conclusiones/Recomendaciones:** El glomangiopericitoma nasosinusal es una neoplasia poco frecuente de cavidad nasal y senos paranasales. El estudio preoperatorio incluye endoscopia, angiografía y angiotomografía o angioresonancia. El análisis histológico es esencial. La escisión quirúrgica completa es el tratamiento de elección, con seguimiento a largo plazo.

95TL. SÍNDROME MEDULAR COMPLETO SECUNDARIO A MIELITIS INFECCIOSA CAUSADA POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS. INFORME DE CASO. Sonya Denise Díaz^{1,2}, Daysi Nicolle Umanzor^{1,2}, Olga María Suazo Suazo^{1,3}. ¹Doctora en Medicina y Cirugía. ²Médico Asistencial en Emergencia Unificada, Hospital Escuela, Tegucigalpa. ³Región Sanitaria Departamental de La Paz.

Antecedentes: La tuberculosis es un problema de salud pública a nivel mundial, y en América Latina continúa siendo una enfermedad endémica, pese a los avances en diagnóstico y tratamiento. Es causada por *Mycobacterium tuberculosis*, se transmite a través de gotas de aire y la presentación extrapulmonar afecta 5-45% de la población infectada. La tuberculosis de columna vertebral es una enfermedad crónica y progresiva, secundaria a la diseminación de un foco primario. **Caso clínico:** Masculino de 31 años, con fiebre de predominio nocturno de 4 días de evolución, acompañada de diaforesis, con atrofia muscular leve en miembros inferiores (MMII), y debilidad bilateral y progresiva de todas las extremidades, con puntaje según la escala de fuerza muscular de Daniels de 0 en MMII, y 1 en miembros superiores (MMSS); con ausencia de reflejos osteotendinosos en ambos pares de extremidades, nivel sensitivo en C4, y ausencia de control de esfínteres. Se realizó rayos de tórax que reporta derrame pleural bilateral del 30%. El diagnóstico se estableció mediante toracocentesis, realizándose en líquido pleural GeneXpert y cultivo, con resultados positivo para tuberculosis y negativo para micobacteria resistente. En resonancia magnética con gadolinio,

se identifica área hiperintensa cervical medular de C2 hasta C4, produciendo aumento en el diámetro de la médula espinal. Se inició tratamiento con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. Cuatro semanas posteriores al comienzo de tratamiento paciente presenta mejoría de su puntaje de Daniels, con 2 en MMII y 3 en MMSS, continuando con terapia física. **Conclusiones/Recomendaciones:** La tuberculosis se presenta de maneras muy diversas y se debe tener presente en pacientes jóvenes sin antecedentes personales que presenten cuadros de fiebre inexplicada. En las formas extrapulmonares, donde la identificación plantea un reto, las pruebas microbiológicas y de imagen como GeneXpert y resonancia magnética, son de vital importancia para establecer un diagnóstico.

96TL. PREVALENCIA DE IMPEDIMENTOS VISUALES EN ESCOLARES DEL DISTRITO CENTRAL, HONDURAS DE OCTUBRE 2022 A MARZO 2023. Nicolle Alejandra Sánchez Artilles¹, Sandra Flores^{1,2}, Cira Pérez^{1,2}. ¹Doctora en Medicina y Cirugía. ²Especialista en Pediatría y Cuidados Intensivos Pediátricos. Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La Organización Mundial de la Salud estimó que, en América Latina, aproximadamente un 7% de los escolares tienen algún déficit refractivo que requiere corrección. Dentro de las principales causas de discapacidad visual, los trastornos visuales ocupan el primer lugar, y tienen su prevalencia más alta en la niñez. **Objetivo:** Identificar la prevalencia de impedimentos visuales de niños escolares en el Distrito Central entre octubre de 2022 y marzo de 2023. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Se evaluaron 288 niños escolares de edades entre los 6 y 12 años utilizando la cartilla de Snellen a 6 metros de distancia con apoyo de un oclisor visual y agujero estenopeico. El procesamiento de datos se realizó mediante formulario de Epi Info 7. **Resultados:** Se evaluó ambos ojos de manera independiente a los participantes. Se obtuvo una prevalencia de impedimentos visuales del 21.5%, dividido de la siguiente manera: impedimento visual leve en ambos ojos en un 6.9%, impedimento visual leve en solo un ojo con el 6.94%, impedimento visual moderado en ambos ojos con un 4.5%, e impedimento visual moderado en un ojo con el 3.1%. No se identificaron casos de impedimento visual severo ni casos de ceguera. Se observó la edad con mayor prevalencia fueron los 9 años, representando el 27.1% de los afectados. Según el sexo, el 23.5% de las afectadas por algún impedimento visual fueron mujeres. El 82.3% de los examinados jamás habían tenido una evaluación visual especializada previa. De los 288 evaluados, solo el 8.0% ya contaban con lentes prescritos previamente. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se recomienda reforzar el cumplimiento adecuado del Programa de Escuela Saludable, que incluye evaluación de la agudeza visual de forma anual en los escolares; y promover la educación sobre la importancia de la valoración oftalmológica temprana para la detección oportuna.

97TL. CONECTAR EXCELENCIA Y COMPARTIR CONOCIMIENTOS PARA MAYOR EQUIDAD EN LA INVESTIGACIÓN SANITARIA: EXPERIENCIA DE THE GLOBAL HEALTH NETWORK EN LATINOAMÉRICA

Jackeline Alger, MD, PhD;^{1,2} Lía Mondragón, MD, MSc;¹ Michelle López Santisteban, MD, MSc;² Diana Varela, MD;^{1,2} María A. Ramos, MD;² Carlos Sánchez, MD;² Flavia Bueno, MSc, PhD;³ Javier Bustos, MD, PhD;⁴ Julio A. Canario, MSc;⁵ Héctor García, MD, PhD;⁴ Ezequiel García Elorrio, MD;⁶ Vanessa Jorge, MD;³ Agustina Mazzoni, MD;⁶ Daniela Morelli, RN;⁷ Lyda Osorio, MD, PhD;⁸ Fernando Rubenstein, MD, MPH;⁶ Mercedes Rumi, MD;⁷ Cristiani Vieira Machado, MD, PhD;³ Trudie Lang, PhD.⁷ ¹Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Honduras; ²Hospital Escuela, Honduras; ³Fundación Oswaldo Cruz - Fiocruz, Brasil; ⁴Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú; ⁵Fundación Etikos, República Dominicana; ⁶Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Argentina; ⁷The Global Health Network, Universidad de Oxford, Reino Unido; ⁸Universidad del Valle, Colombia.

Antecedentes: The Global Health Network (TGHN, <https://tghn.org/>) fue creada en 2010 para combatir la desigualdad en la investigación en salud en el mundo. Comenzó impulsando más y mejor investigación en todos los niveles de la atención sanitaria en África, fomentando el acceso igualitario a la información, herramientas y recursos. **Descripción de la experiencia:** TGHN evolucionó para trasladar su liderazgo al Sur Global, utilizando un modelo de consorcio apoyado por todos sus colaboradores y puesto en marcha mediante entidades descentralizadas en África, Asia, América Latina y Caribe (LAC). TGHN LAC engloba seis centros en Argentina, Brasil, Colombia, Honduras, Perú y República Dominicana, que desarrollarán un proyecto conjunto a cinco años, financiado por Wellcome Trust, para: 1) Construir una comunidad de práctica abierta y gratuita para todos los latinoamericanos interesados o actualmente realizando investigación en salud, 2) Movilizar el conocimiento ya existente que puede ser útil para otros grupos de investigadores globalmente, 3) Conectar y convocar la excelencia en la investigación de enfermedades infecciosas, 4) Entrenar a la comunidad investigadora latina en pasos y procesos comunes a todos los tipos de investigación sanitaria, 5) Fomentar el liderazgo científico regional, y fomentar la construcción de entornos amigables para la investigación en instituciones sanitarias. El proyecto ha comenzado, y será lanzado oficialmente en agosto de 2023. A través de trabajo multicéntrico y multidisciplinario, a la fecha se han preparado acuerdos de entendimiento, términos de referencia, perfiles; armonización de terminología y mapeo de intereses y capacidades. **Lecciones aprendidas:** Los principales retos afrontados por los equipos de investigación resultan de la inexistencia de mecanismos que faciliten su desarrollo y en general no varían según enfermedad o tipo de estudio. TGHN y grupo TGHN LAC están mejorando los mecanismos actuales para movilizar métodos y competencias y compartir exitosamente la excelencia entre organizaciones, regiones y áreas de enfermedad.

98TL. EFECTOS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EDADES PEDIÁTRICAS.

Jesús Alberto Roa Saborit^{1,2}, Laura Teresa Mejía Cruz^{1,3}, Vianned Beatriz Morales Placencia^{1,2}, Rita Irma González Sábado^{1,2}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Facultad de Ciencias Médicas “Celia Sánchez Manduley”, Manzanillo, Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Cuba. ³Especialista en Endocrinología, Santa Rosa de Copán.

Antecedentes: La violencia familiar es uno de los problemas de salud más frecuentes en la actualidad, no siempre se denuncia, porque el miedo prevalece en las personas agredidas. **Objetivo:** Caracterizar los efectos de la violencia intrafamiliar en edades pediátricas. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el Hospital Provincial “Hermanos Cordové” durante los meses de enero de 2021 a enero de 2022. El universo lo constituyeron 213 casos atendidos en consulta y la muestra (n=91), se conformó por los pacientes que asistieron en ese período, en los que la causa o la consecuencia de su problema de salud fueran la violencia intrafamiliar en cualquiera de sus manifestaciones. Se utilizaron las variables, grupo etario, sexo, tipo de violencia contra los infantes y las consecuencias de estas. **Resultados:** La violencia intrafamiliar es más frecuente en el sexo femenino (67%), en el grupo etario de 15-19 años, la violencia física (47.2%) el sexo femenino (37.4%) es el más afectado. Los efectos más frecuentes encontrados en esta investigación fueron: la dificultad para el sueño y la alimentación en los pacientes de 1-4 años (7.7%), la agresividad (16.4%) para el grupo 5-14 años, la inapetencia y anorexia en los adolescentes (23.0%). **Conclusiones/Recomendaciones:** Sobresale como grupo de edad más afectado la etapa de la adolescencia por lo que se debe indicar un tratamiento adecuado a estas víctimas para evitar secuelas a mediano y largo plazo.

99TL. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y CLÍNICA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TUMORES CEREBRALES DE 2010 A 2022, HOSPITAL DE OCCIDENTE Y CENTRO MÉDICO SANTA ROSA, SANTA ROSA DE COPÁN, HONDURAS.

Helen Pamela López López¹, César Omar Batres Cruz¹, Gloria Stefany Madrid Arita¹, David Enrique Díaz Mejía¹, Roberto Álvarez Rodríguez^{1,2}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Especialista en Neurocirugía, Hospital de Occidente, Centro Médico Santa Rosa, Santa Rosa de Copán, Honduras.

Antecedentes: La Organización Mundial de la Salud publicó en 1993 una clasificación patológica de tumores intracerebrales, que estableció tipificación y gradación de los mismos, dependiendo de la malignidad de la lesión; dicha clasificación es la más usada por neurocirujanos y patólogos. La última revisión del consenso fue publicada en 2016. Los tumores cerebrales son una patología poco estudiada en Honduras. **Objetivo:** Caracterizar sociodemográfica y clínicamente a los pacientes diagnosticados con tumores cerebrales en el Hospital de Occidente y Centro Médico Santa Rosa, Honduras en el periodo comprendido entre 2010 y 2022. **Metodología:**

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, transversal. La fuente de datos fueron expedientes clínicos. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de tumor cerebral, atendidos por el servicio de Neurocirugía, de 2010 a 2022. El tamaño de la muestra fue de 43 pacientes. Para el análisis de los datos se utilizó STATA 16.1, se describen los resultados por estadística descriptiva. **Resultados:** La localización de los tumores cerebrales más frecuente fue intraaxial en 58% (n=25). El tipo de tumor cerebral con mayor prevalencia fue el meningioma. El rango de edad más frecuente fue de 21 a 30 años de edad. El método diagnóstico más utilizado fue la tomografía computarizada en un 70%. Al 100% de los pacientes se les realizó cirugía. Del total de pacientes, uno falleció, lo cual indica letalidad de 2.3%. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los tumores cerebrales se presentaron con mayor frecuencia en el sexo masculino, en edades entre 21-30 años siendo un rango con buen pronóstico de vida. Se recomienda capacitar al personal de salud en atención primaria para reconocer signos de alarma y la tríada clásica de hipertensión endocraneana, la cual suele estar presente dentro de la sintomatología de un paciente con tumor cerebral.

100TL. PROPORCIÓN DE ESTRONGILOIDIASIS Y FACTORES ASOCIADOS: ANÁLISIS DE 13 AÑOS DE RESULTADOS DE LABORATORIO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE HONDURAS, 2010-2022. Jorge García-Aguilar, MQC, MSc,^{1,2,3} Jackeline Alger, MD, PhD.^{1,2,3} ¹Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras; ²Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa, Honduras; ³Asociación Hondureña de Parasitología, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La estrongiloidiasis, parasitosis causada por *Strongyloides stercoralis*, tiene una frecuencia variable, dependiendo del método diagnóstico utilizado y la población estudiada. En vista de que en Honduras hay poca información, el análisis de datos de laboratorio puede generar información que ayude a entenderla. **Objetivo:** Estimar la proporción e identificar factores asociados a la estrongiloidiasis, analizando los registros del laboratorio del Servicio de Parasitología del Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras, durante el periodo 2010-2022. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, analítico. El diagnóstico de laboratorio se realizó analizando muestras de heces con métodos directo (MD) y el método de Baermann modificado (MBM). Se estimaron frecuencias y porcentajes, la asociación estadística fue con Razón de Prevalencia (RP) e intervalos de confianza al 95% (IC95 %); para el análisis de datos se utilizó el programa R (4.2.0) y paquete epiR (2.0.46). **Resultados:** La proporción general de estrongiloidiasis fue 0.29%, siendo mayor con MBM (0.87%), entre pacientes masculinos (0.44%) y edades 20-40 años (0.41%) con MD y 41-61 años (1.14%) con MBM. La mayor proporción fue en pacientes masculinos mayores de 40 años con MBM (3.14%). Factores asociados: edad 20-61 años (RP=2.26, IC95%=1.53-3.31), sexo masculino (RP=2.31, IC95%=1.60-3.44), moco

(RP=1.86, IC95%=1.22-2.83), cristales de Charcot-Leyden (RP=8.47, IC95%=5.14-13.96), heces líquidas (RP=2.39, IC95%=1.55-3.68), otras helmintiasis (RP=6.73, IC95%=3.98-11.38). Factores asociados a los casos detectados con MBM: Consulta Externa (RP=4.21, IC95%=1.91-9.28) y heces formadas (RP=3.99, IC95%=1.94-8.19). Factores asociados a los casos detectados con MD: Edad 20-40 años (RP=0.23, IC95%=0.06-0.92) y heces líquidas/diarreicas (RP=0.28, IC95%=0.10-0.76). **Conclusiones/Recomendaciones:** El MBM aumentó la proporción de estrongiloidiasis casi 4 veces, en comparación con MD, siendo necesaria su implementación en laboratorios de atención primaria. La mayoría de los casos se distribuyó entre pacientes masculinos adultos. Los casos diagnosticados exclusivamente con MBM tuvieron diferencias con los casos diagnosticados con MD. Es necesario realizar estudios poblacionales en Honduras.

101TL. INFECCIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y MENINGES: ROL DE LOS ESTUDIOS DE IMAGEN. SERIE DE CASOS DEL IHSS Y HEU TEGUCIGALPA. Jorge García^{1,2}, Jeaneth Bu^{1,3}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Residente de cuarto año de Radiología e Imágenes Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa. ³Especialista en Radiología y Neurorradiología, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Tegucigalpa.

Antecedentes: Las infecciones vertebrales incluyen la afectación de las estructuras óseas, disco intervertebral y tejidos blandos paravertebrales (espondilodiscitis), duramadre y médula espinal, y son una causa poco común de dolor de espalda no traumático; sin embargo, están asociadas a una alta morbi-mortalidad, por lo que el diagnóstico precoz y tratamiento temprano son primordiales. Se presenta una serie de casos y se revisa la fisiopatología de la infección de la columna vertebral, así como los hallazgos de imagen utilizando radiografía simple, tomografía computarizada y resonancia magnética. **Casos clínicos:** Serie de casos de pacientes con infecciones de la columna vertebral: cuatro pacientes con espondilodiscitis lumbosacra complicadas, con abscesos prevertebrales y del músculo psoas, una con artritis sacrococcígea, otra tuvo afectación cervical y diseminación intracraneal que se manifestó como meningitis, y dos con abscesos epidurales lumbares. El desenlace fue fatal en cuatro de los casos, uno respondió favorablemente a la terapia médica, y en un caso fue necesaria una intervención quirúrgica, la cual fue exitosa. En todos los casos, los estudios de imagen fueron cruciales para el diagnóstico y valoración de la carga de la enfermedad. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las infecciones de la columna vertebral se asocian a una alta morbilidad y mortalidad, y la detección y el diagnóstico tempranos son de importancia crítica. Los hallazgos imagenológicos son característicos, juegan un papel crucial en el diagnóstico y tratamiento por lo que es necesario conocer y estar familiarizados con las indicaciones y el momento y contexto clínico apropiado en el que se deben solicitar.

102TL. LESIÓN TUMORAL EXTRADURAL A NIVEL DE VÉRTEBRAS CERVICALES C3-C5 EN PACIENTE PEDIÁTRICO. Ana Gabriela Rodríguez Pavón^{1,2}, Belkis Eunice Martínez López^{1,2}, Diana Ramírez^{1,3}, Roberto Contreras^{1,4}, Claudia Contreras^{1,5}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Residente de tercer año de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), San Pedro Sula (SPS). ³Especialista en Pediatría y Oncología Pediátrica, Docente Pediatría, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), SPS. ⁴Especialista en Neurocirugía, IHSS, SPS. ⁵Especialista en Anatomía Patológica, IHSS, SPS.

Antecedentes: Los tumores de sistema nervioso central (SNC) son comunes en los pacientes pediátricos, y constituyen el segundo tipo de neoplasia en frecuencia en la niñez; sin embargo, los tumores de columna espinal son muy raros, del 1-10% de tumores de SNC en la infancia. Los schwannomas son tumores encapsulados, infrecuentes, y ocurren en diversos sitios anatómicos como piel y los tejidos subcutáneos; la relación hombre: mujer es 2:3. **Caso clínico:** Preescolar femenina de 2 años, sin antecedentes importantes, presenta caída de plano de sustentación de 8 días de evolución, y disminución de fuerza en miembros inferiores, predominantemente derecho. Al ingreso, hiperreflexia en hemicuerpo derecho, sin afectación facial; ninguna otra sintomatología. En resonancia magnética cerebral y de columna cervical, lesión intrarraquídea extramedular en forma de reloj de arena (26.5x24x11.6 mm) que se origina en los espacios neuroforaminales C3-C4 y C4-C5, se extiende en eje craneocaudal desde platillo superior de C3 hasta platillo inferior de C5, comprime contorno anterolateral izquierdo del cordón medular, comprometiendo raíz ventral emergente izquierda; compatible con lesión de vaina nerviosa (schwannoma). Se realiza laminoplastía y resección tumoral, biopsia reporta cuerpos de Verocay. Positividad de células tumorales de PS100. Presenta buena evolución clínica. **Conclusión/ Recomendación:** Se trata de tumor cervical en menor de 2 años, manejado quirúrgicamente, cuyo resultado histopatológico demostró un schwannoma. La presentación típica es una masa cervical asintomática, por lo que el diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica. Debido a la complejidad anatómica y baja incidencia, el tratamiento de tumores localizados en la base del cráneo dentro de la unión cráneo-cervical en pediatría plantea desafíos terapéuticos únicos para neurocirujanos y el equipo de atención.

103TL. TUBERCULOSIS UROGENITAL, SIMULANDO UNA NEOPLASIA VESICAL, REPORTE DE CASO. Suyapa Sosa Ferrari^{1,2}, Laura Tábor^{1,3}, Gerardo Mejía^{1,3}, Juan Carlos Rodríguez^{1,3}, Guillermo Zaldívar^{1,3}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Especialista en Neumología, Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP), Coordinadora del Postgrado de Neumología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Tegucigalpa. ³Residente de Neumología, UNAH, Tegucigalpa.

Antecedentes: La tuberculosis urogenital es una de las formas de diseminación hematogena de la tuberculosis pulmonar

no tratada. Presenta manifestaciones clínicas insidiosas que pueden retrasar el diagnóstico y predisponer a complicaciones graves como insuficiencia renal. En áreas endémicas, se debe considerar a la tuberculosis como agente causal de todo cuadro clínico en estudio y principalmente en pacientes masculinos con sintomatología urinaria. **Caso clínico:** Masculino de 39 años, albañil, sin comorbilidades, consumo de tabaco y alcohol por 10 años, acude refiriendo hematuria y dolor lumbar bilateral de 5 meses de evolución, manejado como litiasis renal sin presentar mejoría clínica. Evaluado por urólogo con urotomografía que reportaba proceso neoplásico de vejiga a considerar carcinoma de células transicionales. Se le realiza cistoscopia más biopsia de pared vesical reportando proceso inflamatorio crónico granulomatoso necrotizante. Paciente también refería sintomatología respiratoria crónica, tos paroxística, disnea progresiva, fiebre intermitente sin predominio de horario y pérdida de peso no cuantificada. Radiografía de tórax con radiopacidades nodulares bilaterales que comprometían los ápices pulmonares; se sospechó metástasis pulmonares, por lo que fue referido al INCP. Tomografía de tórax reporta hiperdensidades nodulares difusas bilaterales que comprometen los lóbulos superiores. Se realizó broncoscopia flexible con biopsia transbronquial, con GeneXpert Ultra de lavado bronquioloalveolar, MTB detectado muy bajo y biopsia transbronquial con inflamación crónica granulomatosa caseificante severa. GeneXpert de orina MTB no detectado, pero con cultivo por medio Löwenstein-Jensen positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Se inició tratamiento antifímico, con mejoría clínica y radiológica. Radiografía de tórax control al completar primera fase de tratamiento antifímico muestra notable disminución de las radiopacidades nodulares bilaterales. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La tuberculosis urogenital tiene síntomas insidiosos e inespecíficos, se debe sospechar en todo cuadro clínico, sobre todo en hombres con sintomatología urinaria y así hacer un diagnóstico oportuno para evitar complicaciones fatales. La tuberculosis puede simular cualquier otra patología.

104TL. TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA: REPORTE DE CASO. Suyapa Sosa Ferrari^{1,2}, Laura Tábor^{1,3}, Gerardo Mejía^{1,3}, Juan Carlos Rodríguez^{1,3}, Guillermo Zaldívar^{1,3}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Especialista en Neumología, Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP), Coordinadora del Postgrado de Neumología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Tegucigalpa. ³Residente de Neumología, UNAH, Tegucigalpa.

Antecedentes: La telangectasia hemorrágica hereditaria (síndrome de Rendu-Osler-Weber) es una enfermedad autosómica dominante, muy rara, y por ello, infradiagnosticada. Se caracteriza por malformaciones vasculares clínicamente significativas de piel y membranas mucosas de nariz, tracto gastrointestinal, cerebro, pulmón e hígado. **Caso clínico:** Femenina de 50 años, ama de casa, sin antecedentes de importancia, refiriendo disnea progresiva de medianos a pequeños esfuerzos y tos seca paroxística de 2 meses de evolución; también epistaxis bilateral intermitente desde la niñez.

Al examen físico, se identificaron telangectasias en mucosa oral, sin otra alteración. Se sospechó el diagnóstico de telangectasia hemorrágica hereditaria (síndrome de Rendu-Osler-Weber), al cumplir 2 criterios de Curacao que sugerían un diagnóstico probable. Se realiza nasofibrolaringoscopia, evidenciando también telangectasias en mucosa nasal. La angiogramografía de tórax reportó imágenes nodulares difusas en ambos campos pulmonares con realce al paso del medio de contraste, con canales vasculares tortuosos, con arteria de alimentación y vena de evacuación, compatible con malformaciones arteriovenosas pulmonares bilaterales. Se reinterroga a la paciente y refirió epistaxis en todos los familiares por consanguinidad materna, cumpliendo así los 4 criterios diagnósticos de esta entidad clínica. **Conclusiones/Recomendaciones:** El diagnóstico molecular de esta patología es de muy difícil acceso, por lo que la última actualización se enfoca en la clínica y los antecedentes personales y familiares; con el apoyo de los criterios de Curacao, una minuciosa anamnesis puede hacer sospechar esta patología tan infrecuente. Se establece el diagnóstico con 3 de los 4 criterios. En el caso de esta paciente cumplía los 4 criterios, confirmando así el diagnóstico.

105TL. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA SÍNDROME METABÓLICO EN FUNCIONARIOS DE LA POLICIA NACIONAL, DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICIAL, AGOSTO A DICIEMBRE DE 2022, TEGUCIGALPA, HONDURAS. Mario Rolando Yescas Paz¹, Bertha Lizeth Rivera Rivera¹, Elías Alberto Elvir Godoy¹, Israel Estuardo López Sarmiento¹, Johan Josué Maldonado Aguilar¹, Elizabeth Casco Fúnez de Núñez, PhD^{1,2}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Doctora en Ciencias con orientación en Ciencias Administrativas e Investigación, Máster en Educación Superior, Máster en Prevención y Protección de Riesgos Laborales con Especialidad en Salud Ocupacional.

Antecedentes: El síndrome metabólico (SM), un conglomerado de factores de riesgo cardiovascular (trastornos lipídicos, glucosa alterada, obesidad e hipertensión), afecta globalmente. En América Latina, 1 de cada 3-4 adultos tiene el síndrome. En Honduras, la alta incidencia y la relación con estilos de vida son evidentes. El SM plantea desafíos a la salud pública y necesita enfoques multidisciplinarios. **Objetivo:** Calcular la prevalencia y establecer los factores de riesgo modificables y no modificables para SM en funcionarios de la Policía Nacional en edades entre 20 a 59 años, atendidos en las clínicas de la Dirección de Sanidad Policial ubicadas en la Colonia John F. Kennedy y El Ocotol en el periodo comprendido del 1 de agosto al 31 de diciembre de 2022. **Metodología:** Estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, que incluye hombres y mujeres con criterios para el diagnóstico de SM; con muestreo no probabilístico. La muestra fue de 336 pacientes, se revisó el expediente clínico y los datos se ingresaron en una base de datos de Google Drive. **Resultados:** Los factores modificables identificados para SM son: sobrepeso (40.18%), perímetro abdominal elevado (64.58%), hipertrigliceridemia (51.49%) y glicemia en ayunas alta o diabetes tipo 2 (60.41%). El 59.52% niega hábitos tóxicos.

Los adultos jóvenes (35.12%), hombres (66.07%), y aquellos con antecedentes patológicos (60.4%), así como cifras de presión arterial en rangos específicos (60.12%), son más afectados por factores no modificables. La promoción de un estilo de vida saludable es esencial, considerando que el 40.48% tiene hábitos tóxicos. **Conclusiones/Recomendaciones:** En la lucha contra el SM en Honduras, la colaboración es esencial. La empatía médica, la promoción de hábitos saludables, la detección temprana y el compromiso del paciente son pilares para enfrentar este desafío de manera holística y eficaz.

106TL. FACTORES SOCIOCULTURALES Y CLÍNICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS QUE ASISTEN A CONSULTA EN LOS CENTROS DE SALUD DE SAMBO CREEK, LA CEIBA, LA MISIÓN, GRACIAS, EL CILE, GRACIAS Y DANLÍ, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL – OCTUBRE 2019. Angélica Maradiaga^{1,2}, Bertha Canales^{1,2}, Fabián Pineda^{1,2}, Nancy Manchamé^{1,2}, Idixi Garmendia^{1,2,3}, Engels Sandoval^{1,3}, Elizabeth Casco Fúnez de Núñez, PhD^{1,3,4}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Especialista en Medicina Interna. ³Máster en Epidemiología. ⁴Doctora en Ciencias con orientación en Ciencias Administrativas e Investigación, Máster en Educación Superior, Máster en Prevención y Protección de Riesgos Laborales con Especialidad en Salud Ocupacional.

Antecedentes: Al evaluar las necesidades de salud de una persona mayor, no solo es importante tener en cuenta las enfermedades concretas que puede presentar, sino también cómo estas interactúan con el entorno y repercuten en las trayectorias de funcionamiento. **Objetivo:** Determinar los factores clínicos y socioculturales asociados a los trastornos del sueño en pacientes geriátricos que asisten a consulta en las unidades de salud de Sambo Creek, La Ceiba, Atlántida; La Misión y el Cile de Gracias, Lempira; y Hospital Gabriela Alvarado de Danlí, El Paraíso entre abril y octubre de 2019. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal con muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó un formulario aplicado a los pacientes mayores de 60 años, el cual utiliza una escala con prueba de fiabilidad y puntuación de alfa de Cronbach de 0.474. Se utilizó la escala de Epworth, introducida en 1991 por el doctor Murray Johns del Hospital Epworth, en Melbourne, Australia. **Resultados:** El 64.93% se encuentran entre los 60 a 72 años. Se observó que la mayoría son mujeres con 61.40%, encontramos que el 48.8% tardan más de 30 minutos en conciliar el sueño. El 57.72% se siente cansado al levantarse. Solo el 11.20% son ama de casa. El 35.7% tienen un trastorno del sueño mayor de 8 puntos en la escala de Epworth y en trastornos del sueño en el adulto mayor. **Conclusiones/Recomendaciones:** Nuestro paciente geriátrico con trastorno del sueño es mujer, soltera, padece hipertensión arterial, no bebe alcohol, ni fuma, no toma medicamentos para dormir, duerme 8 horas diarias, tarda una hora en conciliar el sueño, vive con sus familiares, no trabaja, considera que la situación económica es un problema que afecta el sueño, tiene una escala de Epworth menor de 8 puntos.

**LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2023**

ÍNDICE POR AUTOR

Abascal, M	47TL	Beltrán, J	7C
Aguado, E	66TL	Berrueta, M	2TL
Agudelo, K	3TL	Blanco, A	36C
Agudelo, N	75TL	Bock, H	2TL
Aguilar, R	32TL	Borden, W	94TL
Aguilar, RL	28C, 48C, 6TL, 7TL	Borjas, K	67TL
Aguilar, J	60TL	Borjas, L	75TL
Alberto, J	1CMR	Brito, J	42C
Alcerro, A	8C	Bu, F	75TL
Alemán, B	83TL	Bu, J	94TL, 101TL
Alger, J	2TL, 3TL, 23TL, 58TL, 75TL, 66TL, 77TL, 97TL, 100TL	Buekens, P	2TL
Alvarado, E	32TL	Bueno, F	97TL
Alvarado, T	75TL	Bueso, O	54TL
Alvarenga, O	32C, 17TL	Búlnes, J	40TL, 57TL
Alvarez, A	37C	Bustillo, C	2TL
Alvarez, G	9TL	Bustos, J	97TL
Alvarez, R	42C, 99TL	Cáceres, F	56TL
Alvarez, Z	2TL	Cáceres, J	93TL
Amaya, R	8TL	Cáceres, R	3TL
Andara, M	52TL	Cafferata, ML	2TL
Andrade, C	93TL	Calderón, A	2TL
Andrade, E	50TL	Calix, F	84TL
Andrade, L	36TL, 37TL	Calix, M	32TL
Argueta, E	50TL	Callejas, A	2TL
Argueta, J	15TL	Canales, B	106TL
Arias, W	51TL, 52TL	Canario, JA	97TL
Arita, D	21TL	Carbajal, A	69TL
Arita, R	86TL	Carbajal, M	40TL
Arriaza, A	49TL	Cárcamo, E	75TL
Avila, A	54TL	Carignano, M	40C
Ayala, A	59TL	Carranza, D	1CMR
Ayala, H	62TL	Casco N, E	22TL, 43TL, 44TL, 59-65TL, 73TL, 76TL, 105TL, 106TL
Ayala, R	74TL	Castañón, G	5TL, 82TL
Badilla, O	4C, 5C	Castejón, O	27TL
Banegas D	39TL	Castellanos, M	57TL
Banegas, F	60TL	Castillo, D	80TL
Banegas, L	48TL	Castillo, M	2TL
Banegas, O	27C	Castillo, MG	19C, 25C
Barón, J	26C	Castro-Arroyave, D	3TL
Batres, C	99TL	Castro, O	51TL, 52TL
Becerril, L	5TL, 82TL	Chavarría, J	84TL
Bellorín, V	13TL	Chicas, R	5TL, 82TL
Beltrán, B	66TL	Chinchilla, AL	66TL

Ciganda, A	2TL	García, E	42TL,
Claudino, C	70TL, 71TL	García, EE	97TL
Contreras, C	102TL	García, K	2TL
Contreras, R	102TL	García, MC	66TL
Corea, C	18TL	García, MJ	29TL
Cortés, D	86TL	García, O	5TL, 82TL
Crespin, M	9C, 10C	García, H	97TL
Cubas, N	47TL, 53TL	Garmendia, I	106TL
Cuervo, LG	3TL	Gibbons, L	2TL
De Vicente, I	44C, 14TL	Gilboa, SM	2TL
Degradandes, B	36C, 1TL, 28TL, 35TL, 55TL	Gómez, A	88TL
Díaz, D	99TL	Gómez, J	14TL
Díaz, M	31TL	Gómez, V	86TL
Díaz, R	83TL	Gonzáles, E	47TL, 53TL
Díaz, S	95TL	Gonzáles, J	14C
Duarte, R	66TL	Gonzáles, M	23TL, 36TL, 37TL
Dubón, D	38TL	Gonzáles, O	18TL
Dubón, L	48TL	Gonzáles, R	98TL
Dubón, S	47C	Gradis, O	35TL
Durón, A	22TL	Guayasamin, I	52C
Echavarría, MI	3TL	Gutiérrez, M	1TL
Elvir, E	105TL	Ham, L	79TL
Enamorado, A	10TL	Harville, EW	2TL
Enamorado, L	85TL	Hause, A	34TL
Escalante, D	46TL	Henríquez, J	47TL, 53TL
Escoto, K	85TL	Hernández, E	33TL, 89TL, 92TL
Escoto, V	79TL	Hernández, G	2TL
Espinoza, E	75TL, 66TL	Hernández, J	5TL
Espinoza, L	1CMR, 4TL, 16TL, 67TL, 81TL	Hernández, JN	26TL
Estrada, F	89TL	Hernández, L	36TL, 37TL
Farnum, F	66TL	Hernández, V	18C
Fernández, J	75TL	Hernández, Y	53TL
Fernández, M	24TL, 25TL	Herrero, C	54TL
Fernández, P	57TL	Irias, B	43C
Ferrary, K	1TL	Jaén, C	82TL
Ferrera, A	13TL	Javier, C	75TL
Ferrera, J	13TL	Jorge, V	97TL
Flores, M	56TL	Juárez, E	82TL
Flores, O	62TL	Juárez, S	33TL
Flores, R	79TL	Kaminsky, RG	75TL
Flores, S	96TL	Lagos, J	9TL, 69TL
Fuentes, C	44TL	Laínez, S	40TL
Fúnes, J	2TL	Lang, T	58TL, 97TL
Fúnez, A	36TL, 37TL	Leitzelar, C	54TL
Fúnez, K	1CMR	Licon, L	39TL
Galindo, M	88TL	López, H	106TL
Galo, M	18TL	López, I	105TL
García, C	60TL	López S, M	97TL
García, J	94TL, 101TL	López, MJ	19TL
García A, J	2TL, 75TL, 100TL	López, N	40TL

López, R	2TL	Morales, V	98TL
López, W	2TL	Morales, Y	5TL, 82TL
Loredo, L	57TL	Morelli, D	97TL
Lorenzana, I	2TL	Moreno, V	32TL
Lozano, L	57TL	Murillo, N	32TL
Luque, MT	2TL	Navarrete, B	41C
Madrid, G	99TL	Núñez, J	43TL
Maldonado, B	48TL	Núñez, P	43TL
Maldonado, C	2TL	Núñez, V	44TL
Maldonado, D	9TL, 91TL	Ochoa, C	2TL
Maldonado, J	105TL	Ordoñez, L	22C
Manchame, N	106TL	Orellana, A	62TL
Manzanares, F	55TL	Orellana, B	42TL
Maradiaga, A	106TL	Orellana, V	90TL
Maradiaga, B	58TL	Ortíz, J	62TL
Maradiaga, E	23TL, 36TL, 37TL, 68TL, 75TL, 66TL	Osorio, L	97TL
Maradiaga, J	27TL	Oviedo, M	18TL
Marche, O	82TL	Padilla, D	16TL
Marie, G	87TL, 88TL	Paguaga, P	1CMR
Martínez, B	102TL	Pakenham-Walsh, N	77TL
Martínez, E	1TL, 28TL, 35TL	Pana S, C	3TL
Martínez, F	33C	Parham, L	2TL
Martínez, R	12TL	Pastrana, K	2TL
Martínez, T	47TL, 53TL	Paternina-Caicedo, A	2TL
Masso, M	42TL	Pazzetti, D	38C
Mata, J	69TL	Peña, E	60TL
Matamoros, D	17TL	Peralta, G	40TL
Mazzoni, A	97TL	Perdomo, E	34TL
Medina, C	83TL	Pérez, C	96TL
Medina, E	13C, 24C	Pineda, F	106TL
Medina, EA	12TL, 34TL, 48TL, 87TL, 90TL	Pinto, L	5TL, 82TL
Medina, M	56TL	Ponce, F	21C
Medina, MT	46C	Ponce, M	57TL
Medina, R	93TL	Ponce, O	34C, 1CMR
Mejía, G	103TL, 104TL	Ponce, OA	35C
Mejía, K	20TL	Portillo, A	31TL
Mejía, L	98TL	Portillo, P	30TL, 72TL
Mejía, LA	60TL	Prado, L	1CMR, 21TL
Mejía, M	66TL	Quiñonez, M	91TL
Mejía, N	13TL	Ramírez, D	12TL, 87TL, 102TL
Mejía, P	79TL	Ramos, MA	14TL, 45TL, 97TL
Mejía, S	18TL	Ramos, S	36TL, 37TL
Meza, G	61TL	Ramos, Y	15TL
Milla, S	34TL	Reyes, M	18TL
Moncada, C	60TL	Reyes, O	32TL
Mondragón, L	58TL, 97TL	Reyes, S	46TL
Moore, C	2TL	Rico, F	2TL
Morales, J	50TL	Rios, L	54TL
Morales, M	51C	Rivas, M	18TL
		Rivera, B	105TL

Rivera, D	39TL	Suazo, J	91TL
Rivera, P	44TL	Suazo, O	95TL
Rivera, J	9TL	Tábora, D	39C
Rivera, K	75TL	Tábora, J	7TL
Rivera, M	26TL	Tábora, L	103TL, 104TL
Rivera, S	40TL	Tannis, AF	2TL
Roa, J	98TL	Tejedor, D	66TL
Robles, D	11TL	Thompson, A	45C, 54TL
Rocha, M	31 C	Toledo, J	8TL, 74TL, 78TL
Rodas, E	29C, 30C	Tong, VT	2TL
Rodas, M	40TL	Torres, M	15C
Rodas, S	3TL, 14TL, 45TL	Umanzor, D	95TL
Rodríguez, A	32TL	Urquia, M	10TL, 11TL
Rodríguez, AG	90TL, 102TL	Valdiviezo, R	10TL
Rodríguez, H	2TL, 66TL	Valencia, D	2TL
Rodríguez, I	36TL, 37TL	Valenzuela, R	75TL
Rodríguez, J	103TL, 104TL	Valeriano, M	91TL
Rodríguez, L	14TL, 45TL, 49TL	Valle, A	57TL
Rodríguez, N	66TL	Valle, AJ	9TL, 91TL
Rosa, E	36TL, 37TL	Valle, I	57TL
Rubenstein, F	97TL	van Niekerk, L	3TL
Rumi, M	58TL, 97TL	Vaquero, R	84TL
Sabio, C	27TL	Varela, C	51TL
Salomón, E	61TL	Varela, D	75TL, 97TL
Sanabria, R	41C	Varela, DM	2TL, 56TL
Sánchez, C	97TL	Varela, S	40TL
Sánchez, N	96TL	Vargas, B	13TL
Sandoval, E	20C, 106TL	Vargas, C	13TL
Sandoval, H	70TL	Vásquez, O	11C, 12C
Santana, A	66TL	Velásquez, E	76TL
Santos, H	39TL	Velásquez, H	50C
Santos, J	41TL	Velásquez, S	16TL
Sauceda, H	27TL	Ventura, A	31TL
Sevilla, A	63TL, 64TL, 65TL, 66TL, 73TL	Verrier, Y	2C, 3C
Sevilla, AG	50TL	Vieira, MC	97TL
Sevilla, M	40TL	Villatoro, G	4TL, 67TL, 81TL
Sierra, J	23TL, 36TL, 37TL, 68TL, 76TL	Wesson, DM	2TL
Sierra, L	23TL, 53TL, 68TL	Wiggins, LD	2TL
Sierra, M	1C, 23C, 40TL, 57TL	Williams, C	15TL, 64TL, 65TL, 73TL
Sierra, N	32TL	Yanes, D	78TL
Solano, J	16C, 17C	Yáñez, V	82TL
Solís, C	32TL	Yescas, M	105TL
Somoza, C	49C	Zalcman, J	6C
Somoza, F	8TL, 74TL, 78TL	Zaldívar, G	103TL, 104TL
Somoza, FR	8TL, 74TL, 78TL	Zavala, M	8TL, 74TL, 78TL
Soriano, R	32TL	Zelaya, H	6TL
Sorto, S	83TL	Zúniga, C	2TL, 75TL
Sosa, S	55TL, 103TL, 104TL	Zúniga, F	92TL
Soto, M	9TL	Zúniga, M	56TL
Stella, C	2TL		

LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL

PUERTO CORTÉS, CORTÉS

23 al 26 de octubre de 2023

FORTALEZAS Y DESAFÍOS DE LA MEDICINA EN LA ERA POST PANDEMIA

Dr. Obdulio García Carías

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: Dr. Guillermo Salinas

Secretaria: Dra. Kathia García Martínez

Comité de Finanzas: Dra. Ibeth Arzú

Comité Científico: Dr. Lizandro Morales
Dra. Haryana Solórzano

Comité de Logística: Dra. Kenia Mendieta

Comité Sociocultural: Dra. Glirian García Martínez

Comité de Publicidad: Dra. Nelly Hernández

LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2024

Puerto Cortés, Cortés

23 al 26 de Octubre de 2024

PREPARACIÓN DE RESÚMENES (CONFERENCIAS Y TRABAJOS LIBRES) DEL CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2024 PARA SER INCLUIDOS EN EL SUPLEMENTO DE LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

Lea las instrucciones antes de completar el Resumen y revise ejemplos publicados en el Suplemento del Congreso Médico Nacional de la Revista Médica Hondureña de los años 2022 y 2023, los cuales puede obtener en <https://revistamedicahondurena.hn/> o www.bvs.hn/RMH/html5/. Los resúmenes aceptados para presentación serán publicados en el Suplemento del Congreso Médico Nacional de la Revista Médica Hondureña. La Revista Médica Hondureña está indizada internacionalmente por lo que es indispensable que todos los expositores se apeguen a las instrucciones, en cuanto a formato y fechas límites, al momento de escribir y enviar el Resumen. No se aceptarán resúmenes que no cumplan con los requisitos descritos a continuación.

El proceso de revisión de los resúmenes presentados se fundamenta en las *Recomendaciones para la Conducta, Informe, Edición y Publicación de Trabajos Académicos en Revistas Médicas* (disponible en <http://www.icmje.org/recommendations/>, acceso octubre 2023). Enviar el resumen al correo electrónico proporcionado por el Comité Organizador. **Fecha límite de recepción:** Junio 2024.

1. Lea atentamente la información que se le solicita abajo. Escoja el tipo de trabajo. Si es una **Conferencia** (magistral, plenaria, simposio, mesa redonda, foro, panel, etc.) o **Trabajo Libre** (Científico, Clínico, Experiencia).
2. Proporcione los datos que se le piden: Nombre del expositor (un solo expositor tanto para conferencias como para trabajos libres), Grados académicos, Institución, Ciudad, País. Indique si requiere alguna ayuda audiovisual especial.
3. **Conferencias magistrales:** Solamente a solicitud del Comité Organizador. Resumen: texto sin secciones y un máximo de 300 palabras.
4. **Los Trabajos Libres deben ser Originales (inéditos), es decir no publicados**, y pueden ser del tipo Trabajos Científicos (Observacionales o Experimentales), Trabajos Clínicos (Caso Clínico o Serie de Casos Clínicos) y Experiencias (Académicas o Salud Pública). A continuación, se describe brevemente cada categoría.
5. Escriba el cuerpo del Resumen. Utilice letra tipo Arial, tamaño 12, interlineado simple. **El Resumen debe tener una extensión máxima de 300 palabras.** Comience por el **Título** de la Conferencia o Trabajo Libre, continúe con una nueva línea con los **Autores** (subraye el nombre del Expositor, cuando hay más de un autor), y en otra línea incluir los grados académicos y las respectivas **Instituciones**. En otra línea comience el **Cuerpo del Resumen** el cual debe contener las secciones descritas a continuación.
6. **Cuerpo del Resumen.** Debe ser escrito según el tipo de presentación, conferencia o trabajo libre. Si tiene dudas, por favor consulte al comité científico oportunamente.

Trabajo Libre tipo Científico: Texto dividido en los siguientes subtítulos de forma continua: Antecedentes, Objetivo, Metodología, Resultados y Conclusiones/Recomendaciones.

Trabajo Libre tipo Clínico: Texto dividido en los siguientes subtítulos de forma continua: Antecedentes, Descripción del caso clínico o serie de casos clínicos (criterios clínicos, epidemiológicos, laboratorio, manejo y desenlace), Conclusiones/ Recomendaciones.

Trabajo Libre tipo Experiencia (Académica o de Salud Pública): Texto dividido en los siguientes subtítulos de forma continua: Antecedentes, Descripción de la experiencia, Lecciones aprendidas.

5. Los resúmenes no incluyen cuadros, figuras, imágenes, palabras clave, referencias bibliográficas, ni agradecimientos.
6. Las modalidades de presentación de los trabajos libres serán, bajo criterios de selección del Comité Científico:
 - **Póster o Cartel**
 - **Presentación oral**

El Comité Científico brindará oportunamente a cada trabajo libre o conferencia aceptada los lineamientos para la presentación.

7. Los trabajos libres serán premiados. Los parámetros de calificación a tomar en cuenta en la aceptación de los trabajos y su premiación, incluyen los siguientes:
 - a. **Mérito Científico:** complejidad del diseño metodológico y extensión de la población estudiada (Trabajo Científico); alcance de la documentación para describir el caso(s) clínico(s) desde el punto de vista básico, clínico, epidemiológico (Trabajo Clínico); alcance de la documentación para describir la experiencia desde el punto de vista de salud pública y/o académica (Trabajo Experiencia).
 - b. **Relevancia:** institucional, nacional, regional, mundial.
 - c. **Equipo Investigador:** colaborativo inter-institucional, inter-sectorial, nacional, internacional.
 - d. Para los trabajos aceptados, se evaluará la **calidad de la presentación** (póster o presentación oral): claridad y organización en la presentación de la información, dominio del tema, dominio en la interacción con la audiencia.
8. Se premiarán los primeros lugares por cada categoría (a definir cuantos lugares) de forma separada entre los trabajos libres de presentación oral o cartel.
9. Para la obtención de diploma de expositor y asistencia a este evento científico, debe registrarse y pagar cuota de inscripción. Todos los expositores de trabajos libres deben estar inscritos en el evento.
10. Los autores deben declarar los conflictos de interés en relación con el trabajo libre que se está sometiendo, de acuerdo al formato proporcionado.

RESUMEN DE TRABAJOS LIBRES Y CONFERENCIAS

Envío del resumen: según instrucciones del Comité Organizador

Fecha límite de recepción: Junio 2024

Para someter su resumen al Comité Organizador, complete la siguiente información.

CATEGORÍA DEL TRABAJO (Marque con una X la categoría correspondiente)

- Trabajo Libre Tipo Científico
- Trabajo Libre Tipo Clínico
- Trabajo Libre Tipo Experiencia
- Conferencia

TÍTULO DEL TRABAJO O CONFERENCIA

DATOS DEL O LOS(AS) AUTORES

Nombre
Grado académico
Afiliaión institucional, ciudad, país

DATOS DEL EXPOSITOR

Nombre completo
Correo electrónico
Teléfono fijo y móvil
Grado académico
Afiliaión institucional, ciudad, país

CUERPO DEL RESUMEN (NO MÁS DE 300 PALABRAS)

Elija el formato correspondiente al tipo de trabajo o conferencia que presentará.

TRABAJO TIPO CIENTÍFICO

Título, autores, instituciones. Luego comience a escribir el resumen estructurado o dividido en: Antecedentes, Objetivo(s), Materiales y Métodos, Resultados y Conclusiones/Recomendaciones.

TRABAJO TIPO CLÍNICO

Título, autores, instituciones. Luego comience a escribir el resumen estructurado o dividido en: Antecedentes, Descripción del caso/ serie de casos (cuadro clínico, epidemiológicos, estudios, manejo y evolución) Conclusiones/Recomendaciones

TRABAJO TIPO EXPERIENCIA

Título, autores, instituciones. Luego comience a escribir el texto estructurado o dividido en: Antecedentes, Descripción de la experiencia, lecciones aprendidas.

CONFERENCIA

Título, autores, instituciones. Luego comience a escribir el texto no estructurado o sea sin subtítulos, debe incluir la información relevante que se presentará en la conferencia.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES FINANCIEROS U OTROS (1)

Las actividades que pueden generar conflicto de intereses son aquellas en las que el juicio profesional sobre un interés primario, como la seguridad de los pacientes o la validez de la investigación, puede estar afectado por otro interés secundario, como el beneficio financiero, promoción personal o profesional. En este sentido, he leído y comprendo el código de declaración de conflicto de intereses. En el siguiente documento declaro los intereses con la industria de la salud y aquellas situaciones que podrían afectar mis actuaciones dentro del proceso al que he sido invitado a participar. Esta declaración hace recuento de los vínculos y posibles intereses directos e indirectos durante los últimos dos años.

Tipos de conflicto:

- **Financiero:** cuando el individuo tiene participación en una empresa, organización o equivalente, que se relaciona directamente (como socio, accionista, propietario, empleado) o indirectamente (como proveedor, asesor o consultor) con las actividades para las cuales fue convocado o requerido. Ejemplo: recibir remuneración por dictar conferencias o asesorar en aspectos específicos, se considera un potencial conflicto de intereses financiero.
- **Pertenencia:** derechos de propiedad intelectual o industrial que estén directamente relacionados con las temáticas o actividades a abordar. Ejemplo: tener la autoría de invenciones y/o ser dueño de patentes.
- **Familiar:** cuando alguno de los familiares hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, primero civil, o quien esté ligado por matrimonio o unión permanente, estén relacionados de manera directa o indirecta en los aspectos financieros o de pertenencia, con las actividades y temáticas a desarrollar.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES FINANCIEROS U OTROS (2)

1. **Título del Resumen, Autores e Instituciones**
2. **Conflictos de interés identificados** de acuerdo a la categoría (describa los vínculos e intereses. Si no tiene intereses, escriba ninguno).
3. ¿Existe alguna otra circunstancia que pudiera afectar su objetividad o independencia **o que afecte la percepción de los demás de su objetividad o independencia?** (Describa las circunstancias. Si no existen, escriba ninguna).

Nombre y Firma del Conferencista o del Investigador Principal en nombre del equipo de investigación

Fecha:

INFORMACIÓN GENERAL E INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

Junio 2023

1. INFORMACIÓN GENERAL

La Revista Médica Hondureña (Rev Méd Hondur) es el órgano oficial de difusión y comunicación científica del Colegio Médico de Honduras (<https://www.colegiomedico.hn/>) y es una revista de acceso abierto (open access, OA). Fue creada el 2 de noviembre de 1929 y con su primera publicación en mayo de 1930 se constituye en la publicación continua en el campo de la salud más antigua de Honduras. Es una publicación semestral que difunde y comunica conocimientos científicos inéditos fundamentados en principios éticos y de calidad. Su finalidad es fomentar y apoyar la investigación científica y la educación médica continua, especialmente del gremio médico nacional. Cuenta con versión impresa ISSN 0375-1112 y versión electrónica ISSN 1995- 7068. La versión electrónica desde 1930 está disponible en <https://revistamedicahondurena.hn/> y en <https://honduras.bvsalud.org>. Se encuentra indizada en LILACS-BIREME, CAMJOL, AmeliCA, LATINDEX, REDIB, DOAJ, RESEARCH4LIFE (<https://onx.la/72baa>). Se encuentran disponibles una serie de recursos para autores (<https://onx.la/7c318>) y para revisores (<https://onx.la/d25cf>). Los artículos y materiales publicados están autorizados para su uso y distribución de acuerdo con la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).

1.1 MISIÓN, ALCANCE, VISIÓN

MISIÓN

Difundir y comunicar información científica inédita fundamentados en principios éticos y de calidad aplicables a la práctica clínica, la salud pública e investigación para la salud, para fomentar y apoyar la investigación científica y la educación médica continua, especialmente del gremio médico nacional.

OBJETIVO Y ALCANCE

A través de la difusión y comunicación científica ética y de calidad, fomentar y apoyar la investigación científica y la educación médica continua. Además, difunde artículos de investigaciones inéditas sobre la práctica clínica, la salud pública e investigación para la salud, incluyendo artículos en las categorías original con diseño metodológico cuantitativo o cualitativo, comunicación corta, informe de caso clínico o serie de casos clínicos, imagen en la práctica clínica, revisión bibliográfica, artículo especial, artículo de ética, historia de la medicina, artículo de opinión, editorial, carta al editor y *ad libitum*. No se realiza ningún cobro por procesamiento de los artículos.

VISIÓN

Ser una revista que difunda conocimiento científico inédito con alta calidad, prestigio e integridad científica, accesible a nivel

nacional e internacional y con amplia representatividad en el campo de la práctica clínica, la salud pública e investigación para la salud.

1.2 CONTENIDO

La Revista Médica Hondureña es una publicación semestral, publicando dos números al año: Número 1 (enero - junio) y Número 2 (julio - diciembre). Desde el Volumen 87 (año 2019) se publica en la modalidad continua completando el Número 1 el 30 de junio y el Número 2 el 31 de diciembre de cada año. Además de los dos números anuales, se publican suplementos incluyendo el suplemento anual que contiene el programa científico y resúmenes del Congreso Médico Nacional y otros suplementos que se programen de manera concertada a través de la Secretaría de Asuntos Educativos y Culturales del Colegio Médico de Honduras y el Consejo Editorial.

Se consideran para publicación trabajos inéditos incluyendo los tipos de artículos original con diseño metodológico cuantitativo y cualitativo, comunicación corta, informe de caso clínico o serie de casos clínicos, imagen en la práctica clínica, revisión bibliográfica, artículo especial, artículo de ética, historia de la medicina, artículo de opinión. Además, se publican editoriales, cartas al editor y *ad libitum*. La extensión, número de cuadros y figuras y número de referencias permitidas para cada tipo de artículo se presenta en el **Anexo I**.

1.2.1 Idioma

Se publican artículos en los idiomas español e inglés. Se recomienda que los autores preparen los artículos en su lengua materna para garantizar una redacción apropiada. Una vez aprobados los artículos, no se aceptan cambios en su contenido. Para completar el proceso editorial del manuscrito de los artículos en idioma inglés, los autores deben contar con una certificación del idioma y presentar el certificado de calidad emitido por una entidad reconocida en su campo en un plazo no mayor a dos semanas a partir del envío de la versión final aprobada. Para la preparación de artículos en inglés, los autores deben revisar las Instrucciones para Autor en el idioma inglés.

1.2.2 Editorial

El editorial responde a la línea editorial de la Revista Médica Hondureña y es responsabilidad del Consejo Editorial. Su contenido está relacionado a los temas de los artículos incluidos en el número y/o a eventos nacionales o internacionales de interés.

1.2.3 Artículo original

Presenta por primera vez hallazgos científicos obtenidos a través de investigaciones con diseño metodológico cuantitativo o cualitativo, o ambos. Puede incluir observaciones de laboratorio, investigaciones poblacionales, investigaciones clínicas, investigación de la implementación, revisiones sistemáticas y meta-análisis, entre otros. Debe constar de secciones Introducción, Métodos, Resultados y Discusión (IMRYD). La Revista Médica Hondureña considerará para publicación los trabajos en los cuales la recopilación de los datos independientemente de la duración del estudio,

haya finalizado 5 años antes del envío del manuscrito a la revista. El Consejo Editorial tendrá potestad de considerar excepciones en este último caso, cuando el aporte científico del trabajo sea de interés general y su contenido no esté obsoleto por el tiempo transcurrido. Debe seguir los estándares científicos de ética y calidad. Incluye un resumen estructurado de un máximo de 250 palabras.

1.2.4 Comunicación corta

Presenta los resultados preliminares de investigaciones sobre temas relevantes con interés de compartir oportunamente con la comunidad científica. También puede describir técnicas o metodologías innovadoras. Debe constar de secciones Introducción, Métodos, Resultados y Discusión (IMRYD). Debe seguir los estándares científicos de ética y calidad. Incluye un resumen no estructurado de un máximo de 150 palabras.

1.2.5 Caso clínico o serie de casos clínicos

Describe casos clínicos que dejan enseñanzas particulares porque son presentaciones clínicas atípicas de enfermedades comunes, presentaciones clínicas típicas de enfermedades raras, representan retos diagnósticos o terapéuticos, o dejan lecciones de salud pública. Debe constar de secciones de Introducción, Descripción del caso o casos clínicos y Discusión. Debe presentar evidencia suficiente del diagnóstico respectivo a través de la descripción de manifestaciones clínicas evidentes, hallazgos de laboratorio o quirúrgicos, imágenes radiológicas, microorganismos aislados, microfotografía de biopsia, entre otros. Ser cautelosos al aseverar que se trata de un primer caso. Debe seguir los estándares científicos de ética y calidad. Incluye un resumen estructurado de un máximo de 250 palabras.

1.2.6 Imagen en la práctica clínica

Consiste en una imagen de interés especial por su relevancia clínica o epidemiológica. A través de la imagen se transmiten enseñanzas sobre diagnóstico, terapéutica, pronóstico o prevención de un problema sanitario. La calidad y resolución de la imagen deben ser apropiadas. Deben utilizarse señalizaciones que resalten los aspectos de interés. Deberá incluir la información necesaria para interpretar la imagen, incluyendo datos clínicos. Se deberá indicar si la imagen fue editada electrónicamente. Debe seguir los estándares científicos de ética y calidad.

1.2.7 Revisión bibliográfica

Solamente a solicitud del Consejo Editorial. Es una revisión narrativa y presenta el estado del arte sobre un tema actual y relevante cuya información se ha actualizado a través de investigación documental. Este tipo de artículo puede ser solicitado por el Consejo Editorial o por iniciativa de los autores. Debe constar de secciones de Introducción, seguido del desarrollo del tema cuyas secciones y subsecciones se denominarán de acuerdo al tema revisado, y Conclusión. La Introducción debe describir el propósito de la revisión y las fuentes consultadas; dónde y cómo se realizó la búsqueda de la información, las palabras clave empleadas y los años de cobertura de la búsqueda. La Conclusión presenta la opinión del o los autor(es) sobre la revisión realizada y el aporte al conocimiento local. Incluye un resumen no estructurado de un máximo de 150 palabras.

1.2.8 Artículo especial

Solamente a solicitud del Consejo Editorial. Es una revisión de temas de interés general presentados como una mezcla de artículo de revisión bibliográfica y artículo de opinión. Debe constar de secciones de Introducción, seguido del desarrollo del tema cuyas secciones y subsecciones se denominarán de acuerdo al tema del artículo, y Conclusión. La Introducción debe describir el propósito del artículo y las fuentes consultadas. La Conclusión presenta el aporte al conocimiento local. Además, puede incluir artículos tales como normas generadas por instituciones gubernamentales u organizaciones profesionales, que por su contenido requieran la máxima difusión posible; también la transcripción autorizada de artículos publicados en otras revistas. Incluye un resumen no estructurado de un máximo de 150 palabras.

1.2.9 Artículo de ética

Desarrolla temas de ética, bioética, ética de la investigación y práctica médica. Debe constar de secciones de Introducción, seguido del desarrollo del tema cuyas secciones y subsecciones se denominarán de acuerdo al tema del artículo, y Conclusión. La Introducción debe describir el propósito del artículo. La Conclusión presenta el aporte al conocimiento local.

1.2.10 Historia de la medicina

Desarrolla aspectos históricos de la medicina, de sus especializaciones o sub-especializaciones, así como datos históricos de instituciones o datos biográficos de la persona sobre quien se refiere el artículo. Debe constar de secciones de Introducción, seguido del desarrollo del tema cuyas secciones y subsecciones se denominarán de acuerdo al tema del artículo, y Conclusión. La Introducción debe describir el propósito del artículo. La Conclusión presenta el aporte al conocimiento local.

1.2.11 Artículo de opinión

Presenta análisis y recomendaciones sobre un tema particular con aportaciones originales del o los autor(es). No hay secciones en el artículo, pero en su desarrollo debe constar de una introducción que describa el propósito del artículo, el desarrollo del tema concluyendo con las apreciaciones que el autor considere más relevantes acerca de la temática sobre la que se está opinando.

1.2.12 Cartas al Editor

Plantea un tema de interés científico de actualidad o bien una aclaración, aportación o discusión sobre alguno de los artículos publicados. El Consejo Editorial se reserva el derecho de editar su contenido. Se procurará que las partes involucradas sean informadas y puedan hacer consideraciones y responder a través de otra carta.

1.2.13 Ad Libitum

Es una sección abierta de expresión, narraciones anecdóticas y otras notas misceláneas. El Consejo Editorial se reserva el derecho de seleccionar las comunicaciones que se considere apropiadas a la misión y visión de la Revista.

Información Complementaria

La información complementaria incluye material directamente relevante para el contenido de un artículo científico pero que no se puede incluir en el artículo mismo por razones de espacio o formato (por ejemplo, cuadros y figuras que superan el número permitido, videoclips o archivos de sonido). Los autores deben presentar la información complementaria de manera clara y concisa.

Anuncios

Anuncio de productos o servicios comerciales. Esta sección es regulada por el Colegio Médico de Honduras, por un reglamento separado.

Suplementos

Son números sobre temas específicos que aparecen como números separados dentro de un volumen, con enumeración secuencial. Su extensión debe ser mayor a 40 páginas. Diseminan contenidos conmemorativos, actualización en temas específicos, consenso de grupos de trabajo o guías de práctica clínica o eventos científicos como el Congreso Médico Nacional. Podrían tener un financiador independiente lo cual debe constar.

1.3 ESTÁNDARES DE PUBLICACIÓN

La Revista Médica Hondureña se apega a diferentes estándares de publicación que contribuyen a garantizar la publicación ética y de calidad. No se aceptarán artículos que no cumplan los estándares recomendados. Cualquier aspecto no contemplado en estas instrucciones será decidido por el Consejo Editorial.

1.3.1 Recomendaciones para la Conducta, Informe, Edición y Publicación de Trabajos Académicos en Revistas Médicas

La Revista Médica Hondureña se apega a las *Recomendaciones para la Conducta, Informe, Edición y Publicación de Trabajos Académicos en Revistas Médicas* del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE). Los autores deben consultar estas recomendaciones en el siguiente sitio web: <http://www.icmje.org/> (actualizada a mayo 2023).

1.3.2 Red EQUATOR

Los artículos presentados deberán apearse a lo recomendado en los estándares de publicación CONSORT (ensayos clínicos), STROBE (estudios observacionales), CARE (casos clínicos), PRISMA (revisiones sistemáticas), STARD (pruebas de laboratorio), SRQR (estudios cualitativos), entre otros, de acuerdo al tipo de estudio. Los estándares pueden ser consultados en los siguientes enlaces a sitios web de la Red EQUATOR: <https://www.equator-network.org/>, <https://onx.la/b1160>

1.3.3 Registro de Ensayos Clínicos

La Revista Médica Hondureña como una condición para la publicación, requiere que los ensayos clínicos con participantes humanos sean registrados en un registro público de ensayos clínicos antes del inicio de enrolamiento de participantes. Se define ensayo clínico como estudio prospectivo que asigna participantes a una intervención, con o sin grupo de comparación concurrente o grupo control, para estudiar la relación entre una intervención y un

desenlace de salud. La Plataforma de Registros Internacionales de Ensayos Clínicos (International Clinical Trials Registry Platform, ICTRP) de la OMS está disponible en <https://onx.la/2c8c9>

1.3.4 Registro de Protocolos de Revisiones Sistemáticas

La Revista Médica Hondureña como una condición para la publicación, requiere que los protocolos de las revisiones sistemáticas sean registrados la base de datos internacional denominada PROSPERO la cual registra prospectivamente revisiones sistemáticas que estudian un desenlace relacionado con la salud. El registro es producido por el Centro para Revisiones y Diseminación, Universidad de York, Reino Unido y es financiado por el Instituto Nacional para la Investigación en Salud (NIHR); disponible en <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>

1.3.5 Pautas SAGER

Las pautas SAGER (Sex and Gender Equity in Research) proporcionan pautas integrales para que los autores informen sobre sexo y género en el diseño del estudio, el análisis de datos, los resultados y la interpretación de los hallazgos. Además, los editores las utilizan para integrar la evaluación de sexo y género en todos los manuscritos como parte del proceso editorial. Disponibles en <https://onx.la/fbf00>

1.3.6 Principios Éticos

Ética de Publicación: Los manuscritos deberán ser originales y no haber sido sometidos a consideración de publicación en ningún otro medio de comunicación impreso o electrónico. Si alguna parte del material ha sido publicado en algún otro medio, el autor debe informarlo al Consejo Editorial. Los autores deberán revisar las convenciones sobre ética de las publicaciones especialmente relacionadas a publicación redundante, duplicada, criterios de autoría, relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés potenciales. Los autores deberán incluir las autorizaciones por escrito de autores o editores para la reproducción de material anteriormente publicado o que puedan identificar personas. En el caso de que surjan dudas sobre mala conducta científica, incluyendo fabricación, falsificación, plagio, autoría, entre otros, el Consejo Editorial aplicará los procedimientos recomendados por el Committee on Publication Ethics (COPE, <https://publicationethics.org/>).

Ética de la Investigación: El Consejo Editorial se reserva el derecho de proceder de acuerdo al Reglamento de Ética del Colegio Médico de Honduras y las normas internacionales cuando existan dudas sobre conducta inadecuada o deshonestidad en el proceso de investigación y publicación. Los estudios en seres humanos deben seguir los principios de la Declaración de Helsinki <https://onx.la/d4d96> y sus modificaciones posteriores y el manuscrito debe expresar en el apartado de métodos que el protocolo de investigación y el consentimiento/asentimiento informados fueron aprobados por el correspondiente comité de ética en investigación o en su defecto, en estudios sin participantes humanos, por una instancia jerárquica superior de la institución donde se realizó el estudio. También deberá dejarse constancia del cumplimiento de normas nacionales e internacionales sobre protección de los animales utilizados para fines científicos.

Autoría: Todas las personas que figuren como autores deben cumplir con los requisitos para recibir tal denominación,

basados en su contribución esencial en lo que se requiere a: 1) Haber contribuido substancialmente a la concepción o el diseño del estudio; o a la adquisición, análisis o interpretación de los datos para el estudio; y 2) Haber redactado el trabajo o haber realizado la revisión crítica de su contenido intelectual importante; y 3) Aprobación final de la versión a ser publicada; y 4) Estar de acuerdo en ser considerado responsable de todos los aspectos del trabajo, asegurando que las preguntas relacionadas a la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo sean adecuadamente investigadas y resueltas. Los cuatro requisitos anteriores deben cumplirse simultáneamente. La participación exclusivamente en la obtención de fondos, la recolección de datos o la supervisión general del grupo de investigación no justifica la autoría. Cada uno de los autores del manuscrito es responsable públicamente de su contenido y debe hacer constar el patrocinio financiero para realizar la investigación y la participación de organizaciones o instituciones con intereses en el tema manuscrito. En el momento de la presentación, los autores deben revelar si han utilizado tecnologías asistidas por inteligencia artificial (IA) (como Large Language Models [LLM], chatbots o creadores de imágenes) en la producción del trabajo presentado. Los autores que utilicen este tipo de tecnología deberán describir, tanto en la carta de presentación como en el trabajo presentado, cómo la han empleado. Los chatbots (como ChatGPT) no deben figurar como autores porque no pueden ser responsables de la exactitud, integridad y originalidad del trabajo, y estas responsabilidades son necesarias para la autoría.

1.3.7 Registro ORCID

La Revista Médica Hondureña recomienda a los autores, editores y revisores obtener su registro ORCID. El registro ORCID proporciona un identificador digital persistente que distingue de manera individual a los investigadores. El registro contribuye al reconocimiento de la obra de los investigadores integrando el flujo de trabajo de las investigaciones, incluyendo presentación de manuscritos y subvenciones. Disponible en <https://orcid.org/register>.

1.3.8 Relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés

Los autores al momento de enviar su manuscrito deberán declarar todas las relaciones personales, institucionales y financieras que pudieran sesgar su trabajo, expresando claramente si existen o no posibles relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés en la página del título. El Consejo Editorial velará dentro de sus posibilidades porque todos los que participen en la evaluación por pares y en el proceso de edición y publicación declaren todas las relaciones que podrían considerarse como potencial relación y actividad financiera y no financiera y conflicto de interés, con el fin de resguardar la confianza pública y científica de la Revista. Se entiende o existen relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés cuando un autor, evaluador, editor o la institución a la que pertenece, tienen relaciones, compromisos duales, competencia de interés o conflicto de lealtad, ya sea personal, institucional o financiero que pueden sesgar sus acciones.

1.3.9 Derechos de autor y licencia para uso de artículos y materiales relacionados

La Revista Médica Hondureña es una revista de acceso abierto (open access, OA), de acuerdo a la definición de acceso abierto del Directorio de Revistas de Acceso Abierto (The Directory of Open Access Journals, DOAJ, <https://doaj.org/>). Los autores retienen los derechos de autor sin restricciones. Los artículos y materiales publicados están regulados por la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>): el usuario es libre de **Compartir** (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) y **Adaptar** (remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente), bajo los siguientes términos: 1) Atribución: usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o el uso que usted está procurando, tienen el apoyo del licenciante. 2) No hay restricciones adicionales: no puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier uso permitido por la licencia. El manuscrito debe ser acompañado por la Carta de Solicitud y Consentimiento de Publicación de Artículo firmada por cada autor (**Anexo II**). No se aceptarán trabajos publicados previamente en otra revista a menos que se cuente con el permiso de reproducción respectivo y se considere de importancia reproducir un artículo ya publicado.

1.3.10 Revisión por Pares

Los manuscritos que cumplan con los requisitos generales para su presentación en la Revista Médica Hondureña, serán revisados por el Consejo Editorial. Los artículos con validez científica y relevancia para los lectores de la Revista se enviarán a revisores pares. Fundamentados en las recomendaciones de los revisores pares, el Consejo Editorial determinará si el artículo se acepta sin cambios, se acepta con condiciones o se rechaza. El proceso de revisión por pares se efectúa con anonimato de los revisores, tanto los revisores del Consejo Editorial como los revisores pares.

2. INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

Los manuscritos se presentan en documento preparado por un programa procesador de texto (MS Word o similares), con letra Arial punto 12, a espacio interlineal de 1.5, en papel tamaño carta y sin exceder la extensión indicada para cada tipo de manuscrito (ver **Anexo I**). Cada sección del artículo inicia en una página. Las páginas deben estar enumeradas en el ángulo inferior derecho. Los escritos deben incluir un resumen (ver instrucciones sobre resúmenes) y de 3-5 palabras clave (ver instrucciones sobre palabras clave). El título y resumen deben traducirse al inglés de la mejor calidad académica posible. La redacción del texto debe ser clara, sencilla y comprensible. Se sugiere hacer uso de cuadros y figuras siempre que sea necesario y para facilitar la comprensión de la información presentada. Se debe dividir el texto en secciones como se indica para cada tipo de artículo.

2.1 TÍTULO

El título de un artículo es visible en las bases de revistas tanto nacionales como internacionales. Debe presentarse en español e inglés. Utilice palabras que describan adecuadamente (significado y sintaxis) el contenido del artículo. No utilice abreviaturas ni palabras redundantes. El número máximo de palabras es 15. Debe presentar una sugerencia de título abreviado (título) de un máximo de 5 palabras. El título aparece en el margen superior derecho del artículo impreso.

2.2 RESUMEN

Este apartado de un artículo es visible en las bases de revistas tanto nacionales como internacionales. Debe realizarse en español y en inglés. Puede ser estructurado o no estructurado. Estructurado para los artículos originales y casos clínicos con una extensión máxima de 250 palabras. El resumen de los artículos originales se divide en: Antecedentes, Objetivo, Métodos, Resultados y Discusión. El resumen de los artículos de caso clínico se divide en Antecedentes, Descripción del caso(s) clínico(s) y Conclusiones. Los artículos de Comunicación Corta, Revisión Bibliográfica y Artículo Especial incluyen resúmenes no estructurados con una extensión máxima de 150 palabras. El resumen no estructurado (sin secciones) presenta un orden incluyendo antecedentes, propósito, métodos, aspectos relevantes, conclusión, dependiendo de lo que aplica al tipo de artículo. En inglés: ABSTRACT. Artículo original: Background, Objective, Methods, Results, Discussion. Artículo caso clínico: Background, Clinical case(s) description, Conclusions.

2.3 PALABRAS CLAVE

A continuación del resumen debe incluirse 3-5 palabras clave en español e inglés. Las palabras clave, o descriptores de ciencias de la salud, corresponden a un vocabulario estructurado creado para servir como un lenguaje único en la indexación de artículos de revistas científicas, así como para ser usado en la búsqueda y recuperación de la literatura científica en las fuentes de información. Las palabras clave tanto en español como inglés se buscan en el enlace web <https://decs.bvsalud.org/>. Se presentan en orden alfabético, separadas por coma o punto y coma, dependiendo si el descriptor consta de una o más palabras.

2.4 SECCIONES DE UN ARTÍCULO

El artículo científico original consta de las secciones Introducción, Materiales o Participantes y Métodos, Resultados y Discusión (IMRYD). Se debe revisar el estándar de publicación que corresponde al diseño del estudio. Además, todos los artículos independientemente del tipo de artículo, cuentan con las secciones Contribuciones, Agradecimientos, Referencias, Cuadros y Figuras.

2.4.1 Introducción

Se debe redactar en un máximo de 3-4 párrafos; en el primero se expone el problema investigado, en el segundo y tercero se argumenta bibliográficamente el problema y en el cuarto se justifica la investigación y se expone de forma clara el objetivo de la misma. Se debe incluir las referencias bibliográficas pertinentes teniendo el cuidado de dejar la mayoría de las referencias

para ser citadas posteriormente durante la discusión de los resultados. Preferiblemente, no debe contener cuadros ni figuras.

2.4.2 Materiales (Participantes) y Métodos

Se debe redactar en tiempo pasado y describir el tipo de estudio realizado, el tiempo de duración del estudio, el lugar donde se realizó; debe describir claramente la selección y características de la muestra, las técnicas, procedimientos, equipos, fármacos y otras herramientas utilizadas, de forma que permita a otros investigadores reproducir el diseño y los resultados. Debe describir los métodos estadísticos utilizados y los aspectos éticos de la investigación incluyendo la aprobación de un comité de ética, la obtención de consentimiento/ asentimiento informados, así como las salvaguardas de los principios éticos para proteger a los participantes humanos o animales en una investigación. Cuando los métodos y procedimientos lo requieran, la información deberá ser respaldada con las referencias bibliográficas pertinentes. Cuando el manuscrito haga referencia a seres humanos, el apartado se titulará Participantes y Métodos.

2.4.3 Resultados

Debe redactarse en tiempo pasado. Los resultados deben presentarse de una manera que se correspondan con la metodología planteada, incluyendo el desarrollo del análisis estadístico. Describir los hallazgos más importantes de la investigación realizada. De preferencia utilizar la forma expositiva; sólo cuando sea estrictamente necesario utilizar cuadros y/o figuras. No debe repetirse en el texto lo que se afirma en los cuadros o figuras. No exprese interpretaciones, valoraciones, juicios o afirmaciones. No utilizar expresiones verbales como estimaciones cuantitativas (raro, la mayoría, ocasionalmente, a menudo) en sustitución de los valores numéricos.

2.4.4 Discusión

Debe redactarse en tiempo pasado. Interpretar los resultados obtenidos estableciendo comparación o contraste con otros estudios. Debe destacarse el significado y la aplicación práctica de los resultados, las limitaciones y las recomendaciones para futuras investigaciones. Hacer hincapié en aquellos aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se deriven de ellos. Podrán incluirse recomendaciones cuando sea oportuno. Se considera de especial interés la discusión de estudios previos publicados en el país por lo que se sugiere revisar y citar la literatura nacional o regional relevante relacionada con el tema. Debe evitarse que la discusión se convierta solamente en una revisión del tema y que se repitan los conceptos que aparecieron en otras secciones.

2.4.5 Contribuciones

Se debe describir la contribución de cada uno de los autores al desarrollo del estudio y del artículo de acuerdo a los cuatro criterios de autoría (ver sección 1.3.6). Esta sección aparece después de la Discusión y antes de Agradecimientos. Todos los artículos con más de un autor, deben incluir esta sección.

2.4.6 Relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés

Cuando los autores someten un artículo de cualquier tipo son responsables de declarar todas las relaciones personales, institucionales o financieras que podrían sesgar o podrían ser vistas

como sesgo en su trabajo. Si existen implicaciones comerciales o relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés de otro tipo, deben explicarse en un apartado antes de los agradecimientos. Todos los artículos deben incluir esta sección.

2.4.7 Agradecimientos

Se recomienda reconocer las contribuciones de individuos o instituciones, tales como ayuda técnica, apoyo financiero y contribuciones intelectuales, que no ameritan autoría. Debe presentar constancia escrita en la cual las personas o instituciones a quienes se da agradecimiento aceptan ser mencionadas en este apartado.

2.4.8 Detalles del autor(es)

Presentar la información de cada autor en el orden de la autoría: Nombre, Formación académica y Correo electrónico.

2.4.9 Referencias bibliográficas

Debe usarse la bibliografía estrictamente necesaria y consultada personalmente por los autores. Los autores deben evitar citar artículos de revistas depredadoras o pseudo revistas. Ver **Anexo I** y **Anexo III**. Las referencias bibliográficas citadas en el texto se identificarán mediante números en superíndice y por orden de aparición en el texto. El superíndice se cita después de la puntuación. Los números se separan por comas. Si son más de dos referencias en orden consecutivo, se pueden separar por un guion colocando la primera y la última. En la sección de Referencias al final del manuscrito, se deben listar todos los autores cuando son seis o menos. Cuando hay siete o más, se listarán los primeros seis seguidos de "et al." Se deben abreviar los títulos de las revistas de conformidad con el estilo utilizado en la lista de revistas indizadas en el Index Medicus que deben ser consultadas en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. El 75% de las referencias deben ser de los últimos 5 años y el resto de preferencia de la última década, excepto aquellas que por motivos históricos o que contengan casuística nacional o por no encontrar referencias actualizadas, deban ser utilizadas como una alternativa. Se recomienda citar trabajos relacionados publicados en español e inglés, incluyendo artículos relacionados publicados en la Revista Médica Hondureña. El **Anexo I** presenta el límite de referencias según tipo de artículo; es más importante la calidad de la cita bibliográfica (fuente) y su pertinencia para cada apartado del artículo, que la cantidad. Ver ejemplos de referencias bibliográficas en el **Anexo III**. Para ver otros ejemplos de citación, visitar: <https://acortar.link/7x2yIm/>.

2.4.10 Abreviaturas y símbolos

Se deben utilizar lo menos posible, haciendo uso de aquellos internacionalmente aceptados. Cuando aparecen por primera vez en el texto, deben ser definidas escribiendo el término completo a que se refiere seguido de la sigla o abreviatura entre paréntesis. Debe evitar las abreviaturas en el título y en el resumen.

2.4.11 Unidades de medida

Se deben utilizar las normas del Sistema Internacional de Unidades. Los autores deben cotejarlas en la siguiente página web <https://onx.la/f7939>, que es esencialmente una versión amplia del sistema métrico.

2.4.12 Cuadros

Se deben presentar en formato de texto, no como figura insertada en el documento y evitando líneas verticales. Los cuadros científicos tienen tres líneas: superior e inferior en la primera fila, e inferior en la última fila. Serán enumerados siguiendo el orden de su aparición en el manuscrito donde deberán ser citados en el texto; son presentados en páginas separadas al final del manuscrito. Incluirán al pie del cuadro una breve nota explicativa de cualquier abreviación, así como los llamados, identificadas correlativamente con una letra en superíndice (p. ej., a, b, c). Los cuadros deben explicarse por sí mismos y complementar sin duplicar la información en el texto. Tendrá un título breve y claro, describiendo la información que se presenta, lugar, fecha y número de participantes. El encabezamiento de cada columna debe incluir la unidad de medida (porcentajes, tasas, etc.). Si el autor propone un cuadro obtenido o modificado de otra publicación, la fuente debe estar claramente descrita, y debe obtener y presentar el correspondiente permiso en la correspondencia enviada al Consejo Editorial.

2.4.13 Figuras

Las figuras (gráficos, diagramas, ilustraciones, fotografías, etc.), deberán ser enviadas en formato digital, de manera individual, enumeradas según aparición en el manuscrito, además de una versión insertada en el documento. Se enviarán en formato TIFF o JPEG, con una resolución no inferior a 300 dpi. Las leyendas que describen cada figura se presentarán en páginas individuales al final del manuscrito. Deberá incluirse flechas o rotulaciones que faciliten la comprensión del lector. Las figuras no incluirán información que revelen imágenes o datos personales que identifiquen los participantes en un estudio, el o los pacientes. Los autores deberán indicar si las imágenes fueron manipuladas electrónicamente.

2.4.14 Información complementaria

La información complementaria, para todo artículo que la requiera, debe ser sometida con el artículo como un archivo complementario separado. El documento debe contener la información general del artículo (título, titulillo, autores). En un solo archivo complementario se debe incluir toda la información complementaria: cuadro(s), figura(s), otros, enumerados según aparición en el manuscrito.

3. ENVÍO DEL MANUSCRITO

El manuscrito en su versión final deberá presentarse en el siguiente orden: en la **primera página** se incluye Tipo de artículo, Título en español e inglés, Titulillo, Nombre(s) del autor(es), ORCID y nombre completo del centro de trabajo en orden descendente (primero el nombre de la institución, luego el nombre del departamento o división y por último, la unidad), seguido por la ciudad y el país. Debe presentar información contacto del autor corresponsal (correo electrónico y teléfono móvil). Se incluye la Declaración de relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés. También debe incluir el número de palabras en el resumen, número de palabras del artículo (excluyendo título, autores, resumen, palabras clave,

bibliografía, cuadros y figuras), número total de cuadros y figuras, número de referencias bibliográficas.

En la **segunda página** se incluye el resumen y palabras clave en español, seguidos en otra página del resumen y palabras clave en inglés. Posteriormente se incluirán el cuerpo del artículo, las Contribuciones, Detalles del autor(es), Agradecimientos, Referencias, Cuadros y Figuras. Los detalles de los autores incluyen: nombre, correo electrónico y cualquier otra información relevante; por ejemplo, si la realización del estudio que se está publicando corresponde a una tesis como requisito para optar a un grado académico. Se aconseja revisar la lista de cotejo antes de enviar el manuscrito (**Anexo IV**). El autor corresponsal debe enviar el manuscrito por correo electrónico a la dirección Revista Médica Hondureña revmh@colegiomedico.hn. Aquellos artículos que no cumplan con las Instrucciones para Autores serán devueltos con observaciones específicas. Todo artículo que cumpla con las Instrucciones para Autores será registrado con un código para iniciar el proceso editorial.

4. PROCESO EDITORIAL

1) Primera revisión editorial. El Cuerpo Editorial revisa para determinar la calidad científica del artículo y si su temática se ajusta al ámbito de la revista. Se inicia la revisión por parte de los asistentes editoriales y cuerpo editorial para determinar si se acepta con o sin modificaciones o se rechaza. Se decide si el manuscrito se somete a revisión por parte de revisores pares de la base de datos de la Revista, editores asociados y/o editores internacionales. Este es un proceso editorial interno. **2) Revisión por pares (peer review).** El manuscrito es enviado a dos revisores pares de la base de datos de la Revista, editores asociados y/o editores internacionales considerados como expertos en el tema correspondiente. Los revisores contarán con un plazo de dos semanas prorrogable para remitir la revisión del artículo. Este es un proceso editorial externo. **3) Aceptación o rechazo del manuscrito.** Según los informes de los revisores, el Cuerpo Editorial decidirá si se publica el trabajo pudiendo solicitar a los autores modificaciones menores o mayores. En este caso, el autor contará con un plazo máximo de 2 semanas para remitir una nueva versión con los cambios propuestos. Pasado dicho término, si no se ha recibido una nueva versión, se considerará retirado el artículo por falta de respuesta del(os) autor(es). Si los autores requieren de más tiempo, deberán solicitarlo al Consejo Editorial. El Consejo Editorial también podría proponer la aceptación del artículo en una categoría distinta a la propuesta por los autores. **4) Segunda revisión editorial.** Se considerará la aceptación o rechazo del manuscrito revisado. Los editores se reservan el derecho de indicar a los autores ediciones convenientes al texto y al espacio disponible en la Revista. El artículo es revisado por la Biblioteca Nacional para garantizar uso y citación apropiados de las referencias bibliográficas. **5) Revisión de estilo** después de la aceptación. Una vez aceptado el manuscrito, el Cuerpo Editorial puede someter a una corrección de gramática y estilo. **6) Pruebas de imprenta.** El autor corresponsal podrá revisar el artículo en un máximo de dos días calendario. En esta etapa solamente se corregirán aspectos menores. **7) Informe de**

publicación. Previo a la publicación impresa, la Revista será publicada electrónicamente y será enviada para su inclusión en las bases de datos electrónicas en las cuales está indizada. El autor corresponsal recibirá por correo electrónico el enlace de internet de su artículo.

La Revista Médica Hondureña publica anticipadamente (modalidad continua) antes de cerrar un número. Los autores pueden compartir y depositar la versión de publicación anticipada y la versión publicada en repositorios institucionales o temáticos. Asimismo, los autores pueden publicar la versión sometida (prepublicación o preprint) lo cual debe ser notificado en la carta de solicitud. Al escoger un repositorio de preprints, los autores deben considerar las siguientes características: Identifican claramente los preprints como manuscrito sin revisión par, cuentan con proceso claro y accesible para que los lectores expresen inquietudes y comentarios, disponen de un mecanismo para que los autores indiquen cuándo el artículo preprint se ha publicado en una revista bajo revisión par.

5. ANEXOS

Anexo I. Extensión, número de figuras/cuadros y número máximo de referencias bibliográficas según tipo de artículo.

Tipo de artículo	Extensión máxima en palabras*	Número máximo Cuadros y/o Figuras	Referencias bibliográficas
Original	4,000	5	20-40
Caso Clínico	3,000	4	15-30
Revisión Bibliográfica	5,000	4	25-40
Especial	4,000	4	30-40
Imagen	200	1	1-3
Comunicación Corta	2,000	2	5-15
Opinión	2,000	2	3-10
Ética	3,000	3	5-15
Historia de la Medicina	3,000	3	5-15
<i>Ad Libitum</i>	1,000	2	3-5
Carta al Editor	300	2	3-5
Editorial	600	No aplica	3-5

*Extensión excluyendo título, autores, afiliación, resumen, bibliografía, cuadros y figuras.

Anexo II. Carta de Solicitud y Consentimiento de Publicación del Artículo.

Consejo Editorial Revista Médica Hondureña

Estamos solicitando sea publicado el artículo tipo (tipo del artículo), titulado (título del artículo), en la Revista Médica Hondureña. El artículo fue preparado por (nombre de los autores en el orden correspondiente). Declaramos que hemos seguido las normas de publicación de la Revista. Hemos participado suficientemente en la investigación, análisis de datos, escritura del manuscrito y lectura de la versión final para aceptar la responsabilidad de su contenido. El artículo no ha sido publicado ni está siendo considerado para publicación en otro medio de

comunicación. Hemos dejado constancia de las relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés. Comprendemos que los artículos y materiales publicados están autorizados para su uso y distribución de acuerdo con la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>). Toda la información enviada en la solicitud de publicación y en el manuscrito es verdadera.

Nota. Se sugiere presentar un cuadro con la siguiente información: nombre de cada uno de los autores, su número de colegiación (si aplica), firma y sello (si aplica).

Anexo III. Ejemplos de referencias bibliográficas.

El libro *Citing Medicine* provee ejemplos de cómo presentar las referencias bibliográficas dependiendo de su tipo. Este documento está disponible en <https://acortar.link/guKJJT>

Artículo de Revista:

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002 Jul 25;347(4):284-7.

Si hay más de seis autores, presentar los primeros seis seguido de et al.

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res.* 2002;935(1-2):40-6.

Libro:

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology.* 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulo de libro:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer.* New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Artículo de revista en internet:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs [Internet].* 2002 Jun [citado 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Disponible en: <https://ovidsp.tx.ovid.com/> Se requiere subscripción.

Para ver ejemplos del formato de otros tipos de referencias bibliográficas los autores pueden consultar el siguiente enlace de la Biblioteca Médica Nacional de Estados Unidos de América: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Anexo IV. Lista de cotejo para autores

No.	Los autores deben garantizar que conocen y aplicaron la siguiente información:
1.	El correo electrónico de la Revista Médica Hondureña es revmh@colegiomedico.hn .
2.	Se incluyó la dirección de correo electrónico y el identificador ORCID de todos los autores, y el número de teléfono móvil del autor corresponsal.
3.	Texto fue escrito en una sola columna, a espacio interlineal de 1.5, letra Arial 12.
4.	Las secciones del artículo inician en una página.
5.	En la página del título se incluyó título en español e inglés, titulillo; nombre de los autores, su grado académico y afiliación institucional.
6.	En la página del título también se incluyó el número de palabras en el resumen, número de palabras del artículo completo (excluyendo título, autores, resumen, palabras clave, bibliografía, cuadros y figuras), número total de cuadros y figuras, número de referencias bibliográficas.
7.	Se presentó la declaración de relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés en la página del título.
8.	Se incluyó resumen y palabras clave (https://decs.bvsalud.org/) en español e inglés).
9.	Las referencias bibliográficas fueron citadas en el texto por números consecutivos en superíndice.
10.	Se utilizaron las normas del Sistema Internacional de Unidades para las mediciones.
11.	Los cuadros y figuras fueron preparados en el formato recomendado, se presenta al final del artículo, con explicación de las abreviaturas usadas. La leyenda de las figuras se presenta en diferente página.
12.	Se describió la contribución de cada autor en la preparación del manuscrito.
13.	Se preparó la información complementaria, si el artículo lo requiere, en un archivo complementario siguiendo el formato recomendado.
14.	Se incluyó la información relacionada al financiamiento del estudio a través de subvenciones, becas u otros mecanismos.
15.	Se notificó en la carta de solicitud de publicación si el artículo se ha publicado o se planea publicar como preprint (compartir enlace al sitio de publicación).
16.	Para todo estudio con participantes humanos, se requiere contar con la constancia de aprobación de un comité de ética en investigación. Si es una investigación sobre fuentes secundarias, incluir la aprobación o aval institucional.
17.	Se preparó toda la documentación acompañante: Carta al Consejo Editorial, Autorización escrita de las personas o instituciones que se reconocen en la sección de Agradecimientos, Autorización escrita para la reproducción de material previamente publicado, Constancia de Aprobación de comité en investigación, Aval institucional.

GENERAL INFORMATION AND INSTRUCTIONS FOR MANUSCRIPT SUBMISSION

June 2023

1. GENERAL INFORMATION

The Revista Médica Hondureña (Rev Méd Hondur) is the official organ of dissemination and scientific communication of the Honduras Medical College (Colegio Médico de Honduras, (<https://www.colegiomedico.hn/>) and it is an open access (OA) journal. It was created on November 2, 1929, and with its first publication in May 1930, it is the oldest continuous publication in the field of health in Honduras. It is a biannual publication that disseminates and communicates unpublished scientific knowledge based on ethical and quality principles. Its purpose is to promote and support scientific research and continuing medical education, especially for the national medical guild. It has a printed version ISSN 0375-1112 and an electronic version ISSN 1995-7068. The electronic version since 1930 is available at <http://revistamedicahondurena.hn/> and <https://honduras.bvsalud.org> It is indexed in LILACS-BIREME, CAMJOL, AmelICA, LATINDEX, REDIB, DOAJ, RESEARCH4LIFE (<https://onx.la/72baa>). A series of resources for authors (<https://onx.la/7c318>) and reviewers (<https://onx.la/d25cf>) are available. Published articles and materials are licensed for use and distribution under the Creative Commons Attribution 4.0 International license (CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>).

1.1 MISSION, SCOPE, VISION**MISSION**

To disseminate and communicate unpublished scientific information based on ethical and quality principles applicable to clinical practice, public health and health research, to promote and support scientific research and continuing medical education, especially for the national medical guild.

AIM AND SCOPE

Through ethical and quality scientific dissemination and communication, encourage and support scientific research and continuing medical education. In addition, it disseminates unpublished research articles on clinical practice, public health, and health research, including articles in the categories original with quantitative or qualitative methodological design, short communication, clinical case report or series of clinical cases, image in clinical practice, bibliographic review, special article, ethics article, history of medicine, opinion article, editorial, letter to the editor and *ad libitum*. No charge is made for article processing.

VISION

To be a journal that disseminates unpublished scientific

knowledge with high quality, prestige and scientific integrity, accessible nationally and internationally and with broad representation in the field of clinical practice, public health and health research.

1.2 CONTENTS

The Revista Médica Hondureña is a biannual publication, publishing two issues per year: Issue 1 (January - June) and Issue 2 (July - December). Since Volume 87 (year 2019), it is published in continuous mode, completing Issue 1 on June 30 and Issue 2 on December 31 of each year. In addition to the two annual issues, supplements are published including the annual supplement containing the scientific program and abstracts of the National Medical Congress and other supplements that are programmed by agreement through the Secretariat of Educational and Cultural Affairs of the Honduras Medical College and the Editorial Board.

Unpublished works are considered for publication including original articles with quantitative and qualitative methodological design, short communication, clinical case report or series of clinical cases, image in clinical practice, bibliographic review, special article, ethics article, history of medicine, opinion article. In addition, editorials, letters to the editor and *ad libitum* are published. The length, number of tables and figures and number of references allowed for each type of article are presented in **Annex I**.

1.2.1 Language

Articles are published in Spanish and English. It is recommended that authors prepare articles in their native language to ensure proper writing. Once the articles have been approved, no changes in their content will be accepted. To complete the editorial process of the manuscript of articles in English, authors must have a language certification and submit the quality certificate issued by a recognized entity in their field no later than two weeks after sending the final approved version. For the preparation of articles in English, authors should review the Instructions for Authors in English.

1.2.2 Editorial

The editorial responds to the editorial line of the Revista Médica Hondureña and is the responsibility of the Editorial Board. Its content is related to the topics of the articles included in the issue and/or national or international events of interest.

1.2.3 Original article

Presents for the first-time scientific findings obtained through research with quantitative or qualitative methodological design, or both. It may include laboratory observations, population-based research, clinical research, implementation research, systematic reviews and meta-analysis, among others. It should consist of Introduction, Methods, Results and Discussion (IMRaD) sections. Revista Médica Hondureña will consider for publication papers in which data collection, regardless of the

duration of the study, has been completed 5 years prior to the submission of the manuscript to the journal. The Editorial Board will have the authority to consider exceptions in this last case, when the scientific contribution of the work is of general interest and its content is not obsolete due to the time elapsed. It must follow scientific standards of ethics and quality. It must include a structured abstract of a maximum of 250 words.

1.2.4 Short communication

It presents preliminary results of research on relevant topics with interest to share in a timely manner with the scientific community. It may also describe innovative techniques or methodologies. It should consist of Introduction, Methods, Results and Discussion (IMRaD) sections. It must follow scientific standards of ethics and quality. It includes an unstructured abstract of a maximum of 150 words.

1.2.5 Clinical case or series of clinical cases

Describes clinical cases that leave particular lessons because they are atypical clinical presentations of common diseases, typical clinical presentations of rare diseases, represent diagnostic or therapeutic challenges, or leave public health lessons. It should consist of Introduction, Description of the clinical case(s), and Discussion sections. It should present sufficient evidence of the respective diagnosis through the description of evident clinical manifestations, laboratory or surgical findings, radiological images, isolated microorganisms, biopsy microphotography, among others. Be cautious when stating that it is a first case. It must follow scientific standards of ethics and quality. Include a structured abstract of a maximum of 250 words.

1.2.6 Imaging in Clinical Practice

It consists of an image of special interest due to its clinical or epidemiological relevance. The image conveys lessons about diagnosis, therapy, prognosis, or prevention of a health problem. The quality and resolution of the image must be appropriate. Signaling should be used to highlight aspects of interest. It should include the necessary information to interpret the image, including clinical data. It should indicate if the image was electronically edited. It should follow scientific standards of ethics and quality.

1.2.7 Narrative review

Only at the request of the Editorial Board. It is a narrative review and presents the state of the art on a current and relevant topic whose information has been updated through documentary research. This type of article may be requested by the Editorial Board or at the initiative of the authors. It should consist of sections of Introduction, followed by the development of the topic whose sections and subsections will be named according to the topic reviewed, and Conclusion. The Introduction should describe the purpose of the review and the sources consulted; where and how the information search was carried out, the key words used and the years of coverage of the search. The Conclusion presents the opinion of the author(s) on the review and the contribution to local knowledge. It includes an unstructured summary of a maximum of 150 words.

1.2.8 Special article

Only at the request of the Editorial Board. It is a review of topics of general interest presented as a mixture of a narrative

review article and an opinion article. It should consist of Introduction sections, followed by the development of the topic whose sections and subsections will be named according to the topic of the article, and Conclusion. The Introduction should describe the purpose of the article and the sources consulted. The Conclusion presents the contribution to local knowledge. In addition, it may include articles such as standards generated by governmental institutions or professional organizations, which due to their content require the widest possible dissemination; also, the authorized transcription of articles published in other journals. It includes an unstructured abstract of a maximum of 150 words.

1.2.9 Ethics article

Develops topics of ethics, bioethics, research ethics and medical practice. It should consist of sections of Introduction, followed by the development of the topic whose sections and subsections will be named according to the topic of the article, and Conclusion. The Introduction should describe the purpose of the article. The Conclusion presents the contribution to local knowledge.

1.2.10 History of medicine

Develops historical aspects of medicine, its specializations, or sub-specializations, as well as historical data of institutions or biographical data of the person to whom the article refers. It should consist of sections of Introduction, followed by the development of the topic whose sections and subsections will be named according to the topic of the article, and Conclusion. The Introduction should describe the purpose of the article. The Conclusion presents the contribution to local knowledge.

1.2.11 Opinion article

Presents analysis and recommendations on a particular topic with original contributions from the author(s). There are no sections in the article, but its development should consist of an introduction describing the purpose of the article, the development of the topic, and concluding with the author's most relevant observations on the topic on which the opinion is being expressed.

1.2.12 Letter to the Editor

It raises a topic of current scientific interest or a clarification, contribution, or discussion on any of the published articles. The Editorial Board reserves the right to edit its content. The parties involved will be informed and will be able to make considerations and reply through another letter.

1.2.13 Ad Libitum

This is an open section of expression, anecdotal narratives, and other miscellaneous notes. The Editorial Board reserves the right to select communications deemed appropriate to the mission and vision of the Journal.

Supplementary Information

Supplementary information includes material directly relevant to the content of a scientific article but which cannot be included in the article itself for reasons of space or format (e.g. tables and figures exceeding the permitted number, video clips or sound files). Authors should present supplementary information clearly and concisely.

Announcements

Advertisement of commercial products or services. This section is governed by the Honduras Medical College, by a separate regulation.

Supplements

These are issues on specific topics that appear as separate issues within a volume, with sequential numbering. Their length must be greater than 40 pages. They disseminate commemorative contents, updates on specific topics, consensus of working groups or clinical practice guidelines, or scientific events such as the National Medical Congress. They could have an independent financier, which must be stated.

1.3 PUBLICATION STANDARDS

The Revista Médica Hondureña adheres to different publication standards that contribute to guarantee ethical and quality publication. Articles that do not meet the recommended standards will not be accepted. Any aspect not contemplated in these instructions will be decided by the Editorial Board.

1.3.1 Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals

The Revista Médica Hondureña adheres to the Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Authors should consult these recommendations on the following website: <http://www.icmje.org> (updated May 2023).

1.3.2 EQUATOR Network

Articles submitted should adhere to the recommended publication standards CONSORT (clinical trials), STROBE (observational studies), CARE (clinical cases), PRISMA (systematic reviews), STARD (laboratory tests), SRQR (qualitative studies), among others, according to the type of study. The standards can be consulted in the following links to the EQUATOR Network websites: <https://onx.la/b1160>

1.3.3 Registration of Clinical Trials

The Revista Médica Hondureña, as a condition for publication, requires that clinical trials with human participants be registered in a public registry of clinical trials prior to the start of enrollment of participants. A clinical trial is defined as a prospective study that assigns participants to an intervention, with or without a concurrent comparison or control group, to study the relationship between an intervention and a health outcome. The WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) is available at <https://onx.la/2c8c9>

1.3.4 Registration of Systematic Review Protocols

The Revista Médica Hondureña, as a condition for publication, requires that systematic review protocols be registered in the international database called PROSPERO, which prospectively registers systematic reviews that study a health-related outcome. The registry is produced by the Centre for Reviews and Dissemination, University of York, York, United Kingdom, and is funded by the National Institute for Health

Research (NIHR); available at <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>.

1.3.5 SAGER Guidelines

The SAGER (Sex and Gender Equity in Research) guidelines provide comprehensive guidelines for authors to report sex and gender in study design, data analysis, results, and interpretation of findings. In addition, editors use them to integrate sex and gender assessment into all manuscripts as part of the editorial process. Available at <https://onx.la/fbf00>.

1.3.6 Ethical Principles

Publication Ethics: Manuscripts must be original and not have been submitted for publication consideration in any other print or electronic media. If any part of the material has been published elsewhere, the author should inform the Editorial Board. Authors should review the conventions on publication ethics especially related to redundant publication, duplicate publication, authorship criteria, and potential conflict of interest. Authors should include written authorizations from authors or editors for the reproduction of previously published material or for the use of illustrations that may identify individuals. In the event of uncertainties about scientific misconduct, including manufacturing, falsification, plagiarism, authorship, among others, the Editorial Board will apply the procedures recommended by the Committee on Publication Ethics (COPE, <https://publicationethics.org/>).

Research Ethics: The Editorial Board reserves the right to proceed according to the Ethics Regulations of the Honduras Medical College and international standards when there are doubts about inappropriate conduct or dishonesty in the research and publication process. The studies in human beings should follow the principles of the Declaration of Helsinki <https://onx.la/d4d96> and subsequent modifications and the manuscript should state in the methods section that the research protocol and the informed consent/assent were approved by the corresponding research ethics committee or, failing that, in studies without human participants, by a higher hierarchical instance of the institution where the study was carried out. Compliance with national and international standards on the protection of animals used for scientific purposes should also be recorded.

Authorship: All persons appearing as authors must comply with the requirements to receive such denomination, based on their essential contribution in what is required to: 1) Having contributed substantially to the conception or design of the study; or to the acquisition, analysis, or interpretation of the data for the study; and 2) Having written the paper or performed critical review of its important intellectual content; and 3) Final approval of the version to be published; and 4) Agreeing to be held responsible for all aspects of the paper, ensuring that questions regarding the accuracy or completeness of any part of the paper are adequately investigated and resolved. All four of the above requirements must be met simultaneously. Participation solely in fund raising, data collection, or general supervision of the research group does not justify authorship. Each author of the manuscript is publicly responsible for its

content and must acknowledge financial sponsorship of the research and the participation of organizations or institutions with an interest in the subject of the manuscript. At submission, authors must disclose whether they used artificial intelligence (AI)- assisted technologies (such as Large Language Models [LLMs], chatbots, or image creators) in the production of submitted work. Authors who use such technology should describe, in both the cover letter and the submitted work, how they used it. Chatbots (such as ChatGPT) should not be listed as authors because they cannot be responsible for the accuracy, integrity, and originality of the work, and these responsibilities are required for authorship.

1.3.7 ORCID Registration

The Revista Médica Hondureña encourages authors, editors, and reviewers to obtain ORCID registration. ORCID registration provides a persistent digital identifier that individually distinguishes researchers. The registry contributes to the recognition of researchers' work by integrating the research workflow, including manuscript submission and grants. Available at <https://orcid.org/register>.

1.3.8 Financial and non-financial relationships and activities and conflicts of interest

When submitting their manuscript, authors should declare all personal, institutional, and financial relationships that could bias their work, clearly stating whether or not there are potential financial and non-financial relationships and activities and conflicts of interest on the title page. The Editorial Board will ensure to the best of its ability that all those who participate in the peer review, editing and publication process declare all relationships that could be considered as potential financial and non-financial relationships and activities and conflict of interest, to safeguard the public and scientific confidence of the Journal. Financial and non-financial relationships and activities and conflicts of interest are understood to exist when an author, reviewer, editor, or the institution to which he/she belongs, have relationships, dual commitments, competing interests or conflicts of loyalty, whether personal, institutional or financial, that may bias their actions.

1.3.9 Copyright and license for use of articles and related materials

Revista Médica Hondureña is an open access (OA) journal, according to the definition of open access in The Directory of Open Access Journals (DOAJ, <https://doaj.org/>). Authors retain copyright without restriction. Published articles and materials are licensed under Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0, (CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>): you are free to Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material for any purpose, including commercially), under the following terms: 1) Attribution: you must give proper credit, provide a link to the license, and indicate if changes have been made. You may do so in any reasonable manner, but not in such a way as to suggest that you or the use you are seeking is supported by the licensor. 2) No additional restrictions: you may not apply legal terms or technological measures that legally restrict others from making

any use permitted by the license. The manuscript must be accompanied by the Letter of Request and Consent to Publish Article signed by each author (**Annex II**). Papers previously published in another journal will not be accepted unless permission to reproduce has been granted and it is considered important to reproduce an already published article.

1.3.10 Peer Review

Manuscripts that meet the general requirements for submission to Revista Médica Hondureña will be reviewed by the Editorial Board. Articles with scientific validity and relevance for the readers of the Journal will be sent to peer reviewers. Based on the recommendations of the peer reviewers, the Editorial Board will determine whether the article is accepted without changes, accepted with conditions, or rejected. The peer review process is conducted with anonymity of the reviewers, both Editorial Board reviewers and peer reviewers.

2. INSTRUCTIONS FOR MANUSCRIPT SUBMISSION

Manuscripts should be submitted in a document prepared by a word processing program (MS Word or similar), in Arial 12-point font, 1.5 line spacing, on letter size paper and not exceeding the length indicated for each type of manuscript (see **Annex I**). Each section of the article begins on one page. Pages should be numbered in the lower right corner. Papers should include an abstract (see instructions on abstracts) and 3-5 keywords (see instructions on keywords). The title and abstract should be translated into English of the best possible academic quality. The text should be clear, simple, and understandable. Tables and figures should be used whenever necessary to facilitate understanding of the information presented. The text should be divided into sections as indicated for each type of article.

2.1 TITLE

The title of an article is visible in both national and international journal databases. It should be presented in Spanish and English. Use words that adequately describe (meaning and syntax) the content of the article. Do not use abbreviations or redundant words. The maximum number of words is 15. A suggested abbreviated title (running title) of a maximum of 5 words must be presented. The title appears in the upper right margin of the printed article.

2.2 ABSTRACT

This section of an article is visible in both national and international journal databases. It must be written in Spanish and English. It can be structured or unstructured. Structured for original articles and clinical cases with a maximum length of 250 words. The abstract for original articles is divided into: Background, Objective, Methods, Results and Discussion. The abstract for clinical case articles is divided into Background, Description of the clinical case(s) and Conclusions. Short Communication, Narrative Review and Special articles include unstructured abstracts with a maximum length of 150 words. The unstructured abstract (without sections) presents an order including background, purpose, methods, relevant aspects, conclusion, depending on what applies to the type of article.

In English: Abstract. Original article: Background, Objective, Methods, Results, Discussion. Clinical case article: Background, Clinical case(s) description, Conclusions.

2.3 KEYWORDS

The abstract should be followed by 3-5 keywords in English and Spanish. Keywords, or health sciences descriptors, correspond to a structured vocabulary created to serve as a unique language in the indexing of scientific journal articles, as well as to be used in the search and retrieval of scientific literature in information sources. Keywords in both Spanish and English are searched for at the web link <https://decs.bvsalud.org/>. They are presented in alphabetical order, separated by comma or semicolon, depending on whether the descriptor consists of one or more words.

2.4 SECTIONS OF AN ARTICLE

The original scientific article consists of the sections Introduction, Materials or Participants and Methods, Results and Discussion (IMRaD). The publication standard that corresponds to the study design should be reviewed. In addition, all articles, regardless of the type of article, have the sections Contributions, Acknowledgements, References, Tables and Figures.

2.4.1 Introduction

It should be written in a maximum of 3-4 paragraphs; in the first paragraph the research problem is stated, in the second and third paragraphs the problem is argued bibliographically, and in the fourth paragraph the rationale of the study is presented, and its objective is clearly stated. The pertinent bibliographical references should be included, taking care to leave most of the references to be cited later during the discussion of the results. Preferably, it should not contain tables or figures.

2.4.2 Materials (Participants) and Methods

It should be written in the past tense and describe the type of study carried out, the duration of the study, the place where it was carried out; it should clearly describe the selection and characteristics of the sample, the techniques, procedures, equipment, drugs, and other tools used, in a way that allows other researchers to reproduce the design and the results. It should describe the statistical methods used and the ethical aspects of the research including the approval of an ethics committee, the obtaining of informed consent/assent, as well as the safeguards of ethical principles to protect human or animal research participants. When the methods and procedures require it, the information should be supported with the pertinent bibliographic references. When the manuscript refers to human subjects, the section should be entitled Participants and Methods.

2.4.3 Results

It should be written in the past tense. The results should be presented in a way that corresponds to the methodology proposed, including the development of the statistical analysis. Describe the most important findings of the research carried out. Preferably use the expository form; only when it is strictly necessary to use tables and/or figures. Do not repeat in the text what is stated in the tables or figures. Do not express interpretations, assessments, judgments, or assertions. Do not

use verbal expressions such as quantitative estimates (rarely, most, occasionally, often) as a substitute for numerical values.

2.4.4 Discussion

It should be written in the past tense. Interpret the results obtained by comparing or contrasting with other studies. The significance and practical application of the results, limitations and recommendations for future research should be highlighted. Emphasize those new and important aspects of the study and the conclusions derived from them. Recommendations may be included when appropriate. The discussion of previous studies published in the country is considered of special interest, so it is suggested to review and cite the relevant national or regional literature related to the topic. It should be avoided that the discussion becomes only a review of the topic and that concepts that have appeared in other sections are not repeated.

2.4.5 Contributions

The contribution of each of the authors to the development of the study and the article should be described according to the four authorship criteria (see section 1.3.4). This section appears after the Discussion and before the Acknowledgements. All articles with more than one author should include this section.

2.4.6 Financial and non-financial relationships and activities and conflict of interest

When authors submit an article of any kind, they are responsible for declaring all personal, institutional, or financial relationships that could bias or could be seen as bias in their work. If there are business implications or financial and non-financial relationships and activities and other conflicts of interest, they should be explained in a section before the acknowledgments. All articles should include this section.

2.4.7 Acknowledgements

It is recommended to acknowledge the contributions of individuals or institutions, such as technical assistance, financial support, and intellectual contributions, which do not merit authorship. Written proof must be presented in which the persons or institutions to whom thanks are given agree to be mentioned in this section.

2.4.8 Details of the author(s)

Present the information of each author in the order of authorship: Name, Academic background, and Email.

2.4.9 Bibliographical references

Only the bibliography strictly necessary and consulted personally by the authors should be used. See **Annex I** and **Annex III**. Bibliographical references cited in the text should be identified by superscript numbers and in order of appearance in the text. The superscript is cited after punctuation. The numbers are separated by commas. If there are more than two references in consecutive order, they can be separated by a hyphen placing the first and the last one. In the References section at the end of the manuscript, all authors should be listed when there are six or fewer. When there are seven or more, the first six should be listed followed by "et al." Journal titles should be abbreviated in accordance with the style used in the list of journals indexed in *Index Medicus* that should be consulted at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>. Seventy-five percent of the references should be from the last 5 years and the rest preferably from the last

decade, except those that for historical reasons or containing national casuistry or for not finding updated references, should be used as an alternative. It is recommended to cite related works published in Spanish and English, including related articles published in the *Revista Médica Hondureña*. **Annex I** present the limit of references according to the type of article; the quality of the bibliographic citation (source) and its relevance to each section of the article is more important than the quantity. See examples of bibliographic references in **Annex III**. For other citation examples, see: <https://acortar.link/7x2yIm/>.

2.4.10 Abbreviations and symbols

Abbreviations and symbols should be used as little as possible, making use of those internationally accepted. When they appear for the first time in the text, they should be defined by writing the complete term to which they refer followed by the acronym or abbreviation in parentheses. Abbreviations should be avoided in the title and abstract.

2.4.11 Units of measurement

The International System of Units standards should be used. The authors should collate them from the following website <https://onx.la/f7939>, which is essentially a broad version of the metric system.

2.4.12 Tables

They should be presented in text format, not as a figure inserted in the document and avoiding vertical lines. Scientific tables have three lines: top and bottom in the first row, and bottom in the last row. They should be numbered following the order of their appearance in the manuscript where they should be cited in the text; they are presented in separate pages at the end of the manuscript. They will include at the foot of the table a brief explanatory notes of any abbreviations, as well as callouts, identified correlatively with a letter in superscript (e.g., a, b, c). Tables should be self-explanatory and complement without duplicating information in the text. It will have a brief and clear title, describing the information presented, place, date, and number of participants. The heading of each column should include the unit of measurement (percentages, rates, etc.). If the author proposes a table obtained or modified from another publication, the source must be clearly described, and the corresponding permission must be obtained and presented in the correspondence sent to the Editorial Board.

2.4.13 Figures

Figures (graphs, diagrams, illustrations, photographs, etc.) should be sent in digital format, individually numbered according to their appearance in the manuscript, in addition to a version inserted in the document. They should be sent in TIFF or JPEG format, with a resolution of no less than 300 dpi. The legends describing each figure should be presented on individual pages at the end of the manuscript. Arrows or labeling should be included to facilitate the reader's understanding. Figures should not include information that reveals images or personal data that identify the participants in a study, or the patient(s). Authors should indicate if the images were electronically manipulated.

2.4.14 Supplementary information

Supplementary information, for any article that requires it, must be submitted with the article as a separate supplementary

file. The document must contain the general information of the article (title, running title, authors). In a single supplementary file all supplementary information should be included: table(s), figure(s), others, listed according to their appearance in the manuscript.

3. SUBMISSION OF THE MANUSCRIPT

The manuscript in its final version should be submitted in the following order: the **first page** should include Type of article, Title in Spanish, and English, Running title, Name(s) of author(s), ORCID and complete name of the work center in descending order (first the name of the institution, then the name of the department or division and lastly, the unit), followed by the city and country. Corresponding author's contact information (e-mail and cell phone) must be submitted. The declaration of financial and non-financial relationships and activities and conflicts of interest are included. It should also include the number of words in the abstract, number of words in the article (excluding title, authors, abstract, keywords, bibliography, tables, and figures), total number of tables and figures, number of bibliographical references.

The **second page** includes the abstract and keywords in Spanish, followed on another page by the abstract and keywords in English. Subsequently, the Body of the article, Contributions, Acknowledgements, Author(s) Details, References, Tables and Figures will be included. Author details include: name, e-mail and any other relevant information; for example, if the study being published is a thesis as a requirement for an academic degree. It is advisable to review the checklist before submitting the manuscript (**Annex IV**). The corresponding author should send the manuscript by e-mail to [Revista Médica Hondureña revmh@colegiomedico.hn](mailto:revmh@colegiomedico.hn). Articles that do not comply with the Instructions for Authors will be returned with specific observations. Any article that complies with the Instructions for Authors will be registered with a code to initiate the editorial process.

4. EDITORIAL PROCESS

1) First editorial review. The Editorial Board reviews to determine the scientific quality of the article and if its subject matter fits the scope of the journal. The review is initiated by the editorial assistants and editorial body to determine whether it is accepted with or without modifications or rejected. A decision is made as to whether the manuscript is submitted for review by peer reviewers from the journal database, associate editors and/or international editors. This is an internal editorial process.

2) Peer review. The manuscript is sent to two peer reviewers from the journal database, associate editors and/or international editors considered as experts in the corresponding topic. The reviewers will have a period of 2 weeks, extendable, to submit the review of the article. This is an external editorial process.

3) Acceptance or rejection of the manuscript. According to the reviewers' reports, the Editorial Board will decide whether to publish the paper and may request minor or major modifications

from the authors. In this case, the author will have a maximum of 2 weeks to submit a new version with the proposed changes. After this period, if a new version has not been received, the article will be considered withdrawn for lack of response from the author(s). If the authors require more time, they should request it to the Editorial Board. The Editorial Board may also propose the acceptance of the article in a category other than the one proposed by the authors. **4) Second editorial review.** The acceptance or rejection of the revised manuscript will be considered. The editors reserve the right to indicate to the authors suitable editions to the text and the space available in the Journal. **5) Style revision after acceptance.** Once the manuscript has been accepted, the Editorial Board may submit it for correction of grammar and style. **6) Proofreading.** The corresponding author may review the article in a maximum of two calendar days. Only minor aspects will be corrected at this stage. **7) Publication report.** Prior to the printed publication, the Journal will be published electronically and will be sent for inclusion in the electronic databases in which it is indexed. The corresponding author will receive by e-mail the internet link of his/her article.

The Revista Médica Hondureña publishes in advance (continuous mode) before closing an issue. Authors can share and deposit the advance publication version and the published version in institutional or thematic repositories. Likewise, authors may publish the submitted version (prepublication or preprint), which should be notified in the letter of request. When choosing a preprint repository, authors should consider the following characteristics: clearly identify preprints as non-peer reviewed manuscripts, have a clear and accessible process for readers to express concerns and comments, have a mechanism for authors to indicate when the preprint article has been published in a peer-reviewed journal.

5. ANNEXES

Annex I. Length, number of figures/tables and maximum number of bibliographical references according to type of article.

Type of article	Maximum length in words*	Maximum number of tables and/or figures	Bibliographical references
Original	4,000	5	20-40
Clinical Case	3,000	4	15-30
Narrative Review	5,000	4	25-40
Special	4,000	4	30-40
Image	200	1	1-3
Short Communication	2,000	2	5-15
Opinion	2,000	2	3-10
Ethics	3,000	3	5-15
History of Medicine	3,000	3	5-15
<i>Ad Libitum</i>	1,000	2	3-5
Letter to the Editor	300	2	3-5
Editorial	600	Not apply	3-5

*Length excluding title, authors, affiliation, abstract, bibliography, tables and figures.

Annex II. Letter of Request and Consent for Publication of the Article.

Editorial Board
Revista Médica Hondureña

We are requesting the publication of the article type ____ (type of article), entitled ____ (name of article) in the Revista Médica Hondureña. The article was prepared by ____ (name of authors in the corresponding order). We declare that we have followed the publication guidelines of the Journal. We have participated sufficiently in the research, data analysis, writing of the manuscript and reading of the final version to accept responsibility for its content. The article has not been published and is not being considered for publication in any other media. We have disclosed conflicts of interest. We understand that the published articles and materials are licensed for use and distribution under the Creative Commons Attribution 4.0 International license (CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>). All information submitted in the application for publication and in the manuscript is true.

Note. It is suggested to submit a table with the following information: name of each of the authors, their affiliation number (if applicable), signature and seal (if applicable).

Annex III. Examples of bibliographic references.

The book Citing Medicine provides examples of how to present bibliographic references depending on their type. This document is available at <https://acortar.link/guKJJT>

Journal Article:

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002 Jul 25;347(4):284-7.

If there are more than six authors, present the first six followed by et al.

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res.* 2002;935(1-2):40-6.

Book:

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology.* 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Book chapter:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer.* New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Internet journal article:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs [Internet].* 2002 Jun

[cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <https://ovidsp.tx.ovid.com/> Subscription required.

For examples of the format of other types of bibliographic

references, authors may consult the following link to the National Medical Library of the United States of America: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Annex IV. Checklist for authors.

No.	Authors should ensure that they are aware of and have applied the following information:
1.	The e-mail address for Revista Médica Hondureña is revmh@colegiomedico.hn .
2.	The mailing address and cell phone number of the corresponding author were included.
3.	Text was written in a single column, 1.5 line spacing, Arial 12 font.
4.	Sections of the article start on one page.
5.	The title page included title in Spanish and English, abbreviated title; authors' names, academic degree, and institutional affiliation.
6.	The title page also included the number of words in the abstract, number of words in the complete article (excluding title, authors, abstract, keywords, bibliography, tables, and figures), total number of tables and figures, number of bibliographic references.
7.	A financial and non-financial relationships and activities and conflict of interest statement was presented on the title page.
8.	Abstract and keywords (https://decs.bvsalud.org/) were included in Spanish and English.
9.	The bibliographic references were cited in the text by consecutive numbers in super-script.
10.	The standards of the International System of Units were used for measurements.
11.	Tables and figures were prepared in the recommended format, presented at the end of the article, with an explanation of the abbreviations used. The legend of the figures is presented on a different page.
12.	The contribution of each author in the preparation of the manuscript was described.
13.	Supplementary information was prepared, if required by the article, in a supplementary file following the recommended format.
14.	Information related to the financing of the study through grants, scholarships or other mechanisms was included.
15.	It was notified in the letter of request for publication if the article has been published or is planned to be published as a preprint (share link to the publication site).
16.	For any study with human participants, proof of approval from a research ethics com-mittee is required. If it is an investigation on secondary sources, include institutional approval or endorsement.
17.	All accompanying documentation was prepared: Letter to the Editorial Board, Written authorization from the persons or institutions recognized in the Acknowledgments section, Written authorization for the reproduction of previously published material, Proof of Approval of the research committee, Institutional endorsement.

[ACERCA DE LA REVISTA](#) ▾ [CONSEJO EDITORIAL](#) ▾ [NÚMEROS](#) [ARTÍCULOS PRÓXIMOS A PUBLICAR](#) [AUTORES](#) ▾ [REVISORES](#) [ANUNCIOS](#)
[CONTÁCTANOS](#)


**Revista
MÉDICA
Hondureña**

**91
AÑOS**
 1930
2023

**REVISTA MÉDICA HONDUREÑA,
 VISION:** Ser una revista que difunda conocimiento científico inédito con alta calidad, prestigio e integridad científica, accesible a nivel nacional e internacional y con amplia representatividad en el campo de la práctica clínica, la salud pública e investigación para la salud.


 Organo oficial de difusión y comunicación científica del Colegio Médico de Honduras

**Revista
MÉDICA
Hondureña**
 FUNDADA EN EL AÑO 1930

1930
2023

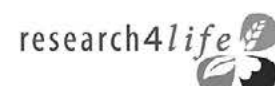


INSTRUCCIONES PARA
 LOS AUTORES

 RECURSOS PARA
 AUTORES

 INSTRUCCIONES PARA
 ENVIAR UN MANUSCRITO

Se recomienda a los autores visitar el sitio web de la Revista Médica Hondureña y explorar los recursos de información, redacción y publicación de artículos científicos:
<https://revistamedicahondurena.hn/>



Correo electrónico:

Sitios web:



revmh@colegiomedico.hn
<https://revistamedicahondurena.hn/>
<http://www.bvs.hn/RMH/html5/>
<https://www.colegiomedico.hn/>

 <https://twitter.com/ColegioMedicoHN>
[#RevMedHondur](https://twitter.com/ColegioMedicoHN)
 <https://www.instagram.com/colegiomedicohn/?hl=es>

Colegio Médico de Honduras Centro Comercial Centro América,
 Local 41C, Tegucigalpa, MDC., Honduras Teléfono (504) 9435-6067