



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

Revista **MEDICA** Hondureña

Vol. 93 (Suplemento No. 2)
2025 pp. S1-162

ISSN 0375-1112
ISSN 1995-7068

Colegio Médico de Honduras
Centro Nacional de Educación Médica Continua

LXVII COMENAC SPS 2025
Práctica, Conocimiento, Innovación
Uniendo Fuerzas en la Medicina

**Centro de Convenciones
Hotel Copantl
del 9 al 12 de Julio**

Inscripciones en:
<https://comenac2025.com>

Versiones electrónicas en: <http://revistamedicahondurena.hn> / <http://www.bvs.hn/RMH/html5/> / <http://www.colegiomedico.hn/>

Indizada en: LILACS-BIREME, CAMJOL, AmeliCA, LATINDEX, REDIB, DOAJ, Research4Life, REDALYC, Dimensions.

DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v93iSupl.2.20667>

La Revista Médica Hondureña (ISSN 0375-1112 versión impresa; ISSN 1995-7068 versión electrónica) es una publicación semestral. Impresión por Publigráficas, Tegucigalpa M.D.C., 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 2024-2026

PRESIDENCIA

Dr. Samuel Francisco Santos Fuentes

VICE-PRESIDENCIA

Dr. Haroldo Arturo López García

SECRETARÍA DE ACTAS Y CORRESPONDENCIA

Dra. Xaviera Alexa Caballero Cáceres

SECRETARÍA DE FINANZAS

Dra. Elena Ninoska Reyes Flores

SECRETARÍA DE COLEGIACIONES

Dr. Isaí Gutiérrez Andino

SECRETARÍA DE ACCIÓN SOCIAL Y LABORAL

Dr. Víctor Gerardo Elías Castejón Cáliz

SECRETARÍA DE ASUNTOS EDUCATIVOS Y CULTURALES (PRESIDENCIA CENEMEC)

Dr. Tirzo Israel Godoy Torres

FISCALÍA

Dra. Ingrid E. Urbina Hollmann

VOCALÍA

Dra. Sayda Lizeth Pejuan Uclés



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. 93 (Suplemento No. 2)
2025 pp. S1-162**

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. La revista es de acceso abierto (open access, OA), lo que significa que el acceso a los artículos es gratuito y no se cobran tarifas por el procesamiento de los manuscritos. Fomenta y apoya la investigación científica y la educación médica continua, especialmente del gremio médico nacional. Su publicación es semestral, se apegue 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, REDALYC, 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

Edna Maradiaga, Médica Salubrista

EDITOR ADMINISTRATIVO

Tirzo Israel Godoy, Médico Internista

SECRETARIA

Rosa María Duarte, Médica Salubrista

EDITOR GENERAL

Erika Velásquez Villars, Licenciada en Periodismo

COMITÉ EDITORIAL

Briana Beltran, Médica Epidemióloga	Ana Ligia Chinchilla, Gineco-Obstetra
Eleonora Espinoza, Médica Salubrista	Nora Rodríguez Corea, Pediatra, Epidemióloga
Heriberto Rodríguez Gudiel, Gineco-Obstetra	José E. Sierra, Fisiatra

ASISTENTE EDITORIAL

Brenda Ávila Carranza, Perito Mercantil

EDITORES ASOCIADOS

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

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

Edna Maradiaga, Médica Salubrista

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

Departamento de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH;
Tegucigalpa, Honduras.
edjamar3006@yahoo.com

Tirzo Godoy, Médico Internista

 <https://orcid.org/0009-0008-6093-5875>

Secretaría de Asuntos Educativos y Culturales, Colegio Médico de Honduras; Tegucigalpa, Honduras. t82i29g1082@gmail.com

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>

Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.
eleo22@hotmail.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 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

Brenda Ávila Carranza, Perito Mercantil
 <https://orcid.org/0009-0006-3944-5340>
Centro Nacional de Educación Médica Continua, Colegio Médico de Honduras; Profesional independiente; 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.
fcobecerra@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

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

Eduardo Núñez, Cirujano Laparoscópico
 <https://orcid.org/0000-0003-1254-6724>
Departamento de Cirugía, Hospital Centro Médico Hondureño
emastersal@gmail.com

LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL

Dr. Feizal Joaquín Selmán-Housein López

**PRÁCTICA, CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN:
UNIENDO FUERZAS EN LA MEDICINA**

PROGRAMA CIENTÍFICO Y RESÚMENES

San Pedro Sula, Cortés

Del 9 al 12 de julio del 2025

CONTENIDO

ORGANIZACIÓN DEL CONGRESO

Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras 2024-2026	7
Comité Organizador del LXVII Congreso Médico Nacional.....	8
Comité Científico del LXVII Congreso Médico Nacional	9
Comités: Sociocultural, Logística y Publicidad.....	10

BIENVENIDA E INAUGURACIÓN

Mensaje del secretario de Asuntos Educativos y Culturales del Colegio Médico de Honduras.....	11
Mensaje de bienvenida del Presidente del Comité Organizador.....	12
Mensaje de bienvenida del Coordinador del Comité Científico.....	13
Palabras de inauguración del Presidente del Colegio Médico de Honduras	14
Reseña biográfica del Dr. Feizal Selman	15

PROGRAMA CIENTÍFICO

Curso Precongreso: Bioética médica	16
Curso Precongreso: ¿Cómo escribir y publicar con éxito en revistas científicas de salud?	17
Curso precongreso: Interpretación de EKG, mapa y ecocardiograma.....	18
Curso Precongreso: Taller interactivo de radiología.....	19
Curso Precongreso: Valoración integral del pie	20
Curso Precongreso: Valoración y manejo integral de insuficiencia Venosa y Ulceras.....	21
Curso Precongreso: Inteligencia artificial para el profesional de la salud: un cambio de paradigma	22
Curso Precongreso: Urgencias en neurología	23

CEREMONIA INAUGURAL

Programa de ceremonia inaugural y cóctel de bienvenida.....	24
Programa de actividades socioculturales y programa de ceremonia de clausura	25

Programa Científico del LXVII Congreso Médico Nacional	28
--	----

RESÚMENES

Resúmenes de Conferencias Magistrales.....	45
Resúmenes de Trabajos Libres (TL)	75

ÍNDICE DE AUTOR Y CÓDIGO.....	134
-------------------------------	-----

INFORMACIÓN SOBRE EL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2026	139
---	-----

PATROCINADORES	140
----------------------	-----

Instrucciones para la preparación de resúmenes (Conferencias y Trabajos Libres) del Congreso Médico Nacional 2026 para ser incluidos en el Suplemento de la Revista Médica Hondureña	142
--	-----

INSTRUCCIONES PARA AUTORES 2025	147
INSTRUCTIONS FOR AUTHORS 2025.....	155

LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
JUNTA DIRECTIVA, PERÍODO 2024-2026



De izquierda a derecha:

1. Ingrid Urbina Hollmann
2. Víctor Gerardo Castejón
3. Tirzo Israel Godoy Torres
4. Sayda Lizeth Pejuán Uclés
5. Samuel Francisco Santos
6. Elena Ninoska Reyes Flores
7. Haroldo Arturo López García
8. Xaviera Alexa Caballero
9. Isaí Gutiérrez Andino

Fiscalía
Secretaría de Acción Social y Laboral
Secretaría de Asuntos Educativos y Culturales
Vocalía
Presidencia
Secretaría de Finanzas
Vicepresidencia
Secretaría de Actas y Correspondencia
Secretaría de Colegiaciones

LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

COMITÉ ORGANIZADOR



DE IZQUIERDA A DERECHA:

De pie:

Dr. Rolando Navas González
Dr. Jorge Eduardo Ortega
Dra. María Lizzeth Hernández (Secretaria)
Dr. Feizal Selman
Dra. Paola Angelina Ochoa
Dr. Wilmer Alejandro Madrid (Presidente)
Dr. Davis Liberato Mendoza

Sentadas:

Dra. Silvia Pamela Wills
Dra. Lourdes Carolina Estrada
Dra. Jaqueline Aracely Santiago
Dra. Hilda Aracely Hernández
Dra. Ana Josefa Ramos (Tesorera)
Dra. Eloísa Gómez Navarro
Dra. Ingrid Dessiré Morales

LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

COMITÉ CIENTÍFICO



DE IZQUIERDA A DERECHA:

Dra. Jaqueline Aracely Santiago (Subcoordinadora)
Dr. Jorge Eduardo Ortega (Coordinador)
Dra Paola Angelina Ochoa (Subcoordinadora)
Dr. Wilmer Alejandro Madrid (Presidente del Comité Organizador)
Dra. Hilda Aracely Hernández (Delegada presidente, CMH, SPS)

Ausentes:

Dr. José Iván Rivera Portillo (Subcoordinador)
Dr. Oscar Armando Ponce (Jefe de Bloque)
Dr. Juan Carlos Ordoñez Barahona (Jefe de Bloque)
Dr. Arnold René Thompson Cerna (Jefe de Bloque)
Dr. Gustavo Hernández Vivas (Jefe de Bloque)
Dra. Pastora Xiomara Hernández
Dra. Elisa Gabriela Guerra Menjívar
Dr. Oscar Efraín Aguilar García
Dr. German Humberto Martínez Murcia

LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL

SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

COMITÉ SOCIOCULTURAL

Dra. Silvia Pamela Wills Córdova (coordinadora)
Dra. María Lizzeth Hernández Arias (subcoordinadora)
Dr. Derek José Romero Martínez
Dra. Diana Sarahí Muñoz Castro
Dra. Essy lucia Umanzor Zelaya
Dr. David Liberato Mendoza Rivera
Dr. Eliezer Daniel Acosta Romero
Dra. Andrea Paola Rodríguez Rodríguez
Dra. Kenia Ivette Barahona Alvarado

COMITÉ DE LOGÍSTICA

Dr. Rolando Navas González (Coordinador)
Dra. Lourdes Carolina Estrada Galeano (subcoordinadora)
Dr. Héctor Servando Portillo Figueroa
Dra. Nancy Andrade Lee
Dra. Belinda Alberti
Dr. Ismael Segura
Dra. Merlín Ivette Contreras Madrid
Dra. Florinda Izaguirre Galeas
Dra. Tonia Armida Corrales Tovar
Dr. Emilio Javier Pineda Gómez
Dr. Camilo Ernesto Palma Hidalgo
Dra. Adys Gabriela Sagastume Erazo
Dr. José Daniel Almazán Monroy

COMITÉ DE PUBLICIDAD

Dra. Ingrid Dessiré Morales Mejía (Coordinadora)
Dra. Graciela Marzuca
Dra. Lesbia Lizeth Villatoro Menjívar
Dr. Ricardo Antonio Quiroz

LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

**MENSAJE DEL SECRETARIO DE ASUNTOS EDUCATIVOS Y CULTURALES
DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS**



El Centro Nacional de Educación Médica Continua se honra en darles la más cordial bienvenida al LXVII Congreso Médico Nacional. Este año, bajo el lema ***“Práctica, conocimiento e innovación: uniendo fuerzas en la medicina”***, el congreso se lleva a cabo en la “capital industrial” de Honduras, San Pedro Sula, en homenaje al destacado **Dr. Feizal Joaquín Selman-Housein López**.

El Congreso Médico Nacional (COMENAC) es el evento científico más importante y de referencia nacional en educación médica continua, organizado por el Colegio Médico de Honduras, que ofrece un espacio de aprendizaje, intercambio y colaboración entre profesionales de la salud, lo que permite fortalecer la práctica médica, sirviendo también como plataforma para la divulgación de artículos de revisión y estudios de interés médico.

Este evento cuenta con un programa científico enriquecido por cursos precongreso, conferencias magistrales, trabajos libres y debates con destacados profesionales del ámbito nacional e internacional. También, cuenta con un programa social y cultural que nos permite fortalecer nuestro sentido de pertenencia y colaboración entre los asistentes.

Agradezco al Comité Organizador el valioso aporte del Comité Editorial de la Revista Médica Hondureña y a los comités asociados que enaltecen este evento.

Mi mayor respeto y gratitud a cada ponente, reconociendo el esfuerzo y la dedicación en la preparación de los temas presentados. Su valiosa contribución es fundamental en el éxito de este Congreso.

Nuestro compromiso es impulsar la excelencia en educación médica continua, ofreciendo formación de calidad integrada con evidencia científica e innovación tecnológica que permita afrontar los retos de la medicina actual.

Dr. Tirzo Godoy
Secretario de asuntos educativos y culturales
Colegio Médico de Honduras

LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

MENSAJE DE BIENVENIDA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR



Bienvenidos a San Pedro Sula, sede de nuestro COMENAC 2025.

Desde 2019 no se había realizado el evento científico más importante de Honduras en San Pedro Sula, ¡y hoy lo hemos logrado de nuevo!

Agradezco a nuestro equipo del comité organizador, que ha trabajado durante más de un año en la planificación de este gran congreso. Con más de **120 expositores nacionales e internacionales**, hemos **roto el récord de trabajos libres** (más de 150) en un congreso médico nacional. Además, ofrecemos **8 talleres prácticos** de gran interés para el gremio médico, actividades sociales cuidadosamente planificadas y una difusión profesional, haciendo de este **el mejor COMENAC** hasta ahora.

Bajo el lema **“Práctica, conocimiento e innovación”**, nos hemos esforzado por ofrecer los mejores talleres y ponencias, útiles para el ejercicio diario. Nuestro objetivo es compartir conocimiento actualizado que nos permita innovar en nuestra práctica clínica. **Queremos reconocer** al homenajeado **Dr. Feizal Selman**, un **maestro de maestros**. Su dedicación en la formación de médicos, tanto en hospitales públicos como privados, lo ha convertido en un ejemplo a seguir. Incansable en su trabajo como cirujano, trabajando hasta altas horas de la noche/madrugada y atento a emergencias en cualquier momento, nunca perdiendo su **calidez humana y empatía** hacia sus pacientes. Su trayectoria es admirada por todos, y hoy celebramos su merecido reconocimiento. ¡Felicidades Dr. Selman! Ojalá algún día podamos seguir sus pasos profesionales, éticos y morales.

Finalmente, damos las gracias a todos los asistentes de este magno evento científico. Esperamos que disfruten de las ponencias, talleres y actividades preparadas para ustedes.

¡Bienvenidos a San Pedro Sula y que comience el COMENAC 2025!

Dr. Wilmer Alejandro Madrid Mejía
Presidente
Congreso Médico Nacional 2025

LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

MENSAJE DE BIENVENIDA DEL COORDINADOR DEL COMITÉ CIENTÍFICO



Estimados Colegas:

Es un honor, y un verdadero privilegio, recibir a todo el gremio médico hondureño en esta fiesta académica que aglutina a los investigadores nacionales y a los profesionales médicos de mayor experiencia, para compartir su conocimiento y estimular a las nuevas generaciones a superar los escalones científicos alcanzados hasta el día de hoy. Para todo el Comité Científico, que ha trabajado ardua y devotamente para asegurar la presentación de un programa atractivo, moderno, y gratificante, compartir con todos los colegas médicos será el cenit de nuestro propósito.

Hemos preparado un programa atractivo y dinámico, con la participación de médicos expertos a cargo de las conferencias magistrales, y con ciento cincuenta trabajos libres que abordan patologías frecuentes con sintomatología poco habitual, y de enfermedades de presentación inusual con los que nuestros colegas se han enfrentado, y que, estamos seguros, enriquecen nuestra competencia profesional.

¡Sean todos BIENVENIDOS!

Dr. Jorge Eduardo Ortega
Coordinador del Comité Científico
LXVII Congreso Médico Nacional

LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

**PALABRAS DE INAUGURACIÓN DEL PRESIDENTE
DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS**



Estimadas y Estimados Colegas:

Es un grato honor darles la más cordial bienvenida al más alto encuentro científico el **LXVII Congreso Médico Nacional “Práctica, Conocimiento e Innovación: Uniendo Fuerzas en la Medicina”**, en donde será homenajeado el **Dr. Feizal Joaquín Selman-Housein López**, por su amplia trayectoria profesional.

El propósito fundamental del Congreso es reflexionar, debatir y proponer soluciones en nuestro país y América Latina, en los tiempos de la inteligencia artificial y otras innovaciones. Sin lugar a dudas vivimos tiempos de grandes desafíos, lo que a su vez nos abren enormes oportunidades sin precedentes en la historia de la medicina.

Nuestra región enfrenta monumentales dificultades, entre ellos el acceso desigual a los servicios de salud, la escasez de recursos médicos en las comunidades más postergadas y vulnerables, la necesidad de fortalecer la educación y formación profesional y el avance de nuevas enfermedades y pandemias; sin embargo, la innovación, el compromiso y la colaboración son nuestras mejores herramientas para hacer frente a estas adversidades.

Este Congreso no es solo un espacio de análisis y actualización científica, sino también una plataforma para fortalecer nuestra unión como gremio médico. Aquí compartiremos conocimientos, discutiremos estrategias y construiremos redes de trabajo que nos permitan impulsar el bienestar de nuestros pacientes.

Es nuestra misión no solo curar enfermedades, sino también promover la salud y la prevención, avanzando hacia un modelo más equitativo y accesible para todos. La tecnología, la telemedicina la inteligencia artificial, la investigación biomédica y las políticas públicas inclusivas, son pilares en esta transformación.

Los invito a aprovechar cada conferencia, cada debate y cada intercambio con el entusiasmo y la responsabilidad que nos caracteriza que este congreso Médico Nacional sea un punto de partida para nuevas ideas, proyectos y un futuro más saludable para nuestro país.

Bienvenidos a este espacio de aprendizaje, reflexión y acción. Que juntos sigamos construyendo una medicina más fuerte, ética y comprometida con nuestro pueblo.

¡Muchos éxitos a todos y bienvenidos!

Dr. Samuel Francisco Santos Fuentes
Presidente del Colegio Médico de Honduras

RESEÑA BIOGRÁFICA DEL
DR. FEIZAL JOAQUIN SELMAN-HOUSEIN LÓPEZ



El Dr. Feizal Joaquin Selman-Housein López nació el 24 de agosto de 1964 en la ciudad de San Pedro Sula, Cortés, siendo sus padres la licenciada Silvia López Pérez y el arquitecto Orestes Selman-Housein Abdo. Tuvo dos hermanos, el Sr. Cesar Selman-Housein López y la licenciada María del Rosario Selman-Housein López.

Realizó sus estudios primarios y secundarios en el Instituto Departamental "La Salle" en la ciudad de San Pedro Sula, graduándose de Bachiller en Ciencias y Letras en 1981. En 1982 entra a la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y en 1991 obtiene el título de Doctor de Medicina y Cirugía. Entra a la especialidad de Cirugía General de la UNAH, obteniendo el título de Especialista en Cirugía General en 1996.

Durante su residencia fue jefe de residentes en el año 1995. Cirujano interino del Hospital San Felipe en el Departamento de Oncología durante el primer semestre de 1996, y cirujano del Servicio de Urgencias Quirúrgicas del Hospital Escuela en el segundo semestre de 1996.

En 1997 se traslada a San Pedro Sula, trabajando en el Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas", donde ha ocupado varios cargos: Jefe del Servicio de Emergencia Quirúrgica, jefe de Salas de Cirugía de Hombres y sala de Mujeres, y Jefe del Departamento de Cirugía. Aún labora en el hospital en la jornada de guardias.

Durante su permanencia en el Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas" se inicia el programa de Cirugía de Mínima Invasión Laparoscópica en el 1997, junto al Dr. Héctor Sánchez (QEPD).

Vicepresidente del Colegio Médico de Honduras y presidente por sustitución en el 2009.

En la actualidad es cirujano de base del Hospital CEMESA y del Hospital Bendaña. Cirujano invitado de la Clínica Murillo, Policlínica Hondureña, Quirúrgica Integral y cirujano visitante del Hospital del Valle.

Fundador y miembro activo de la Asociación Quirúrgica de Mínimo Acceso, y miembro activo del Colegio Médico de Honduras. En su vida familiar, está casado con la Dra. Ena Isabel Miller Molina, con quien ha procreado tres hijos: Feizal José, David y Ena María Selman-Housein Miller.

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL

SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

CURSO PRECONGRESO BIOÉTICA MÉDICA

MIÉRCOLES 9 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN COPÁN I

HORA	TEMA	EXPOSITOR
7:30 am	Inscripciones	Equipo de CENEMEC
8:00 am	Apertura del Evento	Dr. Tirzo Godoy
8:05 am	Palabras Inaugurales	Dr. Samuel Santos
8:10 am	Relación Medico Paciente	Dr. Gaspar Rodríguez
8:40 am	Colegaje Médico	Dr. Mario Aguilar
9:10 am	Derecho humano a la Salud	Dra. Carolina Fortín
9:40 am	Aspectos medico legales de los Seguros Médicos	Dr. Mario García
10:10 am	PREGUNTAS, RESPUESTAS	
10:15 am	REFRIGERIO	
10:20 am	Aspectos Ética en la Inteligencia Artificial	Dra. Jimena García
10:50 am	Ética en la investigación y One Health	Dr. Guimel Peralta
11:20 am	Ética en Redes Sociales	Dra. Polet Portillo
11:50 am	Mercantilismo en la atención en salud	Dr. Ángel Cruz
12:20 pm	Testamento final	Dra. Carolina Fortín
12:50 pm	Conflictos éticos del Servidor público en Salud	Dr. Mario García
1:20 pm	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	
1:20 pm	CIERRE	

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

CURSO PRECONGRESO
¿CÓMO ESCRIBIR Y PUBLICAR CON ÉXITO EN
REVISTAS CIENTÍFICAS DE SALUD?

MIÉRCOLES 9 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN COPÁN I

Moderador: Dr. José Sierra

HORA	TEMA	EXPOSITOR
12:30 m	Inscripción	Equipo de CENEMEC
1:00 pm	Bienvenida	Dr. Tirzo Godoy
1:05 pm	Presentación de objetivos y participantes	Dra. Edna Maradiaga
1:10 pm	Introducción a la escritura científica: Principios y ética. Identificación de estudios éticos y no éticos en el ámbito de la salud. Ejercicio práctico: Identificación de estudios éticos y no éticos en el ámbito de la salud.	Dra. Eleonora Espinoza y Dra. Ana Chinchilla
1:40 pm	Redacción clara y efectiva: Estrategias para mejorar la coherencia y precisión en la escritura científica. Ejercicio práctico: Análisis de artículos publicados y ejercicios de redacción.	Dra. Rosa Duarte y Dr. José Sierra
2:10 pm	Estructura del artículo científico: Introducción, Métodos, Resultados y Discusión (IMRyD). Ejercicio Práctico: Se usa ejemplos de artículos publicados en revistas médicas destacando las características de los títulos y resúmenes efectivos en estos campos.	Dra. Ana Chinchilla y Dra. Eleonora Espinoza
2:40 pm	RECESO	
3:00 pm	Métodos: Cómo presentar datos de manera efectiva. Ejercicio práctico: Discute métodos de investigación comúnmente utilizados en la salud, como estudios observacionales y revisiones sistemáticas	Dra. Edna Maradiaga y Dra. Rosa Duarte
3:30 pm	Presentación de resultados: Cuadros, gráficos y figuras. Proporciona ejemplos de cómo presentar resultados de manera clara y concisa.	Dra. José Sierra y Dra. Edna Maradiaga
4:00 pm	Discusión y conclusiones: Cómo interpretar y contextualizar los datos. Ejercicio práctico: Enseña cómo interpretar los resultados de investigaciones médicas y de salud. Usa ejemplos de cómo contextualizar los datos en relación con estudios previos y la práctica clínica	Dra. Ana Chinchilla y Dra. Rosa Duarte
4:30 pm	Estrategias de búsqueda de información en bases de datos científicas, gestores bibliográficos.	MSc. Ovidio Padilla/ BIMENA
5:30 pm	Recursos de información y herramientas útiles de la RMH para los investigadores (Red Equator, Cope, modelos de artículos, instrucciones para autor)	Dra. Edna Maradiaga
5:50 pm	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	
6:00 pm	EVALUACIÓN	
6:05 pm	CIERRE	

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025**

**CURSO PRECONGRESO
INTERPRETACIÓN DE EKG, MAPA Y ECOCARDIOGRAMA**

**MIÉRCOLES 9 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN TRUJILLO**

Moderador: Dr. César Somoza

HORA	TEMA	EXPOSITORES
7:00 am	Generalidades del electrocardiograma (principios básicos, eje eléctrico, intervalos y ondas).	Dr. Allan Murillo
7:30 am	Identificación de arritmias comunes (Fibrilación auricular, taquicardia supraventricular, taquicardia ventricular, extrasístoles).	Dr. Allan Murillo
8:00 am	Bloqueos de Rama (Bloqueo de rama derecha, Bloqueo de rama izquierda, Hemibloqueos).	Dr. Allan Murillo
8:30 am	Isquemia y síndrome coronario agudo en el ECG.	Dr. César Somoza
9:00 am	Práctica: Interpretación de electrocardiogramas en casos clínicos. Identificación de patrones de arritmias, bloqueos y signos de isquemia.	Dr. César Somoza
9:30 am	¿Cómo interpretar un Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA)?	Dr. César Somoza
10:30 am	Práctica: Evaluación de Ecocardiograma.	Dr. César Somoza
11:00 am	¿Qué esperar de un reporte de Ecocardiograma? (Parámetros clave, alteraciones estructurales y funcionales).	Dr. César Somoza
11:30 am	Práctica: Lectura y discusión de reportes de ecocardiograma con correlación clínica en casos reales.	Dr. César Somoza
12:00 m	CIERRE	

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

CURSO PRECONGRESO
TALLER INTERACTIVO DE RADIOLOGÍA

MIÉRCOLES 9 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN TRUJILLO

Moderador: Dr. Ricardo Palao

HORA	TEMA	EXPOSITORES
1:00 pm	Colonoscopia	Dr. Carlos Paz
1:30 pm	Estadificación del cáncer de próstata por resonancia magnética	Dr. Fernando Paz
2:00 pm	La importancia del Doppler en obstetricia	Dr. Ricardo Palao
2:30 pm	Colangiografía	Dr. Carlos Paz
3:00 pm	Utilidad de la ecografía dermatológica	Dra. Ruth Estévez
3:30 pm	Elastografía hepática	Dra. Ana Castro
4:00 pm	Utilidad de la ecografía dermatológica	Dra. Ruth Estévez
4:30 pm	Imágenes Fetales en Radiología	Dr. Ricardo Palao
5:00 pm	Estudio del déficit cognitivo por estudios de imagen	Dr. Fernando Paz
5:30 pm	Doppler renal: indicaciones y su importancia	Dra. Ana Castro
6:00 pm	CIERRE	

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

CURSO PRECONGRESO
VALORACIÓN INTEGRAL DEL PIE

MIÉRCOLES 9 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN LOS ENCUENTROS

Moderadora: Dra. Ingrid Morales

HORA	TEMA	EXPOSITORES
7:00 am	Exploración vascular -ITB, IDB,PAT -TcPO2 (Presión de oxígeno transcutánea), SPP (Presión de perfusión cutánea)	Dr. Ledezma / Sr. Arturo González
8:30 am	Exploración biomecánica -Exploración de la marcha -Barómetro	Dr. Ledezma
9:30 am	Técnicas efectivas de descargas	Dra. Karen Ortiz / Dr. Ledezma
10:30 am	Prevención y tratamiento de úlceras por presión	Dra. Yesica Varela/ Dr. Ledezma
11:00 am	Valoración de pacientes	Todos
12:00 m	CIERRE	

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL

SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

CURSO PRECONGRESO VALORACIÓN Y MANEJO INTEGRAL DE INSUFICIENCIA VENOSA Y ÚLCERAS

MIÉRCOLES 9 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN TRUJILLO

Moderadora: Dra. Ingrid Morales

HORA	TEMA	EXPOSITOR
1:00 pm	Enfermedad venosa - Anatomía y fisiopatología - Causas de hipertensión venosa - Clasificación CEAP - Anamnesis, historia clínica y evaluación clínica	Dr. Arturo González
1:30 pm	Enfermedad arterial - Importancia de ITB e IDB - Pletismógrafo y su interpretación - Termografía herramienta innovadora - PAT (Tiempo de aceleración plantar)	Dra. Graciela Marzuca/ Dr. Arturo González
2:30 pm	Mapeo venoso - Evaluación de paciente con patología venosa - Indicación de mapeo venoso - Consenso internacional de mapeo venoso - Interpretación de mapeo venoso	Dr. Arturo González
3:30 pm	Úlceras y manejo de heridas - ¿Qué es una úlcera y manejo de heridas? - Indicaciones y contraindicaciones de apósitos - ¿Cómo elegir el apósito correcto?	Dr. Alberto Nolasco/ Dr. Arturo González
5:00 pm	Compresión terapéutica - Comprendiendo la compresión - Indicaciones y contraindicación	Dra. Ingrid Morales/ Dr. Arturo González
5:30 pm	Evaluación general de pacientes y determinantes para referir a cirugía vascular Dra. Ingrid Morales/ Dr. González	
6:00 pm	CIERRE	

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

CURSO PRECONGRESO
INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA EL PROFESIONAL DE LA SALUD:
UN CAMBIO DE PARADIGMA

MIÉRCOLES 9 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN PULHAPANZAK

Moderador: Dr. Jorge Ortega

HORA	TEMA	EXPOSITOR
7:00 am	Fundamentos esenciales de IA en salud	Fernando Bonilla Sinibaldi
9:00 am	Aplicaciones prácticas en la práctica clínica	Fernando Bonilla Sinibaldi
11:00 am	Implementación avanzada y ética de la IA en medicina	Fernando Bonilla Sinibaldi
12:00 m	CIERRE	

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

CURSO PRECONGRESO
URGENCIAS EN NEUROLOGÍA

MIÉRCOLES 9 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN PULHAPANZAK

Moderador: Dr. Javier Lagos

HORA	TEMA	EXPOSITOR
PRIMER BLOQUE: NEUROLOGÍA EN ADULTOS		
1:00 pm	Ictus Isquémico y Hemorrágico – enfoque integrado. • Signos de alarma y escalas clínicas (NIHSS, ASPECTS) • Diagnóstico inicial con neuroimagen • Algoritmo de trombólisis y manejo de hipertensión en hemorragias. Práctica clínica integrada (15 minutos): • Interpretación rápida de imágenes • Aplicación de NIHSS en escenarios breves.	Dr. Allan Álvarez / Dr. Javier Lagos
2:00 pm	Alteración del Estado de Alerta • Abordaje clínico sistemático • Escalas Glasgow y FOUR • Diagnóstico diferencial rápido • Práctica (10 minutos): • Aplicación de escalas en mini casos.	Dr. Hugo Fajardo
3:00 pm	Cefaleas en Urgencias • Diferenciar cefaleas primarias vs secundarias • Signos de alarma y enfoque terapéutico agudo. Práctica (10 minutos) • Reconocimiento de banderas rojas y algoritmos. Dr. Maynor Arias	
SEGUNDO BLOQUE: NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA		
4:00 pm	Tomando la historia clínica en epilepsia	Dr. Carlos García
	Crisis epilépticas y epilepsias	Dr. Gelder Zaldívar
	EEG	Dr. Carlos Ponce
	Neuroimagen	Dra. Carol Zúniga
	Casos clínicos Neuropediatras	Todos
6:00 pm	CIERRE	

**LXVII CONGRESO MEDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025**

CEREMONIA INAUGURAL Y CÓCTEL DE BIENVENIDA

PROGRAMA

Miércoles 09 de julio 2025

Maestro de Ceremonia: Dr. Luis Irías
Lugar: Hotel Copantl, salón Napoleón VI
Vestimenta: **Hombres:** Traje formal
Mujeres: Vestido
Hora: 07:00 pm

Invitados: Sólo expositores de conferencias magistrales

Conformación de la Mesa Principal

Dr. Samuel Santos, Presidente del Colegio Médico de Honduras
Dra. Hilda Hernández, Delegada del CMH en San Pedro Sula
Dr. Tirzo Godoy, Secretario de Asuntos Educativos y Culturales del CMH
Dr. Wilmer Madrid, Presidente del COMENAC 2025
Dr. Jorge Ortega, Coordinador del Comité Científico COMENAC 2025
Dr. Feizal Selman, Médico homenajeado
Representante de la Secretaría de Salud
Representante de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Sr. Roberto Contreras, Alcalde municipal
Representante del IHT

Actos Protocolarios

1. Palabras de bienvenida de parte del maestro de ceremonia
2. Invocación a Dios
3. Himno Nacional
4. Presentación de la mesa principal
5. Palabras de bienvenida por el Dr. Wilmer Madrid
6. Presentación biográfica del médico homenajeado
7. Palabras del Dr. Feizal Selman
8. Palabras del Dr. Tirzo Godoy
9. Palabras del Sr. Roberto Contreras
10. Palabras del representante del IHT
11. Palabras de inauguración del Dr. Samuel Santos
12. Corte de cinta de la expo-médica e invitación al cóctel

LXVII CONGRESO MEDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

PROGRAMA NOCHE DE BLANCO
JUEVES 10 DE JULIO 2025

Horario: 06:00-11:00 pm
Lugar: Hotel Copantl, alrededores de la piscina
Vestimenta: Blanco

PROGRAMA FIESTA DE GALA
VIERNES 11 DE JULIO 2025

Horario: 08:00 pm a 01:00 am
Lugar: Hotel Copantl, salones Napoleones III, IV, V
Vestimenta: Formal

EXPOSICIÓN DE PINTURAS
VIERNES 11 DE JULIO

Participantes: Médicos pintores
Tema: Abierto
Material de pintura: Abierto

CEREMONIA DE CLAUSURA

PROGRAMA

Lugar: Salón 5

1. Premiación de trabajos libres
2. Juramentación del Comité Organizador COMENAC 2026 (Tela)
3. Palabras de clausura del Dr. Tirzo Godoy, Secretario de Asuntos Educativos y Culturales del Colegio Médico de Honduras

LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

CONCURSO DE FOTOGRAFÍA
INSTRUCCIONES DE PRESENTACIÓN

OBJETIVOS

El concurso de fotografía está siendo promovido por el Comité Organizador del COMENAC 2025 y la Revista Médica Hondureña para:

1. Destacar las habilidades fotográficas de los médicos de Honduras.
2. Apreciar la belleza y grandiosidad de los paisajes que posee Honduras.
3. Impulsar el turismo interno.

PARTICIPANTES

Podrá participar cualquier médico, nacional o extranjero, residente en Honduras, que respete las bases de este concurso.

TEMA

El concurso versará sobre imágenes de paisajes hondureños, y debe ir acompañado de un título, una breve narrativa o descripción del paisaje, nombre del médico, mes y año en que fue tomada la fotografía.

CATEGORIA

1. Es categoría única.
2. Premios a las tres mejores fotografías.
3. Las fotografías no podrán ser alteradas electrónicamente ni por cualquier otro medio.
4. Las fotografías deberán presentarse en formato digital e impreso. El formato impreso deberá medir 20 x 30 centímetros, y la imagen digital en formato JPG, ambas deben tener muy buena resolución.
5. Las fotografías deben ser a color.

INSCRIPCIONES

Los participantes deben confirmar su participación del 20 al 30 de junio del 2025 enviando la fotografía al correo comitecientifico.comenac25@gmail.com con el asunto: CONCURSO DE FOTOGRAFÍA en cualquier horario, hasta el 30 de junio a las 11:59 pm. Se permite un máximo de tres (3) fotografías por participante.

Los concursantes deberán enviar sus fotografías con los respectivos datos: nombre completo; fecha de toma de la fotografía: mes y año; nombre de la fotografía, y una breve descripción del lugar.

El participante cederá los derechos de autor de la fotografía a la Revista Médica Hondureña para ser utilizada a discreción en cualquiera de sus números.

EVALUACIÓN DEL JURADO

Habrán tres jurados que calificarán las fotografías de forma independiente, y de acuerdo con los siguientes criterios (20 puntos):

1. *Dificultad técnica* (3 puntos): procedimiento en la creación de la imagen, ya sea por preparación de los parámetros adecuados al motivo, escenificación de las imágenes.
2. *Mensaje* (3 puntos): cuando la técnica fotográfica aporta o potencializa la expresividad de lo que se quiere expresar con la imagen y la narrativa.
3. *Creatividad* (3 puntos): Aplicación de la imaginación en la imagen. Concepto, narrativa, figuras retóricas, poéticas de la imagen, iluminación, o el conjunto de estos elementos.
4. *Originalidad* (5 puntos): qué tan singular es la imagen.
5. *Belleza y estética final* (6 puntos): Se valora la belleza de la imagen por sí sola, sin palabras, lo que el espectador siente y comprende con solo verla.

PREMIOS

- | | |
|-------------------|--|
| 1. Primer Lugar: | Certificado por obtener el primer lugar.
L 3,000.00 |
| 2. Segundo lugar: | Certificado por obtener el segundo lugar.
L2,000.00 |
| 3. Tercer lugar: | Certificado por obtener el tercer lugar.
L1,000.00 |

Las fotos ganadoras, y las de todos los participantes podrán ser utilizadas para salir en la portada de los diferentes números de la Revista Médica Hondureña.

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

C (Conferencias) TL (Trabajos Libres)

JUEVES 10 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN NAPOLEÓN 4

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00		INSCRIPCIÓN	Equipo de CENEMEC
08:00	1C	Resistencia antimicrobiana: la nueva pandemia	Dr. Karin Villalobos Infectóloga
08:30	2C	Vacunación en el adulto	Dr. Emilio Barrueto Infectólogo
09:00	3C	Utilidad de la plasmaféresis: práctica en Honduras	Dr. Raúl Galeano Hemato-oncólogo
09:30		RECESO	
10:00	1TL	Percepción del personal de las enfermedades crónicas	Dra. Laura Ham
10:12	2TL	Ictus isquémico y tormenta tiroidea	Dr. Jorge Beltrán
10:24	3TL	Micobacteriosis atípica	Dr. Kevin Laínez
10:36	4TL	Varicela zóster diseminada	Dr. Carlos Melgar
10:48	5TL	Neumonía atípica por <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Dra. Mayra Torres
11:00	4C	Avance en el tratamiento de la migraña	Dr. Fawad Khan Neurólogo
11:30	5C	Diagnóstico y manejo de la epilepsia resistente a fármacos	Dr. Isaac Molinero Neurólogo
12:00		ALMUERZO	
13:00	6TL	Endocarditis por hongos	Dra. Kathleen Nolasco
13:12	7TL	Pancreatitis por tuberculosis	Dra. Génesis Chávez
13:24	8TL	Sueroterapia intravenosa en adultos sanos	Dr. Eduardo Perdomo
13:36	9TL	Cuando el zóster sorprende: encefalitis	Dra. Sara Sahuri
13:48	10TL	Síndrome de Cushing e hipertensión arterial	Dr. Kevin Laínez
14:00	6C	Laboratorios en reumatología	Dra. Yeny Maldonado Reumatóloga
14:30	7C	Fiebre reumática, más allá del ASO	Dr. Pedro Martínez Reumatólogo
15:00		RECESO	
15:30	8C	Perlas diagnósticas en la artritis reumatoidea	Dra. Emy Gutiérrez Reumatóloga
16:00	9C	Lupus eritematoso sistémico	Dra. Sihan Mendoza Reumatóloga
16:30	10C	Medios de contraste en enfermedad renal	Dr. Roberto López Nefrólogo
17:00	11C	Cognición y menopausia	Dra. Sofía Dubón Neuróloga
17:30	12C	Enfermedad metabólica ósea/enfermedad renal crónica	Dra. Marlen Cruz Internista
18:00		PREGUNTAS Y RESPUESTAS	

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

C (Conferencias) TL (Trabajos Libres)

JUEVES 10 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN NAPOLEÓN 5

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00		INSCRIPCIÓN	Equipo de CENEMEC
08:00	13C	Neonato con distrés respiratorio	Dr. Moisés Melgar Neonatólogo
08:30	14C	Reanimación neonatal hoy en día	Dra. Mélida Galeas Neonatóloga
09:00	15C	ITU, claves para el diagnóstico y manejo exitoso	Dr. Jorge Díaz Nefrólogo Pediatra
09:30		RECESO	
10:00	11TL	Muerte infantil por áscaris, hallazgo de autopsia	Dr. Marlon Lizama
10:12	12TL	Diagnósticos pediátricos de VIH	Dra. Karen Erazo
10:24	13TL	El niño perinatalmente expuesto al VIH	Dra. Karen Erazo
10:36	14TL	Enfermedad pulmonar intersticial difusa	Dr. José Almazán
10:48	15TL	Fibrinolíticos intrapleurales en empiema	Dra. Raysa Contreras
11:00	16C	Niño con hematuria	Dr. Rubén Galeas Nefrólogo Pediatra
11:30	17C	Niño con talla baja	Dra. Ivania Hernández Endocrinóloga Pediatra
12:00		ALMUERZO	
13:00	16TL	Apendagitis epiploica	Dra. Linda Flores
13:12	17TL	Miopatía nemalínica	Dra. Linda Flores
13:24	18TL	Eventración diafragmática por punción subclavia	Dra. Raysa Contreras
13:36	19TL	Fascitis necrotizante por varicela	Dra. Alejandra Lara
13:48	20TL	Desorden mieloproliferativo en Síndrome de Down	Dra. Rosa Briceño
14:00	18C	Neumonía recurrente	Dr. Julio Ortega Neumólogo Pediatra
14:30	19C	Urticaria en niños	Dra. Cinthia Falk Inmunoalergóloga Pediatra
15:00		RECESO	
15:30	20C	Niño que ronca	Dr. Jorge Osorion Otorrinolaringólogo/Pediatra
16:00	21C	Accidente ofídico en niños	Dr. Douglas Carranza/Pediatra
16:30	22C	Calendario quirúrgico y urológico	Dr. Christian Breiullet Urocirujano Pediatra
17:00	23C	Abdomen agudo	Dr. Giovannie Marie Cirujano Pediatra
17:30	24C	Fitofarmacología en atención primaria de pediatría	Dr. Oscar Banegas/Pediatra
18:00		PREGUNTAS Y RESPUESTAS	

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

C (Conferencias) TL (Trabajos Libres)

JUEVES 10 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN NAPOLEÓN 6

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00	INSCRIPCIÓN		
			Equipo de CENEMEC
08:00	25C	Patología benigna de mama	Dra. Alicia Cerrato/Ginecoobstetra Mastóloga
08:30	26C	BIRADS Interpretación radiológica de patología de mama	Dr. Ricardo Palao/Radiólogo
09:00	27C	Mastitis puerperal	Dra. Alicia Cerrato/Ginecoobstetra Mastóloga
09:00	RECESO		
10:00	21TL	Sobrecrecimiento bacteriano intestinal en niños	Dra. Andrea A. Fernández
10:12	22TL	Neutropenia febril: actualización	Dra. Alejandra Lara
10:24	23TL	Factores asociados al síndrome de Burnout	Dr. Allan Izaguirre
10:36	24TL	Ideación e intento suicida en estudiantes de medicina	Dr. Manuel Sierra
10:48	25TL	Tirotoxicosis por T3	Dra. Cinthia Madrid
11:00	28C	Sangrado uterino disfuncional: nuevo enfoque de FIGO	Dr. Ricardo Rivas/Ginecoobstetra
11:30	29C	Diagnóstico y manejo del sangrado uterino anormal	Dra. Ángela Enamorado Ginecoobstetra
12:00	ALMUERZO		
13:00	30C	Enfermedad tiroidea y embarazo	Dr. Juan José Jaar/Ginecoobstetra Materno Fetal
13:30	26TL	Índice de satisfacción de pareja en médicos	Dr. Mauricio Orellana
13:45	27TL	Factores de riesgo asociados al VPH	Dr. Marvin Rodríguez
14:00	31C	La enigmática descarga vaginal y su manejo	Dr. Miguel Crespín/Ginecoobstetra
14:30	32C	Toma correcta de la citología y su interpretación	Dr. Oscar Herrera/Ginecoobstetra
15:00	RECESO		
15:30	33C	IVVA Ver y tratar ¿cuándo sí?	Dr. Mario Rosales/Ginecoobstetra
16:00	34C	Inmunización y prevención del VPH	Dr. Miguel Crespín/Ginecoobstetra
16:30	35C	Ultrasonido ginecológico ¿Qué debemos reportar y evaluar?	Dr. Ricardo Palao/Radiólogo
17:00	36C	Actualización en el síndrome de ovario poliquístico	Dr. Juan Ferez/Ginecoobstetra Medicina Reproductiva
17:30	37C	Estudio de la infertilidad de pareja, una visión integral	Dra. María Egas/Genetista
18:00	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		

PPROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

C (Conferencias) TL (Trabajos Libres)

JUEVES 10 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN EMPERADOR 3

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00		INSCRIPCIÓN	CENEMEC
08:00	38C	Evaluación del paciente con pérdida de audición	Dr. Iván Jovel/Otorrinolaringólogo
08:30	39C	Otitis media: update	Dr. Daniel Pazetti Otorrinolaringólogo
09:00	40C	Papilomatosis laríngea	Dra. Gabriela Muñoz Otorrinolaringóloga
09:30		RECESO	
10:00	28TL	Fascitis necrotizante por venopunción	Dr. Kevin Laínez
10:12	29TL	Toracoscopia médica	Dra. Andrea Carbajal
10:24	30TL	Disfagia secundaria a proceso linfoproliferativo	Dra. Daysi Umanzor
10:36	31TL	Síndrome de Leriche	Dra. Carol M. Serrano
10:48	32TL	Trauma de duodeno	Dr. Thor Arne Olsen
11:00	41C	Nuevas armas en la detección del cáncer de próstata	Dr. Daniel Chinchilla/Urólogo
11:30	42C	Resonancia multiparamétrica para cáncer de próstata	Dra. Sara Chinchilla/Radióloga
12:00		ALMUERZO	
13:00	33TL	Intubación bajo sedación por bocio tóxico	Dra. Maydi Enamorado
13:12	34TL	Quiste de colédoco Todani II	Dr. José Chavarría
13:24	35TL	Reparación de heridas de párpado	Dra. Nicolle Ruiz
13:36	36TL	Absceso esplénico	Dra. Kathleen Nolasco
13:48	37TL	Quiste del cístico Todani VI	Dr. Víctor Hernández
14:00	43C	Gestión de sangre en el preoperatorio	Dra. María Echeto/Anestesióloga
14:30	44C	Evaluación preoperatoria	Dr. Carlos Espinoza/Anestesiólogo
15:00		RECESO	
15:30	45C	Intervencionismo para el dolor crónico refractario	Dr. Carlos Espinoza/Anestesiólogo
16:00	46C	Infecciones urinarias recurrentes: abordaje y manejo	Dr. Alex Gómez Uro cirujano Pediatra
16:30	47C	Litiasis renal	Dr. Carlos Izaguirre/Urólogo
17:00	48C	Trasplante renal: experiencia nacional	Dr. Roberto Fasch Cirujano General
17:30	49C	Traumatismo renal	Dr. Romary Alemán Cirujano General
18:00		PREGUNTAS Y RESPUESTAS	

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

C (Conferencias) TL (Trabajos Libres)

JUEVES 10 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN EMPERADOR 2

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00		INSCRIPCIÓN	Equipo de CENEMEC
08:00	50C	Anestesia en el paciente críticamente enfermo	Dr. Sergio Montoya/Anestesiólogo
08:30	51C	Seguridad y eficacia en cirugía bariátrica	Dr. Dalio Gómez/Cirujano Bariatra
09:00	52C	Disnea aguda en el servicio de urgencias	Dr. José Gómez/Medicina Crítica
09:30		RECESO	
10:00	38TL	Miocardopatía periparto	Dr. Juan Ordóñez
10:12	39TL	Hamartoma mamario: un dolor benigno	Dra. Nicole Burgos
10:24	40TL	Tromboembolia pulmonar por cáncer	Dra. Martha Norris
10:36	41TL	Neurolupus en adolescente	Dra. Gabriela Valladares
10:48	42TL	Dolor torácico en paciente con migraña	Dra. Vilma Gómez
11:00	53C	Demanda legal en la asistencia médica	Abg. Carlos Medina. Lic. en Derecho
11:30	54C	Simulación de casos de demanda legal	Abg. Carlos Medina. Lic. en Derecho
12:00		ALMUERZO	
13:00	43TL	Angiomolipoma renal múltiple bilateral	Dra. Isabel Mejía
13:12	44TL	Calidad del servicio de medicina del HMCR	Dra. Sharon Pineda
13:24	45TL	Cuidados paliativos, un enfoque integral	Dr. Bayron Degrandes
13:36	46TL	Fortaleciendo los sistemas de salud	Dr. Bryain Mendoza
13:48	47TL	Evaluación de los servicios de atención	Dr. Oscar Castejón
14:00	55C	Actualización en quemaduras	Dr. Gonzalo Pineda Cirujano Plástico
14:30	56C	Rehabilitación en quemaduras	Dra. Erika Calderón Fisiatra
15:00		RECESO	
15:30	57C	Rehabilitación en fracturas con manejo conservador	Dr. Roger Ortega Fisiatra
16:00	58C	Proloterapia en rehabilitación	Dra. María Herrera Fisiatra
16:30	59C	Síndrome miofascial cervical ¿cómo abordarlo?	Dr. Allan Torres Ortopeda Traumatólogo
17:00	60C	Identificación de sarcoma musculoesquelético	Dr. Tito Livio Ortopeda Traumatólogo
17:30	61C	Programa de cirugía articular: Fundación Ruth Paz	Dr. Luis Javier Arita Ortopeda Traumatólogo
18:00		PREGUNTAS Y RESPUESTAS	

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

C (Conferencias) TL (Trabajos Libres)

JUEVES 10 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN EMPERADOR 1

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00		INSCRIPCIÓN	Equipo de CENEMEC
08:00	62C	Comunicación de riesgos y participación comunitaria en el manejo de epidemias	Population services International (PSI)
09:30		RECESO	
10:00	63C	Cáncer de mama	Sociedad de Oncología
12:00		ALMUERZO	
13:00	64C	Curso básico de hígado	Sociedad de Gastroenterología
15:00		RECESO	
15:30	65C	Ultrasonido endoscópico	Dr. Josué Umaña Gastroenterólogo
16:00	66C	Endoscopia, manejo de hemorroides	Dr. Enrique Martínez Gastroenterólogo
16:30	67C	Prevención y detección de cáncer colorrectal	Dra. Heydi Rápalo Cirujana Colorectal
17:00	68C	Generalidades de la patología anorrectal	Dra. Heydi Rápalo Cirujana Colorectal
17:30	69C	Cirugía bariátrica: experiencia en el IHSS	Dr. Álvaro Fúnez Cirujano Bariatra
18:00		PREGUNTAS Y RESPUESTAS	

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

C (Conferencias) TL (Trabajos Libres)

VIERNES 11 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN NAPOLEÓN 4

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00	70C	Abordaje de la HTA en paciente con enfermedad renal aguda y crónica	Dr. Manuel Rocha Nefrólogo
07:30	71C	Síndrome coronario agudo ¿Qué sucede en Honduras?	Dr. Manuel Espinoza/Cardiólogo
08:00	72C	Uso de ISGLT2 en el espectro de la falla cardíaca	Dr. César Somoza Cardiólogo
08:30	73C	Indicaciones e interpretación de estudios de imagen cardiovascular	Dr. Aldo Ponce Cardiólogo
09:00	74C	Referencia oportuna al nefrólogo	Dra. Alex Benavides Nefróloga
09:30	RECESO		
10:00	75C	Neuromielitis Óptica y su diagnóstico	Dra. Nicia Ramírez Neuróloga
10:30	76C	Epilepsia de ausencias desde la clínica hasta la base molecular	Dr. Marco Medina Neurólogo Epileptólogo
11:00	77C	Hemograma: Interpretación en enfermedades sistémicas	Dra. Tatiana Rivera/Hematóloga
11:30	78C	Eje Neuro-Inmuno-Endócrino	Dr. Juan Araica Reumatóloga
12:00	ALMUERZO: Simposio Neurológico		Clínica Ochsner
13:00	48TL	Delirio agudo y neurocisticercosis	Dr. Daniel Leiva
13:12	49TL	Riesgo suicida en paciente psiquiátrico	Dra. Alejandra Ventura
13:24	50TL	Riesgo cardiovascular en adultos de 40-85 años	Dra. Sara Milla
13:36	51TL	Manifestación multiorgánica por citomegalovirus	Dra. Vilma Gómez Iara
13:48	52TL	Síndrome de DRESS por uso de antifúngicos	Dra. Kevin Laínez
14:00	79C	Nódulos tiroideos: ¿Qué son y qué hacer?	Dra. Olga García/Endocrinóloga
14:30	80C	Ecocardiografía: Revisión de casos	Dra. Luz Deras Cardióloga
15:00	RECESO		
15:30	81C	Pancreatitis aguda: ¿Cuánto es suficiente?	Dr. Reynaldo Arita Internista
16:00	53TL	Factores de riesgo de cirrosis hepática	Dra. Alejandra Reyes
16:12	54TL	Prevalencia de enfermedad port hígado graso	Dra. Daniela Rivera
16:24	55TL	Melanoma: más allá del diagnóstico	Dra. Annie Gómez
16:36	56TL	Melanoma in-situ en labio inferior: reporte de caso	Dra. Susely Villeda
16:48	57TL	Léntigo maligno en mucosa oral	Dra. Susely Villeda
17:00	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

C (Conferencias) TL (Trabajos Libres)

VIERNES 11 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN NAPOLEÓN 5

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00	82C	La piel, un órgano complejo ¿Cómo cuidarla?	Dr. Héctor Caballero Dermatólogo Pediatra
07:30	83C	Indicación de estudios genéticos en pediatría	Dra. Carol Zúñiga Neuróloga Pediatra
08:00	84C	Estatus convulsivo	Dr. Genaro García Neurólogo Pediatra
08:30	85C	Mitos sobre vacunas en niños	Dr. Oscar Ponce Quezada Vacunólogo Pediatra
09:00	86C	Ictericia neonatal	Dr. Andrés Gonzales Pediatra Neonatólogo
09:30	RECESO		
10:00	87C	Niño con Anemia	Dra. Roxana Martínez Hematóloga Pediatra
10:30	88C	Leucemia en niños: Detección temprana	Dra. Diana Ramirez Oncóloga Pediatra
11:00	89C	Enfermedad avanzada VIH en niños	Dra. Karen Erazo Pediatra-Msc VIH
11:30	90C	Autolesiones y conducta de riesgo en adolescentes	Dr. Misael Pineda Psiquiatra-Pediatra
12:00	ALMUERZO		
13:00	58TL	Traumatismo abdominal pediátrico	Dr. Juan Henríquez
13:12	59TL	Carbón activado para intoxicación por digoxina	Dra. Brigitte Flores
13:24	60TL	Síndrome de FOXG1	Dra Carol J. Zúñiga
13:36	61TL	Lipofuscinosis neuronal ceroida	Dra Carol J. Zúñiga
13:48	62TL	Hipoglicemia severa por panhipopituitarismo congénito	Dra. Gabriela Guardado
14:00	91C	Reflujo gastroesofágico en niños	Dr. Marlon Fernández Gastroenterólogo Pediatra
14:30	92C	Niño con Estreñimiento	Dra. Celenia Godoy Gastroenteróloga Pediatra
15:00	RECESO		
15:30	93C	Dengue en pediatría	Dra. Karen Rodríguez Intensivista Pediatra
16:00	63TL	Insuficiencia hepática asociado a dengue en lactante	Dr. Luis Bardales
16:12	64TL	Dengue neonatal	Dra. Karina Calderón
16:24	65TL	Síndrome de Guillain Barré, variante AMAN	Dra. María Ramirez
16:36	66TL	Chagas congénito	Dra. Belkis Martínez
16:48	67TL	Varicela neonatal	Dra. Claudia Fuentes
17:00	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

C (Conferencias) TL (Trabajos Libres)

VIERNES 11 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN NAPOLEÓN 6

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00	94C	Control Prenatal	Dra. Carol Díaz Ginecoobstetra-Medicina Fetal
07:30	95C	Parto pretérmino: Actualidades	Dr. Mario Ramírez Ginecoobstetra-Medicina Fetal
08:00	96C	Hemorragia obstétrica	Dra. Wendy Cárcamo Ginecoobstetra-Medicina Fetal
08:30	97C	Nutrición y embarazo	Dra. Mónica García Ginecoobstetra-Medicina Fetal
09:00	98C	Ultrasonido prenatal ¿Cuándo hacerlo y qué nos revela?	Dr. Juan José Jaar Ginecoobstetra-Medicina Fetal
09:30	RECESO		
10:00	99C	Sepsis de origen obstétrico	Dra. Wendy Cárcamo Ginecoobstetra-Medicina Fetal
10:30	100C	Trastorno Hipertensivo del Embarazo: Manejo de normas nacionales	Dra. Hilda Argeñal Ginecoobstetra
11:00	101C	Utilidad de los factores angiogénicos en la preeclampsia	Dr. Mario Ramírez Ginecoobstetra-Medicina Fetal
11:30	102C	Vacunas y Embarazo ¿Estamos haciendo lo correcto?	Dra. Mónica García Ginecoobstetra-Medicina Fetal
12:00	ALMUERZO		
13:00	68TL	Placenta en pacientes con SARS-COV-2	Dra. Daniela Martínez
13:12	69TL	Lupus eritematoso sistémico y embarazo	Dr. Ovidio Quezada
13:24	70TL	Microangiopatía trombótica y embarazo	Dra Andrea Corado
13:36	71TL	Síndrome de vena cava superior en neonato	Dra Marjury J. Acosta
13:48	72TL	Neuropatía atáxica desmielinizante en pediatría	Dra. Eugenia Araujo
14:00	103C	Diabetes Gestacional: Diagnóstico y manejo	Dra. Iris Cáliz Ginecoobstetra
14:30	104C	Hablemos de nauseas, vómitos e hiperemesis gravídica	Dra. Mónica García Ginecoobstetra-Medicina Fetal
15:00	RECESO		
15:30	105C	Fisiología de la respuesta sexual femenina	Dr. Astor Kattan Ginecoobstetra
16:00	106C	Anticoncepción ¿Qué necesitan las adolescentes?	Dr. Ricardo Rivas Ginecoobstetra
16:30	107C	Lactancia Materna: mitos y verdades	Dra. Pastora Hernández Pediatra
17:00	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

C (Conferencias) TL (Trabajos Libres)

VIERNES 11 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN EMPERADOR 3

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00	108C	Evaluación tomográfica de hernias de pared abdominal	Dr. Edgar Florentino Radiólogo
07:30	109C	Abordaje endoscópico de hernia inguinal	Dr. Omar Soler Cirujano General
08:00	110C	Prevención del trauma "PIENSA PRIMERO"	Dr. Ángel Velásquez Neurocirujano
08:30	111C	Patología vascular cerebral	Dr. Oscar Panameño Neurocirujano
09:00	112C	Escoliosis idiopática del adolescente	Dr. José G. García Neurocirujano
09:30	RECESO		
10:00	113C	Cirugía de columna mínimamente invasiva	Dr. Isaí Gutierrez Neurocirujano
10:30	114C	Mielopatía cervical espondilótica	Dr. José G. García Neurocirujano
11:00	115C	Lesiones espinales por accidentes de tránsito	Dr. Osly Vásquez Neurocirujano
11:30	116C	Cirugía endoscópica de hipófisis	Dr. Osly Vásquez Neurocirujano
12:00	ALMUERZO		
13:00	73TL	Neuromonitoreo intraoperatorio	Dra. Marisol Amaya
13:12	74TL	Miotomía BAV para alargamiento muscular	Dr. José Avilés
13:24	75TL	Rotura cardíaca espontánea	Dra. Ileana Ramirez
13:36	76TL	Hernia ventral gigante	Dra. Ana Ordóñez
13:48	77TL	Enfermedad de Crohn y tuberculosis	Dra. Dulce Henríquez
14:00	117C	Atención primaria en patología biliar	Dr. José Aguiluz Cirujano General
14:30	118C	Rehabilitación endoscópica biliar	Dr. Antonio Penman Cirujano General
15:00	RECESO		
15:30	119C	Lipoabdominoplastia: Experiencia de 20 años	Dr. Rider Andino Cirujano Plástico
16:00	78TL	Taponamiento cardíaco por herida desapercibida	Dr. Jairo Noé Álvarez
16:12	79TL	Sangrado digestivo oculto. Laparoscopia	Dra. Sayda Mejía
16:24	80TL	Síndrome de May-Thurner. Endovascular	Dra. Cindy Williams
16:36	81TL	Síndrome de Leriche tipo II	Dr. José Chavarria
16:48	82TL	Síndrome de Budd-Chiari	Dra. Génesis Paredes
17:00	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

VIERNES 11 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN EMPERADOR 2

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00	120C	Examen de fondo de ojo	Dr. Marco Fajardo Oftalmólogo-Cirujano Facorefractivo
07:30	121C	Trauma ocular	Dra. Rocío Banegas Oftalmóloga
08:00	122C	Retinopatía diabética	Dra. Blanca Umaña Oftalmóloga-Retinóloga
08:30	123C	Retinopatía del prematuro	Dr. Carlos Gamez Oftalmólogo-Retinólogo
09:00	124C	Rehabilitación en ictus	Dra. Gina Puerto Fisiatra
09:30	RECESO		
10:00	125C	Tratamiento de la obesidad guiada por fenotipos	Dra. Marlen Cruz Internista
10:30	126C	Imágenes en la detección de cáncer de mama	Dra. Sara Chinchilla Radióloga
11:00	127C	Patología mamaria benigna	Dr. Manuel Maldonado Cirujano Oncólogo-Mastólogo
11:30	128C	Cáncer de mama	Dr. Manuel Maldonado Cirujano Oncólogo-Mastólogo
12:00	ALMUERZO		
13:00	129C	Diabetes mellitus: actualización	Sociedad de Endocrinología
15:00	RECESO		
15:30	129C	Diabetes mellitus: discusión	Sociedad de Endocrinología
16:00	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

C (Conferencias) TL (Trabajos Libres)

VIERNES 11 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN EMPERADOR 1

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00	130C	Hipertensión arterial: actualización	Sociedad de Hipertensión arterial
09:30	RECESO		
10:00	130C	Hipertensión arterial: discusión	Sociedad de Hipertensión arterial
12:00	ALMUERZO		
13:00	131C	Formando médicos para los retos del siglo XXI	Dra. Patricia Elvir
13:30	132C	Reforma curricular de la carrera de Medicina	Dra Génesis Henríquez Medicina General
14:00	133C	Carrera de Medicina, presente y futuro	Dr. Alejandro Young
14:30	134C	Modelo de gestión hospitalaria	Dr. Marlon Estrada Epidemiólogo-salubrista
15:00	RECESO		
15:30	135C	Trauma musculoesquelético: actualización	Sociedad de Ortopedia
17:00	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

C (Conferencias) TL (Trabajos Libres)

SÁBADO 12 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN EMPERADOR 2

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
08:00	136C	Diagnóstico y clasificación del paciente con obesidad	Dr. Luis Rodríguez Endocrinólogo
08:30	137C	Fotoprotección e impacto de la protección de la piel	Dra. Diana Peralta Dermatopatóloga
09:00	138C	Enfermedades psiquiátricas en pacientes con epilepsia	Dr. Rolando López Psiquiatra
09:30		RECESO	
10:00	139C	Soplo cardíaco en niños, ¿cuándo referir?	Dr. Oscar Salinas Cardiólogo Pediatra
10:30	140C	Choque cardiogénico: un enfoque práctico	Dr. José Gómez Internista-Medicina Crítica
11:00	141C	Rehabilitación cardíaca	Dra. Luisa Palma Fisiatra
11:30	142C	Rehabilitación robótica	Dra. Karen Chang Fisiatra
12:00		CLAUSURA	

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

C (Conferencias) TL (Trabajos Libres)

SÁBADO 12 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN EMPERADOR 1

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
08:00	143C	Tratamiento actual de la enfermedad de Hirschprung	Dr. Juan Craneotis Cirujano Pediatra
08:30	144C	Anatomía básica y proyecciones en Rx de tórax	Dra. Maryury Pineda Radióloga Pediatra
09:00	145C	Mielomeningocele e hidrocefalia	Dr. Alejandro Ortega Neurocirujano
09:30	RECESO		
10:00	146C	Medicina regenerativa ginecológica	Dra. Bader Napky Ginecoobstetra
10:30	147C	Climaterio y menopausia	Dra. Larisa Alvarado Residente tercer año Ginecología y Obstetricia
11:00	148C	Epilepsia en niños	Dr. Oscar Ponce Neurólogo Pediatra
11:30	149C	Obesidad infantil	Dr. Darwin López Pediatra-Msc. en Nutrición
12:00	CLAUSURA		

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

TRABAJOS LIBRES (TL)
PRESENTACIÓN MODALIDAD PÓSTER

SÁBADO 12 DE JULIO 2025
HOTEL COPANTL, SALÓN EMPERADOR

CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
83TL	Enfermedad de Moyamoya, un desafío diagnóstico global.	Dra. Flory F. Calix
84TL	Caracterización clínica, epidemiológica e histopatológica de pacientes operados de tumores cerebrales infratentoriales.	Dr. Yorkiel Castellanos
85TL	Perfil clínico-patológico de pacientes con el diagnóstico de glioma intracraneal de bajo grado.	Dr. Ángel R. Hernández
86TL	Criptococosis meníngea en paciente inmunocompetente: reporte de caso.	Dra. Cinthia G. Madrid
87TL	Revisión sistemática de complicaciones de los defectos del septo ventricular: presentación clínica, manejo y resultados.	Dr. Walter Jáurequi Alvarado
88TL	Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible reportado en Honduras.	Dr. José Luis Ramírez
89TL	Caracterización de la atención integral al paciente con VIH en el servicio de atención integral del hospital nacional "Dr. Mario C. Rivas" en el 2024.	Dra. Karen Erazo
90TL	Infección por <i>Candida albicans</i> en paciente debutante con espectro de neuromielitis óptica.	Dr. Gabriel Isaías Rodríguez
91TL	Invaginación basilar relacionada con artritis reumatoide.	Dr. Luis Arturo Alvarado
92TL	Microlitiasis alveolar.	Dr. Juan Pablo Ordóñez
93TL	Prevalencia de cáncer gastrointestinal en 100,000 pacientes a quienes se les realizó estudio endoscópico digestiva alta y colonoscopia en un periodo de 16 años (2007-2023).	Dra. Alejandra Reyes
94TL	Caracterización del cáncer gástrico mediante estudio de endoscopia digestiva alta en un periodo de 15 años (2007-2023).	Dra. Alejandra Reyes
95TL	Prevalencia de dispepsia como motivo de consulta en gastroenterología.	Dra. Alejandra Reyes
96TL	Síndrome de Percherón: infarto talámico bilateral.	Dr. Yosvin Amaya
97TL	Abscesos pulmonares múltiples como forma de presentación de tuberculosis diseminada: reporte de caso.	Dra. Rocío Fabiola Salgado
98TL	Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda e infección por <i>Plasmodium falciparum</i> : reporte de caso.	Dra. Vilma A. Gómez
99TL	Comparación del hidrotaponamiento con lidocaína versus neumotaponamiento del tubo endotraqueal en la incidencia y severidad del dolor de garganta postoperatorio en anestesia general en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras.	Dr. Maynor O. López
100TL	Mama dentro de una mama: reporte de un caso.	Dra. Norma I. Galeas
101TL	MINOCA: infarto del miocardio sin lesiones coronarias constrictivas. Caso clínico.	Dra. Maira A. Torres
102TL	Pericarditis constrictiva: hallazgo incidental	Dra. Maira A. Torres
103TL	Síndrome de distrés respiratorio agudo severo por influenza tipo A.	Dra. Maira A. Torres
104TL	Psoriasis pustular generalizada aguda de Von Zumbusch. Reporte de un caso.	Dra. Ada López-Pineda
105TL	Amiloidoma mediastinal primario con compromiso bronquial: reporte de caso.	Dr. Erik J. Claros

106TL	Sarna noruega en paciente inmunocomprometido. Reporte de caso.	Dra. Isela Jimenes-Castellano
107TL	Absceso pulmonar retrocardíaco: reporte de caso en Hospital Dr. Enrique Aguilar Cerrato.	Dr. Julio J. Aguilar
108TL	Hallazgo clásico de proteinosis alveolar pulmonar en tomografía de tórax: patrón empedrado.	Dra. Andrea Y. Carbajal
109TL	Tumor de células gigantes maligno de arco costal.	Dra. Andrea Y. Carbajal
110TL	Micosis sistémica en paciente pediátrico: reporte de caso.	Dra. Brigitte M. Calderón
111TL	Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda (SIRA) grave por neumonitis química secundaria a inhalación de hidrocarburos. Reporte de caso.	Dr. Luis A. Rodríguez
112TL	Conocimiento y actitud del personal docente de UNAH-VS sobre el evento cerebrovascular.	Dra. Anna Fuentes-Gálvez
113TL	Privación del sueño en los residentes de medicina: impacto en el rendimiento y estrategias para mitigar la fatiga.	Dr. Anuar J. Madrid
114TL	Uso de técnica de Masquelet en combinación con colgajos musculares para el tratamiento de pseudoartrosis de tibia.	Dr. Thomas R. Minueza
115TL	Manifestaciones multiorgánicas de la infección por citomegalovirus en una paciente inmunocompetente.	Dra. Vilma Gómez-Lara
116TL	Ectopía renal cruzada fusionada: presentación de caso.	Dr. Oscar Díaz
117TL	Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlinch como diagnóstico diferencial del dolor pélvico en adolescentes	Dra. Victoria Díaz-Cerrato
118TL	<i>Elizabethkingia meningoseptica</i> .	Dr. René Santos
119TL	Asociación entre los turnos de trabajo y la aparición de fatiga laboral y trastornos del sueño en los trabajadores de una empresa del rubro textil ubicada en Choloma, Honduras (junio-agosto 2024).	Dr. Marcos F. Gónzales
120TL	Efectos de <i>Morinda citrifolia</i> en modelos animales e in vitro: implicaciones bioactivas y metabólicas.	Dra. Suiyen M. Zelaya
121TL	Rifaximina y <i>Lactocaseibacillus rhamnosus</i> en el tratamiento por sobrecrecimiento bacteriano intestinal en niños.	Dr. Alejandro A. Fernández
122TL	Oclusión de la arteria de Percherón: reconociendo el patrón.	Dra. Kathleen V. Nolasco
123TL	Arteritis de Takayasu.	Dra. Kathleen V. Nolasco
124TL	Reacción paradójica al tratamiento antifímico en paciente con meningoencefalitis por tuberculosis.	Dra. Sara D. Sahury
125TL	Síndrome de Nicolau: una complicación rara y grave de la administración intramuscular de medicamentos.	Dr. Luis F. Bardales
126TL	Leishmaniasis mucocutánea: resistencia a la primera línea de tratamiento	Dra. Laura S. Castellón
127TL	Evaluación de la resistencia a la insulina en adultos garifunas mediante el índice triglicéridos-glucosa y su comparación con el índice Homa-ir.	Dr. Eduardo S. Perdomo
128TL	Relación entre secuelas físicas, económicas y psicológicas post infección por la Covid-19 en universitarios.	Dr. José R. Mondragón
129TL	Más allá de la diarrea: úlceras anales por citomegalovirus en paciente vulnerable.	Dr. Víctor Funez
130TL	Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios.	Dra. Jennifer M. Medina
131TL	Anemia hemolítica como primera manifestación de lupus eritematoso sistémico: reporte de caso.	Dr. Juan A. Mejía
132TL	Ectopía renal cruzada fusionada.	Dr. Héctor I. Mendoza

133TL	Prevalencia de niveles suficientes de vitamina “D” en trabajadores de Aguas de San Pedro.	Dr. Ángel G. Martínez
134TL	Trombosis de senos venosos cerebrales.	Dr. Diego S. Ortega
135TL	Cromoblastomicosis.	Dra. Cinthia Madrid
136TL	Proporción de disfagia y características clínicas en pacientes con ictus, hospitales nacionales, Honduras, febrero-abril 2025: datos preliminares.	Dr. José E. Sierra
137TL	Carcinoma basocelular sobreinfectado con miasis extrahospitalaria.	Dr. Joshua C. Andree
138TL	Caracterización clínica y epidemiológica de casos de leishmaniasis.	Dr. Jhony M. Barahona
139TL	Tratamiento quirúrgico para lesiones del plexo braquial.	Dr. Luis Acosta
140TL	Condiciones de empleo, trabajo y salud en trabajadores de peluquerías y barberías en Comayagua y Tegucigalpa, marzo-abril del 2023.	Dra. Iris J. Argüelles
141TL	Presentación de adenocarcinoma primario de pulmón en mujer joven no fumadora.	Dr. Andrea Y. Carbajal
142TL	Complicaciones asociadas a diagnóstico tardío en paciente con neoplasia maligna teratomatosa con componente de carcinoma embrionario.	Dr. Luis F. Bardales
143TL	Conducto arterioso persistente en el adulto.	Dra. Larissa M. Valladares
144TL	Obesidad e insuficiencia respiratoria aguda.	Dr. Bayron J. Degrandes
145TL	Hemangioma óseo como etiología de dolor lumbar.	Dra. Carmen I. Castillo
146TL	Asma bronquial que amenaza la vida: reporte de caso.	Dr. Shery E. Rivera
147TL	El desarrollo profesional de las enfermeras y su impacto en el cuidado y satisfacción del paciente postoperado.	Dra. Gabriela A. Torres
148TL	Melanoma de extensión superficial en comisura labial derecha.	Dra. Susely Villeda
149TL	Pénfigo seborreico	Dra. Perla Iris Vasquez
150TL	Trombolisis efectivas en infarto agudo al miocardio.	Dra. Natalia I. Muñoz
151TL	Eficacia y seguridad del lisado plaquetario alogénico en el paciente con enfermedad de Peyronie.	Dr. Marvin Rodríguez
152TL	Inocuidad y calidad de la merienda escolar rural pública en Honduras: contribución al programa de alimentación escolar.	Dr. Marvin Rodríguez
153TL	Factores de riesgo para alergias en pacientes pediátricos.	Dr. Rocío M. Pavón

RESÚMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

49C. TRAUMATISMO RENAL. Romary Aleman.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

63C. CÁNCER DE MAMA. Sociedad de Oncología.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL)

01TL PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LAS BARRERAS EN ATENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES. Ámbar Yossari Coello Padilla^{1,2}, [Laura Suiyen Ham Sarmiento](#)¹, Marlene Yamaly Leiva Paz^{1,3}, Seheji Alejandra Valle Ponce¹, Santos Marleni Montes Romero^{1,4}. ¹Universidad Tecnológica Centroamericana, Gestión de Servicios de Salud; Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Complejo Médico Cemesi Microbiología; Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Mario Catarino Rivas, Microbiología; San Pedro Sula, Honduras. ⁴Universidad Tecnológica Centroamericana, Gestión de Servicios de Salud, Instituto Hondureño de Seguridad Social; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) incluyen patologías como: diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiovasculares, respiratorias crónicas y cáncer, siendo un desafío en Honduras y otros países en desarrollo, por su carga asistencial y desigualdad en la disponibilidad de recursos entre el sector público y privado. El acceso limitado a medicamentos, la sobrecarga laboral y la deficiente infraestructura hospitalaria afectan la atención oportuna y seguimiento de los pacientes. **Objetivo:** Identificar las barreras de atención a pacientes con ECNT, la percepción del personal de salud en lo público y privado, febrero 2025. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal y descriptivo. Se aplicó encuesta estructurada a 131 profesionales de salud en San Pedro Sula. Se evaluaron aspectos sociodemográficos, disponibilidad de insumos, carga laboral, acceso a medicamentos y calidad de atención. Análisis estadístico descriptivo con Microsoft Excel. **Resultados:** 76.47% del personal en lo público reportó disponibilidad de insumos médicos “regular”, 18.82% como “buena” y el 4.71% como “deficiente”. En lo privado, 50% del personal calificó la disponibilidad de insumos como “buena”, 32.61% como “regular” y el 17.39% como “excelente”. En cuanto al acceso a medicamentos esenciales, 93.48% del personal en lo privado indicó que existían “limitaciones”, mientras que en el sector público 92.94% reportó restricciones en el acceso, indicando que la percepción en ambos sectores es similar. La sobrecarga laboral fue percibida como “moderada” por el 88.24% del personal en el sector público y 43.48% en el privado. 94.12% del personal en el sector público indicó que los protocolos de atención “no siempre se aplican”, debido a la falta de capacitación, carga laboral elevada o ausencia de seguimiento y supervisión adecuadas. **Conclusiones/Recomendaciones:** mejoramiento de la gestión de insumos/medicamentos, inversión en tecnología

hospitalaria, programas de seguimiento efectivo para pacientes con ECNT, capacitación continua del personal de salud, y estrategias para reducir la fragmentación del sistema de salud.

02TL EVENTO VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TORMENTA TIROIDEA [Jorge Martín Beltrán Lima](#)¹, Carlos José Melgar Díaz¹, Vilma Alejandra Gómez Lara¹, Rocío Fabiola Salgado Hernández¹, Dulce María Segura Perdomo¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La tormenta tiroidea es una emergencia médica caracterizada por la exacerbación de síntomas de hipertiroidismo, hipercoagulabilidad y la disfunción vascular que conlleva a infartos cerebrales. Estas complicaciones pueden presentarse en un 0.5-1.3 % de los casos, con una mortalidad del 10%. Se trata de una presentación atípica y poco frecuente de la tormenta tiroidea. **Descripción del caso:** Paciente con antecedente de hipertiroidismo con mal apego al tratamiento, acude con historia de hemiparesia faciobraquiocrural izquierda y disartria de aproximadamente 24 horas de evolución, de inicio súbito, con posterior alteración del estado de alerta, caracterizada por agitación y desorientación. Tres días antes del ingreso, presentó fiebre, vómitos y diarrea. Al examen físico con Glasgow 13, con aumento del tamaño de la glándula tiroides y corazón taquicárdico con ritmo regularmente irregular. Burch Wartofsky: 65 Pts, con hormona estimulante de la tiroides, TSH 0 uUI/L y T4 libre 5 ng/dL. Se le realiza tomografía cerebral evidenciando evento cerebrovascular isquémico hemisférico derecho, por lo tanto, se inició manejo médico del estado de tormenta tiroidea y del ictus isquémico. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este caso atípico de tormenta tiroidea, acompañada de fibrilación auricular, se complicó con evento cerebrovascular isquémico, se inició manejo oportuno con tratamiento propio para tormenta tiroidea y complicaciones mencionadas. Es recomendable un extenso plan educacional hacia el paciente sobre la importancia del buen apego al tratamiento de la enfermedad de base, además de indicar los signos y síntomas de alarma, para recibir atención médica oportuna.

03TL FACTORES ASOCIADOS EN LOS PACIENTES CON MICOBACTERIOSIS ATÍPICA EN EL INSTITUTO NACIONAL CARDIOPULMONAR, HONDURAS, 2018-2024. Kevin Edgar-do Lainez¹, José Emanuel Cueva^{2,3}, José Orlando Maldonado^{4,5}.

¹Servicio Materno Infantil; Las Vegas, Santa Bárbara, Honduras.

² Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Epidemiología; Tegucigalpa, Honduras. ³Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Salud Pública; Tegucigalpa, Honduras. ⁴Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras.

⁵Hospital General San Felipe; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que ha afectado a lo largo de la historia. En los últimos años ha aumentado la prevalencia de micobacterias no tuberculosas (MNT) a nivel mundial, pero continúa infradiagnosticada en Honduras, siendo la última investigación sobre este tema en 1997. **Objetivo:** Caracterizar la infección y el tratamiento de micobacterias atípicas en el Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP). **Materiales y Métodos:** Estudio de casos y controles, de micobacteriosis atípica y tuberculosis respectivamente, utilizando expedientes clínicos que cumplen criterios de inclusión del INCP, con 67 pacientes, siendo 23 casos y 44 controles. Obteniendo datos con encuesta, analizados en Epi Info. El análisis univariable utilizó frecuencias y porcentajes, y el bivariable chi cuadrado. **Resultados:** Los controles se presentaron en Francisco Morazán con 47.7% (21/44) y casos el 17.4% (4/23) en Francisco Morazán y Valle (4/23). La mayoría de controles carecía de antecedentes patológicos, el 34.1% (15/44) al igual que los casos 43.5% (10/23), diabetes mellitus tipo 2 fue el antecedente personal patológico más reportado en los controles, con 31.8% (14/44). Una infección previa de tuberculosis pulmonar mostró diferencia estadísticamente significativa, controles 11.4% (5/44), mientras que los casos 43.5% (10/23), (X^2 8.965, p 0.003), aumentando el riesgo hasta 8 veces más de infección. La presentación extrapulmonar se asoció a procedimientos estéticos, representando el 17.4% de los casos (4/23) (X^2 8.138 p 0.004). La MNT de rápido crecimiento se encontró en el 53.8% (14/26) de los casos. El esquema más utilizado en MNT de rápido crecimiento fue quinolona, macrólido, linezolid, clofamizina, en 28.6% (4/14). **Conclusiones/Recomendaciones:** El antecedente personal de tuberculosis pulmonar aumenta el riesgo hasta 8 veces de infección por micobacteria no tuberculosa. La MNT de rápido crecimiento es la más prevalente en nuestro medio. Aunque en literatura internacional la infección se asocia a VIH, en nuestro estudio ningún paciente presentó coinfección.

04TL VARICELA ZOSTER DISEMINADA EN ADULTO INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE CASO. Carlos José Melgar Díaz¹, Jorge Martín Beltrán Lima¹, Cinthia Gabriela Madrid García¹, Vilma Alejandra Gómez Lara¹, Fabiola Rocío Salgado Hernández¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El herpes zóster es un trastorno neurocutáneo secundario a reactivación de primoinfección por el virus varicela-zóster. Hasta un 20% de la población puede desarrollar herpes zóster, relacionándose principalmente con el estrés, edad avanzada, enfermedades autoinmunes o estados de inmunosupresión. El herpes zóster diseminado se caracteriza por presentación clínica atípica e infrecuente, con presencia de múltiples lesiones herpetiformes que no respetan la distribución en los dermatomas. Este constituye la complicación más grave, generando complicaciones sistémicas pulmonares, hepáticas y cerebrales, muchos casos pueden ser mortales.

Descripción de caso: Masculino, 24 años, con historia de fiebre subjetivamente alta, no cuantificada, de aproximadamente siete días de evolución, acompañada de escalofríos. Aparición de lesiones cutáneas, vesículas, inicialmente en tórax diseminando a cara, brazos y miembros inferiores, dolorosas, de carácter urente, pruriginosas, desarrollando costras al tercer día. Posteriormente presenta máculas violáceas de bordes irregulares en flanco izquierdo, evolucionando a bullas. Dos días previos al ingreso, refiere disnea de esfuerzos mínimos durante reposo, acompañado de ictericia en escleras, astenia, adinamia, hiporexia, debilidad generalizada, palidez y fatiga. Dos semanas antes sus hijos presentaron lesiones cutáneas de las mismas características, en menor cantidad, que se resolvieron de forma autolimitada. Recibió manejo multidisciplinario por los servicios de Medicina Interna, Infectología, Dermatología, Neurología y Nefrología. Hospitalizado un total de 17 días con diagnóstico de herpes zoster diseminado donde presentó falla multiorgánica, fascitis necrotizante, neumonitis por varicela, rabdomiólisis que lo llevó a lesión renal aguda que requirió hemodiálisis. Fue tratado con imipenem y vancomicina como cobertura antibiótica por siete días, posteriormente se cambió por ceftriaxona y clindamicina por nueve días, aciclovir durante 14 días y uso de inmunoglobulina humana durante 5 días. Con mejoría clínica y laboratorio se decide egreso. **Conclusiones/Recomendaciones:** Paciente inmunocompetente, con herpes zoster diseminado que presentó complicaciones neurológicas, renales, pulmonares, con una evolución satisfactoria posterior a manejo multidisciplinario.

05TL NEUMONÍA ATÍPICA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE: Maira Alejandra Torres¹, Bayron Josué Degrandes², Julian Figueroa³. ¹Instituto Nacional Cardiopulmonar, Unidad de Cuidados Coronarios, Medicina de Urgencia, Emergencia y Catástrofes; Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. ³Universidad Católica de Honduras, Servicio Social; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El *Mycoplasma pneumoniae* agente etiológico frecuente de neumonía atípica, especialmente en personas que viven en grupos cerrados. Su diagnóstico es desafiante debido a la discrepancia entre los síntomas clínicos y los hallazgos radiológicos. Los síntomas más comunes incluyen tos seca no productiva, fiebre leve, cefalea, disnea y malestar general. Los rayos X de tórax suelen mostrar opacidades unilaterales o bilaterales. La confirmación del diagnóstico se realiza mediante cultivos, PCR o serología. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 42 años, obeso mórbido, sin comorbilidades, acude por tos seca de inicio insidioso durante 5 días, disnea progresiva de esfuerzo y ortopnea. Fue manejado inicialmente en una clínica privada como hiperreactividad bronquial, sin mejoría clínica, por lo que fue referido a nuestra institución. A su ingreso, presentaba taquipnea, mal patrón respiratorio y estertores basales bilaterales. La radiografía de tórax mostró cardiomegalia y pérdida de la vasculatura en el hemitórax izquierdo, lo que llevó a su manejo inicial como falla cardíaca. En la unidad de cuidados coronarios, el paciente presentó pico febril, continuó con dificultad respiratoria y no respondió a cánulas de alto flujo. Se acopla a ventilación no invasiva (VMNI), evidenciándose broncoespasmo e hipercapnia severa. Ecocardiograma mostró FEVI de 61% sin dilatación. Se realizó panel respiratorio FilmArray que detectó infección por *Mycoplasma pneumoniae*. Se inicia tratamiento con azitromicina y broncodilatadores. TAC de tórax evidenció opacidades heterogéneas difusas. A las 48 horas de iniciar el tratamiento, presenta mejoría clínica, lo que permitió reducir la VMNI a cánulas nasales de bajo flujo. Fue trasladado a la sala de neumología, de donde fue egresado 7 días después. **Conclusiones/Recomendaciones:** La neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* es una infección frecuente, y usualmente subdiagnosticada. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son fundamentales para mejorar la evolución clínica y evitar complicaciones.

06TL ENDOCARDITIS POR HONGOS: TERAPIA CONSERVADORA. Kathleen Verenice Nolasco Ferrera¹, Rene Jemil Santos¹, Walter Antonio Villeda Escoto². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. ²Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Infectología; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El diagnóstico de endocarditis infecciosa se basa en datos microbiológicos compatibles y detección de lesiones cardíacas mediante técnicas de imagen. La evidencia de implicación de válvulas cardíacas o material protésico intracardiaco es un criterio diagnóstico mayor. La ecocardiografía es la técnica

de primera línea para el diagnóstico. Los hongos se observan con más frecuencia en la endocarditis de válvula protésica, usuarios de drogas vía parenteral e inmunocomprometidos. *Candida* es más frecuente. El tratamiento antifúngico incluye la administración equinocandina a dosis altas ó anfotericina B. **Descripción del caso:** Se trata de paciente de 41 años de edad, mecánico industrial, con antecedente de cardiopatía reumática, hace 2 años se le realiza reemplazo de válvula aórtica y mitral. Ingresa en marzo 2024 con fiebre de 5 meses de evolución, intermitente, además de manchas violáceas en dedos de las manos, se ausculta soplo holosistólico grado III, foco aórtico y mitral. Ingresa como sospecha de endocarditis infecciosa, se obtienen 2 hemocultivos positivos por *Candida Parapsilosis*, inicia tratamiento con caspofungina y fluconazol, ecocardiograma transtorácico, no se observa vegetaciones; ecocardiograma transesofágico, se observa vegetación de 14x5mm en prótesis mitral. Egresó el 3 junio posterior a cinco hemocultivos negativos, con terapia oral fluconazol 600 mg día. Noviembre 2024 hemocultivo único positivo por *Candida parapsilosis*, recibe anfotericina B y caspofungina, hospitalizado durante 42 días, hemocultivo negativo, egresa con terapia oral fluconazol 600 mg día, actualmente seguimiento en consulta externa de infectología, cardiología y medicina interna. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las tasas de supervivencia a largo plazo para los pacientes con endocarditis infecciosa se aproximan al 85-90% a 1 año, y 70-80% a 5 años. Es importante educar al paciente sobre el riesgo de recurrencia y las estrategias de prevención. En casos que la cirugía no sea posible, la terapia supresora con azoles de por vida constituye una opción de tratamiento.

07TL PANCREATITIS POR TUBERCULOSIS EN PACIENTE INMUNO COMPROMETIDO: REPORTE DE CASO. Génesis Sarahí Chávez Paredes¹, Juan Antonio Mejía Godoy¹, Cinthia Gabriela Madrid García¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La tuberculosis pancreática es una forma rara de tuberculosis extrapulmonar. La primera descripción fue en el siglo XIX, pero sigue siendo una entidad poco común. Se ha propuesto que el *Mycobacterium tuberculosis* llega al páncreas por diseminación hematógena, linfática o por extensión desde ganglios linfáticos cercanos. Debido a su rareza, suele diagnosticarse erróneamente como cáncer de páncreas o pancreatitis crónica. **Descripción del caso:** Se trata de paciente hombre de 30 años, antecedente de inmunocompromiso por virus VIH, carga viral 101,000 copias/ml, CD4+121 cel/uL, acude con historia de dolor en epigastrio de 1 semana de evolución, tipo cólico, intermitente, acompañado de ictericia del mismo tiempo de evolución, fiebre predominio nocturno. Examen físico Presión Arterial 110/80 mmHg, FC 104 lpm, Pulso 104 ppm, FR 22 rpm T° 37.5 ° C, SatO2 98%, FIO2 21%, ECG 15 puntos, adenopatías cervicales bilaterales, cardiopulmonar sin alteración, abdomen simétrico, doloroso en CSD, no se palpan masas ni visceromegalias. Tomografía contrastada de abdomen muestra múltiples lesiones quísticas en cabeza, proceso uncinado y

cuerpo de páncreas a considerar pancreatitis Baltazar B con alta sospecha de neoplasia quística asociada, dilatación de la vía biliar extrahepática. Amilasa y lipasa normales, FA y GGT elevadas. En CPRE masa en segunda porción del duodeno. En la biopsia se observa tinción Ziehl Nielsen bacilos alcohol-ácido resistente. Inició tratamiento con antifímicos, egresó con mejoría clínica y plan de seguimiento. **Conclusiones/Recomendaciones:** La tuberculosis pancreática puede imitar el cáncer de páncreas debido a sus síntomas inespecíficos y características de imagen. El diagnóstico de tuberculosis pancreática requiere confirmación histológica, la presencia de granulomas es un hallazgo común, la detección de bacilos ácido-alcohol resistentes es menos frecuente. La respuesta al tratamiento es buena, con reducción significativa del tamaño de la masa pancreática.

08TL SUEROTERAPIA INTRAVENOSA EN ADULTOS SANOS: ¿EVIDENCIA CIENTÍFICA O ESTRATEGIA COMERCIAL? UNA REVISIÓN NARRATIVA. Eduardo Smelin Perdomo Domínguez¹, Sara Elizabeth Milla Salguero². ¹Clínica Médica Villanueva; Villanueva, Cortés, Honduras. ²Hospital Nacional Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La sueroterapia intravenosa ha ganado popularidad entre adultos sanos como estrategia de bienestar subjetivo, con clínicas privadas que ofrecen infusiones con diversas combinaciones de vitaminas, minerales y antioxidantes. Estas intervenciones se promocionan como soluciones para mejorar energía, reforzar sistema inmune, retrasar el envejecimiento o “desintoxicar” el organismo, a pesar que cada sesión puede costar entre 250 y 800 dólares. Sin embargo, su creciente uso no parece estar respaldado por evidencia científica robusta. **Objetivo:** Evaluar la evidencia científica disponible sobre la eficacia y seguridad de terapias intravenosas utilizadas en el contexto del bienestar subjetivo en adultos sanos. **Materiales y Métodos:** Se realizó revisión narrativa de ensayos clínicos aleatorizados publicados hasta marzo de 2025. Se consultaron las bases de datos PubMed, Cochrane Library y ClinicalTrials.gov. Se incluyeron estudios en adultos sanos que evaluaran intervenciones intravenosas con fines no terapéuticos. Se excluyeron estudios en pacientes con patologías, suplementación oral, modelos animales y literatura no original. El desenlace principal de interés fue la presencia de beneficios clínicamente relevantes, como mejora en energía, reducción de fatiga, marcadores de estrés oxidativo u otros efectos percibidos como “revitalizantes”. **Resultados:** De 327 estudios identificados, sólo dos ensayos clínicos cumplieron los criterios de inclusión, ambos sobre vitamina C intravenosa. Uno incluyó 141 adultos sanos y reportó reducción significativa de fatiga y estrés oxidativo ($p < 0.004$); el otro, con 6 participantes, evaluó parámetros farmacocinéticos sin efectos adversos ni beneficios clínicos concluyentes. No se hallaron ensayos clínicos sobre otras terapias comúnmente ofrecidas, ni ensayos en curso registrados. **Conclusiones/Recomendaciones:** Existe una clara discrepancia entre la oferta comercial de sueroterapia intravenosa y la evidencia científica disponible. Salvo por la vitamina C, no hay ensayos clínicos que respalden su uso en adultos sanos. Se recomienda no promover estas

intervenciones hasta que existan ensayos clínicos rigurosos que sustenten su seguridad y eficacia.

09TL CUANDO EL ZOSTER SORPRENDE: UN CASO ATÍPICO DE ENCEFALITIS. Sara Sahury¹, Harlis Estrada², Glenda Castro³. ¹Hospital Escuela, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Servicio de Neurología; Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La encefalitis es una inflamación del tejido cerebral que puede ser causada por diversas infecciones virales, entre las cuales se encuentra el virus de la varicela zóster (VZV). Este virus, conocido principalmente por causar varicela en la infancia, puede reactivarse en adultos y provocar complicaciones neurológicas, como la encefalitis. La presentación clínica de esta condición puede variar desde síntomas leves hasta manifestaciones graves que comprometen la función neurológica del paciente. En este caso clínico, se presenta a un paciente inmunocompetente que desarrolló encefalitis primaria sin haber cursado con dicha infección en la infancia. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 48 años, con antecedente de hipertensión arterial crónica, quien asiste con cuadro de cefalea intensa, holocraneana, opresiva, describiéndola como la peor cefalea de su vida, cuadro por el cual se hicieron varios estudios incluyendo angioresonancia cerebral donde reportaron atrofia selectiva cortical de predominio parietal y escasos focos de leucoencefalopatía vascular crónica a nivel supratentorial. Paciente refirió cuadro previo de gastroenteritis aguda. A la evaluación se encontró febril, bradilálico y bradipsíquico, con signos meníngeos, por lo cual se decide realizar estudios de líquido cefalorraquídeo donde se encontró panel positivo para virus de varicela zoster, se inició tratamiento antiviral obteniendo evolución satisfactoria. **Conclusión/Recomendaciones:** No se debe descartar infecciones virales por no tener la epidemiología y presentación clínica típica.

10TL SÍNDROME DE CUSHING CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA. Kevin Edgardo Lainez¹, Maira Alejandra Torres², Zahory Iezabel Paz², Denis Gabriel Rodríguez³, Raquel Castro Salgado⁴. ¹Servicio Materno Infantil; Las Vegas, Santa Bárbara, Honduras. ²Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa, Honduras. ³Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. ⁴Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El síndrome de Cushing es una entidad con múltiples etiologías, más frecuente en el sexo femenino. Las causas más frecuentes son tumor suprarrenal y el uso crónico de esteroides. Puede generar efectos sistémicos como hipertensión arterial y diabetes mellitus. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 42 años, procedente de El Carreto, Las Vegas, Santa Bárbara, soltera, con antecedente personal de artritis reumatoide, diagnosticada por clínica y factor reumatoideo (+) en 2020 en su unidad de salud. Tratada con esteroides (betametasona fosfato, 2 mL) intramuscular, mensual desde 2020 hasta febrero del 2025. Evaluada durante este tiempo por iniciar cifras tensionales elevadas en 2023, de difícil manejo, tratada con

irbesartán, al no controlar las cifras se agrega hidroclorotiazida y en noviembre del 2024 le añaden hidroclorotiazida. Se recibe la paciente a consulta general con historia de plétora facial con 1 año de evolución, que se acompaña de hiperpigmentación cutánea en la región malar y cervical, hirsutismo con 6 meses de evolución, acantosis nigricans en cuello, joroba de giba, perímetro abdominal de 159 cm Al examen físico: PA: 140/100 mmHg. Se omiten esteroides. En cita control paciente con presión arterial de 110/80 mmHg, por lo que se omite un antihipertensivo, quedando tratamiento actual con irbesartán e hidroclorotiazida, a la espera de lograr omitir antihipertensivos. **Conclusiones/Recomendaciones:** Al haber utilizado esteroides de depósito es probable que estos hayan alcanzado una concentración elevada, pero observamos una disminución en las cifras tensionales. Con este caso podemos observar la importancia de educar a la población sobre los efectos secundarios que presenta el uso crónico de esteroides sistémicos.

11TL MUERTE INFANTIL POR OBSTRUCCIÓN Y PERFORACIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ÁSCARIS LUMBRICOIDES. HALLAZGO INCIDENTAL EN AUTOPSIA FORENSE. Dr. Marlon S. Lizama. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Legal y Forense; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La ascariasis es la infección por *Áscaris Lumbricoides*, puede provocar síntomas desde leves a graves caracterizado por dolor abdominal y la obstrucción gastrointestinal que puede llevar a la muerte. La prevalencia es alta en niños de 2 a 10 años, con al menos 500 millones de personas infectadas en todo el mundo, causando de 2000 a 10,000 muertes por año, sobre todo cuando existen problemas de hacinamiento y contaminación, especialmente en zonas rurales. **Descripción del caso:** Lactante mayor de 2 años que presentó cuadro de diarrea líquida sanguinolenta, fétida de 5 días de evolución, además de vómitos, fiebre sin cuantificar, un episodio convulsivo y expulsión de parásitos vía oral, fue trasladado al hospital Materno Infantil donde fallece, por lo que fue llevado a morgue del Ministerio Público para realizarle autopsia médico legal y determinar la causa de muerte. Durante la autopsia se evidenció a infante con apariencia séptica, Cabeza: Congestión y edema cerebral. Tórax: Derrame pleural bilateral, presencia de moco en la tráquea, congestión y hemorragia pulmonar. Abdomen: Distensión abdominal, congestión, hemorragia, obstrucción y perforación intestinal, con abundantes *áscaris lumbricoides* en toda la luz intestinal y congestión visceral generalizada. **Conclusiones/Recomendaciones:** La obstrucción de alto grado promueve sobre crecimiento de bacterias Gram negativas y anaeróbicas provocando sepsis. En Honduras la prevalencia de parasitosis por helmintos según áreas de pobreza no está bien establecida. La escasa documentación de casos de muerte infantil por obstrucción intestinal por *áscaris lumbricoides* en autopsias, demuestra la capacidad de respuesta médica que ha tenido nuestro país en cuanto al manejo hospitalario adecuado de las parasitosis intestinales, previniendo las muertes

de niños. El análisis estadístico de casos documentados es fundamental para comprender mejor la incidencia y complicaciones asociadas con parasitismo intestinal, contribuyendo a la identificación temprana y mejoras en el tratamiento de los pacientes afectados.

12TL DIAGNÓSTICOS PEDIÁTRICOS DE VIH, HOSPITAL NACIONAL "DR. MARIO C. RIVAS", 2015-2025. Karen Erazo. ¹Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, Servicio Atención Integral; San Pedro Sula, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Cortés, Honduras.

Introducción: El servicio de atención integral (SAI) del Hospital Nacional "Dr. Mario Catarino Rivas" (HNMCRI) ofrece atención integral a 43 niños menores de 15 años y 34 adolescentes con VIH. En los últimos 10 años se han realizado 88 nuevos diagnósticos. **Objetivo:** Caracterizar los nuevos diagnósticos de VIH en niños atendidos en el HNMCRI, 2015-2025. **Materiales y Métodos:** Investigación cuantitativa, descriptiva, retrospectiva, de 88 pacientes con diagnóstico nuevo de VIH atendidos en el HNMCRI, 2015-2025. Los datos se obtuvieron del informe de cohorte y bases de datos nominales del SAI. **Resultados:** El 56% corresponden al sexo femenino, 31% menores de 2 años, 30% mayores de 15 años. Se identificó en el 26% la vía de transmisión sexual y el 26% de los adolescentes se identifican como homosexuales. Solo el 9% de las madres recibieron tratamiento antirretroviral (TAR) durante el embarazo. El 74% de los infectados perinatalmente nació vía vaginal, el 57% recibió lactancia materna y el 17% de los recién nacidos recibieron TAR profiláctico. Del total de diagnosticados, 20% correspondían a categoría clínica C3 y tenían inmunosupresión severa. El 100% inicio TAR de primera línea. El 18% presentó alguna infección oportunista en el momento del diagnóstico de VIH y el 19% tenía alguna comorbilidad. El 13% de los diagnósticos en adolescentes mujeres mayores de 15 años estaba embarazada. El 56% está activo en la cohorte, 8% fallecidos, 14% en abandono de TAR, 19% trasladados a otro centro de atención. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los diagnósticos nuevos de VIH en niños han disminuido a lo largo de los últimos 10 años, sin embargo, los diagnósticos actuales son perinatalmente expuestos al VIH de alto riesgo de transmisión. La vía de transmisión sexual es en la actualidad más frecuente por el inicio temprano de la vida sexual.

13TL ATENCIÓN AL NIÑO PERINATALMENTE EXPUESTO AL VIH EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL HOSPITAL NACIONAL "DR. MARIO C. RIVAS": EXPERIENCIA DE 23 AÑOS. Karen Erazo^{1,2}. ¹Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Cortés, Honduras.

Introducción. El Servicio de Atención Integral (SAI) del Hospital Nacional "Dr. Mario Catarino Rivas" (HNMCRI) atiende a niños expuestos perinatalmente al VIH, brindándole un seguimiento por dos años mientras se establece o descarta el diagnóstico

de infección por VIH. Actualmente son atendidos 73 niños en esta condición. **Descripción de la Experiencia:** La principal vía de transmisión del VIH en niños sigue siendo la perinatal, por lo que es necesario el conocimiento del estado serológico de la mujer embarazada. Se ha observado un aumento en el tamizaje de VIH en la embarazada a lo largo de los años, permitiendo diagnósticos oportunos e inicio temprano de antirretrovirales (ARV) a la madre, programación de cesárea, omisión de lactancia materna y la profilaxis con ARV al recién nacido. Cada año son menos los diagnósticos de VIH en el seguimiento de niños perinatalmente expuestos. Nuevas presentaciones de ARV están disponibles, permitiendo la simplificación del tratamiento a un comprimido diario para la mujer embarazada con VIH, favoreciendo la adherencia y la indetectabilidad del virus al momento del parto, factor considerado actualmente como el principal para evitar la transmisión del virus del VIH. Ahora se plantea la vía vaginal en mujeres con carga viral indetectable así como el apoyo a mujeres que expresan su deseo de amamantar bajo el paradigma de indetectable = intransmisible. La transmisión perinatal del VIH ha disminuido en el mundo, pero aún se necesitan acciones urgentes para alcanzar los objetivos de erradicarla. Honduras avanza con la actualización del protocolo de prevención de la transmisión del VIH de madre-hijo con la implementación de pruebas diagnósticas virológicas y los ARV necesarios para ofrecer al recién nacido. **Lecciones aprendidas.** En VIH los paradigmas pueden evolucionar y es importante mantener la mente abierta en la atención de los pacientes con esta infección.

14TL ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA: REPORTE DE CASO. José Daniel Almazán Monroy¹, Karen Lizeth Escoto Cruz², Wilmer Alejandro Madrid³, Jorge Villacorta¹. ¹Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Servicio de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela, Servicio de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ³Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Servicio de Neumología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La Enfermedad Pulmonar Intersticial es un grupo heterogéneo de enfermedades respiratorias crónicas, con cambios inflamatorios y fibrosis pulmonar. Su etiología comprende causas infecciosas, farmacológicas, sistémicas, genéticas e idiopáticas; el diagnóstico es un desafío. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 2 años, de Omoa, Cortés. Con cuadros respiratorios recurrentes desde 18 meses de edad. Ingresa al Hospital de Puerto Cortés el 3/03/2022 con tos seca de dos semanas de evolución y dificultad respiratoria progresiva, ausencia de fiebre. Hospitalizada por siete días sin mejoría. Referida al Hospital Mario Catarino Rivas el 10/03/2022. Al ingreso con leve tiraje intercostal, crépitos basales bilaterales, hepatomegalia, con saturación de oxígeno de 98%₂ 0.28). En radiografía de tórax se observan opacidades bilaterales y cardiomegalia grado I (ICT: 0.57). Ecocardiograma: Cardiomiopatía hipertrófica hipertensiva, Hipertensión Pulmonar 68 mmHg, Insuficiencia Mitral 41 mmHg y Aórtica 33 mmHg. En conjunto

con servicio de Neumología y Cardiología se inicia manejo farmacológico con Sildenafil, Nifedipina, Digoxina, Furosemida, Prednisolona, Trimetoprima/sulfametoxazol, Hidroxicloroquina y Azitromicina. Se egresa con oxígeno suplementario a 0.5lt/min. El 06/05/2022 se presenta a consulta externa de Neumología en la que se evidencia deterioro del estado general, con dificultad respiratoria, se reingresa. Angiotomografía pulmonar descarta tromboembolia pulmonar. Panel viral, BAAR de jugo gástrico, PPD y VIH con resultado negativo. Panel genético de enfermedades intersticiales, negativo. Se decide realizar biopsia pulmonar: parénquima pulmonar con fibrosis intersticial e inflamación linfocitaria multifocal, con cambios enfisematosos que pueden asociarse a neumopatías intersticiales. Durante su hospitalización se progresa a mascarilla con reservorio y posteriormente cánula de alto flujo. Paciente sin respuesta a medidas terapéuticas, fallece por insuficiencia respiratoria el 17/06/2022. **Conclusiones/Recomendaciones:** El caso presentado resalta la importancia del abordaje integral, incluyendo estudios genéticos y de imagen. En algunos casos el diagnóstico definitivo sólo se logra mediante biopsia pulmonar. A pesar del tratamiento, presenta alta morbilidad y mortalidad.

15TL FIBRINOLÍTICOS INTRAPLEURALES EN TRATAMIENTO DE EMPIEMA PEDIÁTRICO: SERIE DE CASOS. Raysa Andrade Contreras. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La neumonía continúa siendo una causa relevante de morbimortalidad en pediatría. El derrame pleural paraneumónico es una complicación frecuente, que puede evolucionar a empiema. Su tratamiento requiere manejo antimicrobiano, drenaje pleural, y en casos severos intervención quirúrgica. **Descripción de casos:** Se presentan dos casos de empiema pleural complicado en pacientes pediátricos atendidos en el Hospital Mario Catarino Rivas. **Caso 1:** Paciente masculino de 8 años, con antecedente de asma bronquial, ingresó por trauma torácico contuso, fiebre, tos y dificultad respiratoria progresiva. La radiografía mostró radiopacidad izquierda, atelectasia y lateralización mediastinal. Se realizó drenaje pleural con salida de líquido serosanguinolento, iniciando tratamiento con ceftriaxona y vancomicina. Ante la persistencia de síntomas, tomografía evidenció atelectasia y paquipleuritis. Se administró estreptoquinasa intrapleural durante tres días, con evolución favorable, completando 14 días de antibióticos y egresando con seguimiento ambulatorio. **Caso 2:** Paciente masculino de 3 años, sin antecedentes patológicos, ingresó por fiebre prolongada, tos y dolor abdominal. La radiografía reveló ocupación del 90% del hemitórax izquierdo y desplazamiento mediastínico contralateral. El drenaje pleural mostró líquido seroso con reacción inflamatoria y cocos gram positivos. Se instauró tratamiento con vancomicina y ceftriaxona. El cultivo confirmó *Streptococcus pneumoniae*. Ante la persistencia del derrame, recibió estreptoquinasa intrapleural por cinco días. Evolucionó satisfactoriamente, completando 14 días de antibióticos y siendo egresado con seguimiento. **Conclusiones/**

Recomendaciones: La terapia fibrinolítica intrapleural representa una opción eficaz y menos invasiva en el tratamiento del empiema pediátrico complicado, evitando procedimientos quirúrgicos como la toracoscopia y toracotomía.

16TL APENDAGITIS EPIPLOICA EN PACIENTE ADOLESCENTE. Linda Michelle Flores Castellanos¹. Juan Carlos Henríquez¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción La apendagitis epiploica es una enfermedad poco frecuente causada por el infarto de los apéndices epiploicos, pequeñas protuberancias de tejido adiposo que se encuentran en la superficie externa del intestino grueso, desde el ciego hasta la unión rectosigmoidea. Su ubicación más frecuente es colon transversal y sigmoideas. **Descripción de caso:** Paciente femenina de 16 años, con historia de dolor en cuadrante superior derecho, de aproximadamente cuatro meses de evolución, pérdida de peso no cuantificada de misma evolución, vómitos ocasionales de contenido alimentario. Un mes después de inicio de síntomas acude al médico, quien no encuentra alteraciones. Cuatro meses después se intensifica dolor, que se acompaña ya de distensión abdominal y anorexia, por lo que es ingresada. En cuanto a exámenes laboratoriales, en estos pacientes podemos encontrar marcadores inflamatorios elevados. En nuestra paciente se encontraron normales. El ultrasonido abdominal no fue concluyente, por lo que se solicitó tomografía contrastada de abdomen, contraste intravenoso, en la cual se observó imagen hiperdensa a nivel de colon ascendente. El servicio de cirugía pediátrica decide realizar laparotomía y resección de masa. La biopsia reportó apéndice epiploico infartado y calcificado. **Conclusiones/Recomendaciones:** La apendagitis epiploica debe ser tomada en cuenta como diagnóstico diferencial al momento de abordar un paciente con dolor abdominal, el estudio de imagen de elección para su diagnóstico es la tomografía contrastada de abdomen.

17TL MIOPATÍA NEMALÍNICA. REPORTE DE CASO. Linda Michelle Flores Castellanos¹, Carol Zúniga García². ¹Universidad Nacional Autónoma, Posgrado de Pediatría de Honduras; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Neurología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La miopatía nemalínica es una enfermedad congénita no progresiva de la musculatura esquelética caracterizada por la presencia de bastoncillos o cuerpos nemalínicos en las fibras musculares. Esta debe ser considerada al momento de abordar un paciente pediátrico con síntomas neuromusculares. Los síntomas pueden iniciar al nacimiento, durante la infancia o muy raramente en la adolescencia o adultez. La debilidad muscular puede ser difusa, pero es más pronunciada en la cara, el cuello y los músculos proximales de las extremidades. Los músculos faríngeos y respiratorios pueden verse afectados con frecuencia y causar dificultad respiratoria. El diagnóstico

se realiza mediante una biopsia muscular, también se puede realizar mediante pruebas moleculares, diagnóstico prenatal mediante amniocentesis tomando muestra de líquido amniótico o toma de muestra de vellosidades coriónicas y pruebas de portador. **Descripción del caso:** Paciente femenina preescolar, sin antecedentes familiares patológicos, cuya madre asistió a controles prenatales, sin patologías durante el embarazo. Nace en hospital regional, dada en alojamiento conjunto. A los 7 meses de vida sus padres observan que mantiene hipotonía y no logra el sostén cefálico, acuden a consulta con neuróloga pediatra quien le indica realizarse exoma completo, el cual identifica dos variantes en el gen NEB, asociadas con miopatía nemalínica autosómica recesiva. No se realizó biopsia muscular. **Conclusiones/Recomendaciones:** Diferentes mutaciones genéticas pueden causar esta patología, las variantes patogénicas recesivas en NEB son la principal causa, este gen contiene 183 exones. No existe actualmente un tratamiento específico, se brinda manejo sintomático y terapia física.

18TL EVENTRACIÓN DIAFRAGMÁTICA COMO COMPLICACIÓN DE PUNCIÓN SUBCLAVIA EN NEONATO. Raysa Andrade Contreras. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La eventración diafrágica es la elevación anormal de todo o parte del diafragma, con movilidad paradójica, disminuida o ausente. Puede ser adquirida por lesión del nervio frénico secundaria a elongación, compresión, punción o irritación, manifestándose clínicamente con dificultad respiratoria de grado variable. **Descripción de caso:** Se presenta el caso de un neonato masculino de 16 días, nacido por parto vaginal eutócico a las 36 semanas, con peso de 2500 g y Apgar 8 y 9. Ingresó críticamente enfermo con cuadro respiratorio de cuatro días de evolución y falla multiorgánica. Fue intubado y diagnosticado con neumonía por Virus Sincitial Respiratorio. Requirió vasopresores y colocación de catéter venoso central por vía subclavia derecha. La radiografía inicial mostró infiltrados intersticiales bilaterales y cardiomegalia, sin elevación diafrágica. Durante su evolución presentó dificultad para ser extubado pese a mejoría clínica. Radiografías posteriores evidenciaron elevación del hemidiafragma derecho hasta el séptimo espacio intercostal. La fluoroscopia demostró ausencia de motilidad diafrágica derecha y desplazamiento hepático hacia el tórax, sugiriendo lesión neurológica. El ultrasonido descartó contenido intestinal en tórax. Se realizó toracotomía posterolateral derecha y plicatura diafrágica por el servicio de cirugía pediátrica. El paciente fue extubado exitosamente 48 horas después y se egresó tras una semana con evolución favorable. **Conclusiones/Recomendaciones:** La eventración diafrágica secundaria a lesión del nervio frénico es una complicación poco frecuente de la punción subclavia. Su tratamiento depende de la repercusión clínica, siendo la plicatura diafrágica el procedimiento indicado en casos de parálisis frénica sintomática.

19TL FASCITIS NECROTIZANTE COMO COMPLICACIÓN DE VARICELA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. Alejandra Lara¹, Gabriela Rivera². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La varicela es una infección viral causada por el virus *varicela-zóster*. Aunque suele ser autolimitada en niños inmunocompetentes, puede complicarse con sobreinfecciones bacterianas (*Streptococcus pyogenes* o *Staphylococcus aureus*), siendo la fascitis necrotizante una complicación rara (<1%). La fascitis necrotizante es una infección agresiva de tejidos blandos que se disemina rápidamente, con alta morbilidad y mortalidad. **Descripción de caso:** Paciente femenina de 3 años, previamente sana, con historia de varicela de 5 días de evolución. Consultó por fiebre persistente, mal estado general y lesiones cutáneas con eritema y necrosis. Al examen presentaba compromiso hemodinámico con taquicardia, taquipnea e hipoxemia. Gasometría con acidosis respiratoria. Se inició manejo con antibióticos de amplio espectro (vancomicina/meropenem) y soporte hemodinámico. La progresión de las lesiones y el deterioro clínico confirmaron fascitis necrotizante en abdomen, tórax posterior y miembros inferiores, por lo que se realizó desbridamiento quirúrgico. Tras manejo en UCI por 12 días mejoró. Fue trasladada a pisos para su recuperación, y posteriormente dada de alta sin secuelas neurológicas. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las complicaciones de la varicela pueden prevenirse con la vacunación. Es esencial la sospecha clínica temprana en pacientes con varicela y deterioro sistémico. Aunque esta entidad es rara, representa una emergencia médica con alta mortalidad si no se diagnostica y trata oportunamente.

20TL DESORDEN MIELOPROLIFERATIVO TRANSITORIO EN SÍNDROME DE DOWN. REPORTE DE CASO. Rosa E. Briceño Sandoval¹, Roxana Martínez², Karen J. Benítez³. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Hemato-oncología pediátrica; San Pedro Sula, Honduras. ³Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Neonatología; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El Desorden Mieloproliferativo Transitorio (DMT) es una alteración hematológica exclusiva de pacientes con Síndrome de Down o su mosaicismo, caracterizada por una proliferación anormal de células sanguíneas inmaduras. Se presenta en aproximadamente un 10% de los neonatos con trisomía 21 y puede resolverse espontáneamente, sin embargo, en un 20% de los casos, progresa a leucemia mieloide aguda asociada a síndrome de Down. La presentación clínica del DMT es variable, desde casos asintomáticos hasta manifestaciones graves como insuficiencia hepática, coagulopatía y falla cardíaca. Su diagnóstico requiere la identificación de blastos mieloides en sangre y la detección de mutaciones en el gen

GATA1. El tratamiento depende de la clasificación de riesgo, factores clínicos y hematológicos. **Descripción de caso:** Lactante masculino de dos meses con Síndrome de Down, con antecedentes de anemia recurrente y hospitalizaciones previas por infecciones. Se encontró hepatomegalia y esplenomegalia, anemia, leucocitosis y trombocitosis. Estudios citogenéticos confirmaron la trisomía 21 y un frotis de sangre periférica de médula ósea evidenció una proliferación de megacarioblastos. El inmunofenotipo mostró marcadores mieloides y de megacariocitos, confirmando el diagnóstico de DMT. **Conclusiones/Recomendaciones:** La importancia de un diagnóstico temprano y seguimiento adecuado en pacientes con síndrome de Down es fundamental para identificar casos con alto riesgo de DMT y progresión a Leucemia Mieloide Aguda-SD y establecer estrategias terapéuticas oportunas.

21TL SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO INTESTINAL EN NIÑOS CON DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE UTILIZANDO LA PRUEBA DE HIDRÓGENO/METANO ESPIRADO. Andrea Alejandra Fernández García¹, Alejandro Andrés Fernández García¹, Marlon Fernández Aragón¹. ¹Hospital CEMESA, Unidad de Gastroenterología pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El sobrecrecimiento bacteriano intestinal (SIBO) está asociado a dolor abdominal recurrente (DAR) en alrededor del 30% en la población general. **Objetivo:** Determinar la prevalencia y las características clínicas de sobrecrecimiento bacteriano intestinal en niños de 3 a 12 años con dolor abdominal recurrente, identificado mediante la prueba de hidrógeno/metano espirado. **Materiales y Métodos:** Se registraron niños de 3 a 12 años con dolor abdominal recurrente en la consulta externa de Gastroenterología pediátrica del Hospital Cemesa entre enero y diciembre de 2023. A cada uno se le registró una ficha clínica que abarcó residencia, antecedentes, síntomas, estado nutricional, y se les realizó prueba de aire espirado para la medición de hidrógeno/metano. **Resultados:** total de pacientes 72, con edades entre 3 y 12 años (edad media de 8 años), con una relación de 3:2 entre féminas y varones. El 47% residía en área urbana y 53% en área rural. Según el índice de Waterlow, el 32% presentó grado de desnutrición. El 100% de los pacientes presentaron DAR como síntoma principal, y otros incluyeron diarrea recurrente (42%), distensión abdominal (40%), hiporexia (35%), náuseas/vómitos (29%) y flatulencia (28%). Los exámenes previos mostraron coproparasitológico negativo en 46 pacientes, 22 con protozoos y 18 con antígeno fecal de *H. pylori* positivo. El 100% recibió tratamiento previo: 86% antiparasitarios, 65% antibióticos, 25% para erradicación de *H. pylori* y 21% inhibidor de bomba de protones. El 37% (27 de 72) de los pacientes dio resultado positivo para sobrecrecimiento bacteriano intestinal en la prueba de aire espirado, con valores superiores a 20 ppm de hidrógeno/metano. **Conclusiones/Recomendaciones:** El 37% de los niños con dolor abdominal recurrente presentó sobrecrecimiento bacteriano intestinal, lo que sugiere que esta condición, es un factor clave en la manifestación de los síntomas gastrointestinales.

22TL ACTUALIZACIÓN NEUTROPENIA FEBRIL Y EXPERIENCIA DEL MANEJO INTRAHOSPITALARIO EN HOSPITAL MARIO C. RIVAS.

Alejandra Karolina Lara Avalos¹, Roxana Ester Martínez Beckerat², Natalia Gonzales³. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Hemato-Oncología; San Pedro Sula, Honduras. ³Hospital Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La neutropenia febril (NF) es una complicación frecuente y potencialmente grave en pacientes pediátricos con cáncer. Se define por la presencia de fiebre y un recuento absoluto de neutrófilos (RAN) ≤ 500 células/mm³, o ≤ 1.000 células/mm³ con descenso esperado a < 500 /mm³ en 24-48 horas. Representa una urgencia médica debido al alto riesgo de infecciones graves, especialmente bacterianas y fúngicas, en un contexto de inmunosupresión. Los principales factores de riesgo incluyen edad menor de 5 años, catéteres intravasculares, desnutrición, comorbilidades, tipo y fase de la neoplasia, y características de la neutropenia. En los últimos años, se ha observado un aumento en la prevalencia de bacilos gramnegativos multirresistentes, lo que representa un reto terapéutico. **Descripción de la Experiencia:** En el Hospital Mario Catarino Rivas, centro de referencia en Honduras, la NF representa aproximadamente el 60% de las hospitalizaciones en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda (LLA). Los hemocultivos han sido positivos en el 20% de los casos, predominando infecciones por bacterias multirresistentes. La incidencia de infecciones fúngicas invasivas (IFI) oscila entre el 2 y el 20%, especialmente en pacientes con neutropenia prolongada y tratamientos intensivos. **Lecciones aprendidas:** El manejo efectivo incluye evaluación rápida, toma de cultivos y administración de antibióticos empíricos de amplio espectro en la primera hora. Se recomienda usar piperacilina-tazobactam, cefepime o meropenem, añadiendo vancomicina según el contexto clínico. La vigilancia estrecha, reevaluación a las 48-72 horas y evaluación de IFI en fiebre persistente son fundamentales. Es crucial implementar protocolos adaptados a la epidemiología local, basados en guías como el consenso SEIP-SEHOP 2023, además de mantener un registro sistemático de casos para mejorar la atención y reducir la mortalidad en esta población vulnerable.

23TL FACTORES ASOCIADOS A SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

Allan Iván Izaguirre González. Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC), Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Epidemiología; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El Síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que afecta principalmente al personal de salud, debido a la alta carga emocional, largas jornadas y ambientes de trabajo exigentes. Esta condición se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y una disminución del logro personal, impactando tanto el bienestar del profesional

como la calidad de la atención brindada. **Objetivo.** Identificar los factores asociados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hospital General Santa Teresa (HGST), Comayagua, durante el período octubre-noviembre 2024. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal analítico, universo de 520 empleados, se estimó una muestra de 228 (IC 95%, 5% error). Se registraron características sociodemográficas, información laboral, antecedentes médicos y se aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventory. Se creó base de datos en Epiinfo versión 7.2.5 (CDC, Atlanta). Se realizó análisis univariado, bivariado y multivariado con modelación logística múltiple. La información se manejó de forma confidencial. **Resultados.** El rango de edad fue entre 30-39 años ($\bar{x}$ =36.4; rango 18-66; DE=11.0), predominó género femenino 65.8% (n=150), estatus laboral permanente 49.6% (n=113), perfil laboral personal médico 31.3% (n=85), jornada laboral 8 hrs 63.9% (n=145), realización de horas extra-laborales 61.4% (n=140). En el análisis multivariado, la edad mostró un efecto protector frente al Síndrome de Burnout: por cada año adicional, la probabilidad de padecer Burnout disminuyó en un 15% (ORaj=0.85; IC95%=0.81-0.95; p=0.0018). En contraste, la carga horaria se identificó como factor de riesgo, es decir, cada hora extra de trabajo aumentó la probabilidad de Burnout en un 56% (ORaj=1.56; IC95%=1.24-1.98; p=0.0002). Ambas asociaciones presentaron significancia estadística. La incidencia de Síndrome de Burnout fue del 9.2% (21/228). **Conclusiones/Recomendaciones.** Es importante realizar intervenciones oportunas relacionadas con el tiempo y jornada laboral, para garantizar una atención de calidad por parte del personal sanitario.

24TL PREVALENCIA DE IDEACIÓN E INTENTO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS (FCM-UNAH).

Andrés Aldair Pineda¹, Belkis María Ramírez Aguilar¹, Carlos Jah Munguía¹, Diego David Rápalo¹, Etni Ballesteros M¹, Félix Wilfredo Soto Herrera¹, Fernando Javier Ochoa del Cid¹, Genevieve Alejandra Salgado Reyes¹, Hallan Emmanuel Chiuiz Gómez¹, Heily Alessandra Aguilar Arias¹, Josué Daniel Balladares Prado¹, Josué Ismael Aguilar Quiñonez¹, Marcelo Roney Vásquez Rodríguez¹, María Fernanda Pérez García¹, Valeria Tais Discua M¹, Manuel Antonio Sierra Santos², René Mauricio Gonzales². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Tegucigalpa, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Departamento de Salud Pública; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Una revisión sistemática (JAMA-2016) encontró que 27.2% de estudiantes de medicina tenían síntomas depresivos, y 11.1% ideación suicida. Otra revisión reciente africana (JAD-2023) reportó 18.7% ideación suicida, 3.8% planes suicidas y 5.5% intento suicida. En Colombia se encontró prevalencia del 15.7% de ideación suicida y 5% de intento suicida; en Perú 4.0% para intento suicida (SCIELO-2017). **Objetivo:** Determinar la prevalencia de ideación e intento suicida (IIS) en estudiantes de pregrado de FCM-UNAH. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal analítico en una muestra de conveniencia de estu-

diantes de FCM. Previo consentimiento virtual, cada estudiante respondió encuesta anónima estructurada en línea. En caso de requerir ayuda, los estudiantes consignaron sus datos y fueron referidos al servicio de psiquiatría del Hospital Mario Mendoza. **Resultados:** Participaron 443 estudiantes (60.9% mujeres); promedio de edad fue de 21.7 años; 76% muestra estaba entre 2-4 año de carrera. Los participantes reportaron 24.6% (95%IC: 20.8-28.8) ideación suicida y 11.3% (95%IC: 8.7-14.6) intento suicida. Además, reportaron 24.6% de depresión y 13.5% TDA. **Conclusiones/Recomendaciones:** La frecuencia de IIS observada en los estudiantes de la FCM-UNAH fue superior a la reportada en la literatura científica. Además, uno de cada cuatro estudiantes afirmó haber sido diagnosticado con depresión por un profesional de la salud. Este fenómeno puede estar relacionado con múltiples factores, entre ellos: elevada carga académica, perfeccionismo, autoexigencia, estigmatización de los trastornos mentales, carencia de apoyo emocional, y consumo de alcohol/drogas. El deterioro de la salud mental en esta población no solo compromete su bienestar y seguridad personal, sino que también repercute negativamente en su desempeño académico, sus relaciones interpersonales y su formación profesional. La FCM cuenta con una comunidad estudiantil de aproximadamente 15,000 alumnos, lo cual resalta la urgencia de establecer servicios integrales de atención en salud mental que respondan de manera efectiva a estas necesidades.

25TL TIROTOXICOSIS POR T3: REPORTE DE CASO. Josue David Pagoda Torres¹, Cinthia Gabriela Madrid García². ¹Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Servicio de Endocrinología; San Pedro Sula, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El hipertiroidismo primario es una enfermedad frecuente, incidencia de 0.2-14% de la población mundial. La etiología más frecuente en adultos jóvenes es enfermedad de Graves. El diagnóstico se confirma con pruebas tiroideas, el patrón más frecuente es TSH suprimida con T4L y T3L elevadas; solamente 5.6-12.5% de todos los casos se presenta con supresión de TSH, elevación de T3L y T4L normal, y a esta condición se le denomina tirotoxicosis por T3. **Descripción del caso:** Mujer de 45 años, con antecedente de amputación de tercer dedo de mano izquierda por tumor. Valoración inicial por endocrinología la paciente refirió ansiedad, palpitaciones, insomnio, nerviosismo y fatiga de un año de evolución. Al examen físico destacó tiroides con aumento de tamaño a expensas de nódulo en ambos lóbulos, perfil tiroideo con hipertiroidismo primario, con tirotoxicosis por T3: TSH 0.00 UI/m (0.27-4.2), T3L 7.66 pg/ml (2.0-4.4), T4L 1.24 ng/dl (0.93-1.7). Se inició tratamiento con metimazol 7.5 mg/día. Ultrasonido de cuello reportó nódulo en LTD sólido, isoecoico, bordes definidos, más ancho que alto, sin focos hiperecogénicos, de 1.61 x 1.64 cm;

en LTI nódulo mixto, predominantemente sólido, isoecoico, bordes definidos, más ancho que alto, sin focos hiperecogénicos de 2.2 x 2.2. Ante la sospecha de bocio multinodular tóxico se solicitó gammagrama con TC 99, el cual confirmó la sospecha. Se realizó BAAF de nódulo en LTD el cual fue reportado como Bethesda II. Actualmente hipertiroidismo controlado se decidió tratamiento definitivo con Yodo 131, actualmente en espera de recibir tratamiento. **Conclusiones/Recomendaciones:** La tirotoxicosis por T3 es poco frecuente a pesar de esto los síntomas al diagnóstico no difieren del resto de pacientes con hipertiroidismo; el diagnóstico y tratamiento es similar a pacientes con elevación tanto de T4L como T3L. Este caso refuerza la importancia del gammagrama tiroideo en la evaluación de pacientes con hipertiroidismo primario.

26TL ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DE PAREJAS EN MÉDICOS HONDUREÑOS. Mauricio Orellana Folgar¹, Mauricio Edgardo Zavala Galeano². ¹Hospital Bendaña, Servicio de Psiquiatría; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital CEMESA; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La práctica médica está marcada por jornadas extensas y alta exigencia emocional, factores que pueden afectar la calidad de las relaciones personales. **Objetivo:** conocer el índice de satisfacción del cónyuge de los médicos hondureños, identificar las especialidades con mayores y menores niveles de satisfacción, comparar resultados entre hombres y mujeres, y explorar la percepción sobre el uso del instrumento CSI-4 (Couples Satisfaction Index) como herramienta de clinimetría. **Materiales y Métodos:** es un estudio descriptivo y transversal mediante una encuesta distribuida por chats médicos a través de Google Forms. Se recolectaron datos sociodemográficos, información sobre la relación de pareja (duración, diferencia de edad), especialidad médica, sector laboral, horas promedio de trabajo diario y el puntaje del CSI-4. Los datos se analizaron con el software SPSS versión 30.0.02. **Resultados:** participaron médicos de ambos sexos: 44.6% mujeres y 55.4% hombres. El 12.2% trabaja en el sector público, 39.2% en el privado y 48.6% en ambos. La especialidad con menor satisfacción fue psiquiatría, mientras que ortopedia presentó los niveles más altos. Además, los médicos que laboran entre 8 a 10 horas al día reportaron mayor satisfacción en pareja. Los resultados muestran que los cónyuges de las médicas presentan un menor índice de satisfacción en comparación con sus colegas hombres. También se encontró que trabajar más de 7.5 horas al día se asocia con una disminución en la satisfacción. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se recomienda proponer este estudio al Colegio Médico de Honduras para aplicarlo a mayor escala, con el fin de identificar factores de riesgo que afecten el bienestar del personal médico y desarrollar estrategias que favorezcan una mejor calidad de vida personal y profesional.

27TL FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN MUJERES DE 30 A 64 AÑOS. Marvin Rodríguez Moncada¹, Hector Ramos², Miriam Aguilera³, Jaqueline Figueora⁴. ¹Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, Servicio de Urología y Universidad Ciencias Médicas de Camagüey; Camagüey, Cuba. ²Sapiens Wisdom; Cuba. ³Regional de Salud, Departamento de Microbiología; Francisco Morazán, Honduras. ⁴Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El cáncer cervicouterino está estrechamente vinculado al Virus del papiloma Humano (VPH) en 99.7% de los casos. Actualmente es segunda causa de cáncer en mujeres, superado solo por el de mama. La vacuna contra el VPH se introdujo en Honduras 2016, y la Secretaría de Salud recomienda una dosis a la población femenina de 11 a 15 años.

Objetivo: Describir factores de riesgo asociados a la presencia del VPH en mujeres de 30-64 años, Región Departamental de Salud N°8 Francisco Morazán, Honduras, 2021. **Materiales y**

Métodos: Estudio analítico, de casos y controles, unidad de análisis ficha de detección de cáncer cervicouterino, durante el 2021. Un total de 628 fichas de pacientes, de las cuales corresponden a 314 casos positivos al VPH oncológico y 314 negativos. Análisis de datos realizado en paquete estadístico SPSS versión 25.0. **Resultados:** 35% de las pacientes con infección por VPH pertenecían al grupo etáreo de 30-35 años, 11% proceden del Municipio de Guaimaca, seguido de 10% de Cedros/Francisco Morazán. La asociación para la infección por VPH, los factores de riesgo como a menor edad de inicio de la vida sexual, mayor riesgo de infección por VPH con una significancia estadística Mann-Whitney de 0.876; el número de parejas sexuales no aumentó el riesgo de infección de VPH, sin significancia estadística; la asociación con la vacunación VPH presentó una razón de verosimilitud del 0.423, con solo un 2.2% vacunado con al menos 1 dosis, por lo cual no es significativo.

Conclusiones/Recomendaciones: Se encontró que, a mayor número de parejas sexuales, mayor la probabilidad de tener una infección por VPH; no se encontró diferencia estadística con la vacunación VPH. Se recomienda vacunar más grupos, instaurar la prueba de VPH como tamizaje, mejorar la educación sexual y reproductiva, y aumentar la logística y financiamiento para la prevención del cáncer cervicouterino.

28TL FASCITIS NECROTIZANTE SECUNDARIA A VENOPUNCIÓN. Kevin Edgardo Lainez¹, Zahory Iezabel Paz², Maira Alejandra Torres³, Denis Gabriel Rodríguez⁴, Daniel Bonilla⁵. ¹Servicio Materno Infantil; Las Vegas, Santa Bárbara. ²Instituto Nacional Cardiopulmonar, Cuidados paliativos; Tegucigalpa, Honduras. ³Instituto Nacional Cardiopulmonar, Emergencia y Catástrofes; Tegucigalpa, Honduras. ⁴Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. ⁵Instituto Hondureño de Seguridad Social; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La fascitis necrotizante es una infección rápidamente progresiva de la piel y tejidos blandos, suele asociarse con una importante afectación sistémica, aparece en cualquier

parte del cuerpo, con predilección en extremidades, es causada en la mayoría de casos por una infección polimicrobiana.

Descripción del caso: Paciente masculino de 61 años, procedente de Tegucigalpa, Francisco Morazán, casado, con antecedentes personales patológicos de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, el cual fue operado de recambio valvular por estenosis aórtica severa el 14 de mayo del 2024, permaneciendo hospitalizado en la sala de Cuidados Críticos Coronarios. Tras colocación de catéter periférico en miembro superior derecho inicia con cambios inflamatorios, dolor rubor y calor, tratado inicialmente con oxacilina 1g IV cada 4 horas, sin mejoría, progresa a bulas, se escala cobertura antibiótica a piperacilina más tazobactam y clindamicina, el paciente inicia con fiebre, leucocitosis y sangrado activo del sitio de infección, se transfunden 3 U de glóbulos rojos empacados, se traslada a cirugía vascular, al no haber lesión vascular el paciente es retornado a nuestro centro, comienzan cambios necróticos en la zona anterior del miembro, con mala evolución acompañado de neumonía intrahospitalaria, se interconsulta al servicio de cirugía general quienes realizan dos intervenciones de limpieza y desbridamiento, sin complicaciones, continúa con cobertura antibiótica con meropenem y linezolid, paciente con notable mejoría clínica afebril, sin leucocitosis, se presenta a cirugía plástica y reconstructiva donde le realizan injerto de espesor parcial y es egresado de forma satisfactoria. **Conclusiones/Recomendaciones:** La fascitis necrotizante es una entidad que nos muestra la importancia de asepsia y antisepsia en todos los procedimientos, aunque estos sean poco invasivos, mostrando que una venopunción como en nuestro caso puede tener repercusiones catastróficas en un paciente, a su vez, muestra que requiere apoyo multidisciplinario para lograr los mejores resultados con los pacientes.

29TL TORACOSCOPIA MÉDICA: MANEJO DEL DERRAME PARANEUMÓNICO COMPLICADO Y PREVENCIÓN DEL PROGRESO A ESTADIO III. Marco Antonio Quiñonez Sánchez¹, Andrea Yacenia Carbajal Vásquez², Carlos Andrés Portillo Muñoz², Miguel Antonio Rubio Dubón², Victoria Sofía Díaz³. ¹ Hospital Nacional Doctor Mario C. Rivas, Servicio de Neumología, San Pedro Sula. ²Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas. ³Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Internado Rotatorio, Hospital Nacional Dr. Mario C. Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción. La toracoscopia es un procedimiento mínimamente invasivo que permite la visualización directa del espacio pleural. Sus indicaciones más comunes son el diagnóstico de derrames pleurales exudativos recurrentes y pleurodesis. Sin embargo, también se utiliza en el contexto de mesoteliomas y el drenaje de empiemas. **Descripción del caso:** Hombre de 19 años, sin antecedentes médicos pertinentes, presentó dolor pleurítico derecho, fiebre, disnea progresiva y un episodio de esputo hemoptoico. La evaluación inicial mostró signos clínicos y radiológicos de neumonía, por lo que se hospitaliza y recibe tratamiento con ceftriaxona y azitromicina. Tras 48 horas sin adecuada respuesta al tratamiento se decide traslado a hospital

de especialidades, presentándose con signos vitales: PA 120/60 mmHg, FC 90 lpm, FR 32 rpm, T: 36.7 C y SO₂ 92%. La radiografía de tórax evidencia hidroneumotórax derecho. Se colocó sonda endopleural la cual drenó 2000 ml de líquido purulento y serofibrinoso. Citoquímica de líquido pleural mostró exudado neutrofilico con glucosa 3 mg/dl, LDH 1006 U/L y tinciones de Gram y Ziehl Nielsen negativos confirmando derrame pleural paraneumónico complicado. A los 5 días, la RX tórax control posterior a la colocación de la sonda endopleural y succión, evidencia falta de reexpansión pulmonar con hidroneumotórax derecho. Finalmente se realizó toracoscopia médica con toracoscopia rígido bajo anestesia local y sedación leve, encontrando múltiples adherencias de fibrina y colecciones pleurales. Se realizó lavado y liberación de adherencias. El paciente evolucionó favorablemente, egresando 3 días después de presentar mejoría clínica y radiológica. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El manejo temprano del derrame paraneumónico y empiema, específicamente en sus estadios tempranos ha demostrado tasas de éxito de hasta el 93%. Procedimientos como la toracoscopia temprana y oportuna evita la progresión a estadios más complejos, reduce el riesgo de sepsis, acorta los tiempos de hospitalización y la necesidad de intervenciones quirúrgicas mayores.

30TL DISFAGIA OROFARÍNGEA MECÁNICA SEVERA SECUNDARIA A PROCESO LINFOPROLIFERATIVO. REPORTE DE CASO. Daysi Nicolle Umanzor. Hospital Escuela, Emergencia unificada; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción. La disfagia orofaríngea es la dificultad para trasladar el bolo alimenticio de la boca al esófago. Puede ser funcional o mecánica. Afecta 13% de la población mayor de 65 años, aumenta hasta 37-78% en pacientes con accidente cerebrovascular y 50% con cáncer de cabeza y cuello. Se acompaña de dificultad para masticar, regurgitación nasal y pérdida de peso. **Descripción del caso.** Paciente femenina 46 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 tratada con insulina NPH. Consulta por una masa en hemicuello izquierdo, un mes de evolución, con crecimiento progresivo y disfagia a sólidos de tres semanas de evolución. Al examen físico se observa leve edema del piso de boca y masa submandibular izquierda de 9 × 5 cm, indurada, no dolorosa, no móvil, sin cambios inflamatorios. Se realizó nasofaringolaringoscopia (NFL) evidenciando edema en epiglotis y aritenoides. Ultrasonido de cuello reportó linfadenopatías reactivas bilaterales, con cambios inflamatorios de tejido blando adyacente. La tomografía de cuello y tórax contrastada reveló una lesión sólida en la cavidad oral y en región sublingual izquierda, con extensión a espacios parafaríngeo y submandibular, adenopatías sospechosas de infiltración tumoral altamente sugestiva de carcinoma lingual y oclusión de la vía aérea a nivel glótico. Se solicitó toma de biopsia de la base de la lengua la cual reportó carcinoma mucoepidermoide de alto grado, con extensión a canales linfáticos. Se realiza traqueostomía y gastrostomía sin complicaciones y se refirió a la paciente al departamento de Oncología del Hospital General San Felipe para iniciar quimioterapia. **Conclusiones/Recomendaciones.**

La disfagia orofaríngea mecánica severa tiene una presentación clínica variada. Cuando la causa es neoplásica la biopsia es el estándar de oro. El tratamiento puede ser curativo o paliativo, poniendo énfasis en evitar complicaciones, la traqueostomía y la gastrostomía son de utilidad para prevenirlas y mejoran la calidad de vida del paciente.

31TL SÍNDROME DE LERICHE. Carol Melissa Serrano Mejía. Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Clínica del Pie Diabético; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El síndrome de Leriche es una enfermedad Aorto-Iliaca debida a una oclusión que afecta las ramas principales de la aorta por debajo de las arterias renales, incluyendo las femorales. Se presenta en un 3-20% de la población a partir de la sexta década de la vida, afectando mayormente al sexo masculino. Los síntomas son variados, entre los que se pueden destacar están la claudicación intermitente que afecta a nivel de pantorrillas, glúteos, cadera o muslos; y disminución/ausencia de pulsos distales. Los casos avanzados pueden llegar a presentar isquemia severa y producir pérdida de extremidades. Los factores de riesgo asociados son tabaquismo, hipertensión arterial, dislipidemia y obesidad. **Descripción del caso:** Masculino de 65 años, con antecedente de tabaquismo, se presentó con historia de dolor pélvico más claudicación intermitente de 1.5 años de evolución y alteración de la marcha. Cuatro días previos a la hospitalización presentó isquemia severa irreversible de antepié izquierdo, más disminución de pulsos en ambos miembros inferiores, por lo que se le realizó ultrasonido doppler que reportó ausencia de flujo vascular en aorta abdominal infrarrenal. Valorado por el servicio de cirugía vascular que indica angiogramografía de aorta y de miembros inferiores, reportándose oclusión completa de la aorta infrarrenal. Se realizó bypass axilo-bifemoral utilizando injerto de PTFE. Tras la intervención, el paciente evolucionó favorablemente, recuperando el pulso femoral bilateral; se realizó amputación de los dedos del pie. Fue dado de alta a los 6 días, y en el control a los 3 meses, el bypass estaba permeable. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El síndrome de Leriche es frecuente en pacientes con factores de riesgo vascular. Se recomienda incluirlo en el diagnóstico diferencial en pacientes con claudicación intermitente para realizar un diagnóstico y un tratamiento oportuno.

32TL TRAUMA DE DUODENO. Thor Arne Olsen Lopez¹, Giovanni Humberto Marie Aguilar². ¹ Universidad Nacional Autónoma de Honduras Valle de Sula, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ² Hospital Dr. Mario Catarino Rivas, Servicio de Cirugía Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Las lesiones duodenales, debido a su localización retroperitoneal, constituyen un reto diagnóstico para el cirujano, de forma que son identificadas tardíamente y en consecuencia se asocian a un aumento de complicaciones y mortalidad. Ocurre en 4,3% de pacientes con lesiones abdominales. La proporción entre el sexo masculino y el femenino es de 5 a 1, y el intervalo de edad más afectado esta entre los 16

y los 30 años (70%). **Descripción de caso:** Masculino de 15 años, referido por traumatismo abdominal secundario a colisión de motocicleta, eyectado, provocando trauma craneal. Se recibe con laceraciones en epigastrio, dolor abdominal, Glasgow de 14. Al colocar sonda Foley se observa presencia de hematuria. Se realiza laparotomía exploradora observando porción 3 y 4 del duodeno con perforación del 95%, lesión Duodenal 6 V, con 800 cc de hemoperitoneo, vísceras sólidas sin lesiones, hematoma retroperitoneal no expansivo. Se realizó gastroyeyuno anastomosis con exclusión duodenal. Se dejó ayuno por 5 días con nutrición parenteral y antibióticos Amikacina, Metronidazol y Ceftriaxona. Es trasladado a unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) donde se realiza cambio de cobertura antibiótica con Piperacilina y Tazobactam. Estuvo ingresado en UCIP por 4 días. Evolucionó satisfactoriamente y es egresado después de 15 días. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las lesiones duodenales son un verdadero reto diagnóstico. Un retraso en el diagnóstico, y en el tratamiento, de más de 24 horas, puede incrementar la mortalidad de un 11% a un 40%.

33TL MANEJO DE VÍA AÉREA DIFÍCIL E INTUBACIÓN BAJO SEDACIÓN LIGERA EN PACIENTE CON BOCIO MULTINODULAR TÓXICO. Cindy Paola Lambur Castro¹, Maydi Lee Enamorado López¹, Valeria Maria Escoto Alvarenga¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Anestesiología Reanimación y Dolor; San Pedro Sula, Cortés, Honduras.

Introducción. Para el manejo de anestesia e intubación en tumores cervicales con el paciente despierto existen varias técnicas, la elección de una dependerá de la indicación clínica, recursos materiales y experiencia del anestesiólogo. **Descripción del caso.** Paciente femenina de 55 años (119 kg) con diagnóstico de bocio multinodular tóxico quien acude para tiroidectomía. Entre sus antecedentes: diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. Con obesidad grado III. Sin antecedentes hospitalarios, quirúrgicos o alérgicos. Estaba lúcida, orientada y consciente, signos vitales al entrar a sala de operaciones: P/A: 134/73 mmHg, FC: 96 lpm y SO₂: 98%, oxígeno ambiente. Al examen físico: Mallampati III, DTM II 6.5 cm, DEM II 12 cm, agrandamiento de la glándula tiroides con medidas de lóbulo tiroideo izquierdo 7.65 x 4.4 x 5.2 cms, y lóbulo tiroideo derecho 5.5 x 2.8 x 4 cms, que desplazaba tráquea, visualizado en ultrasonograma. Resto de examen físico sin alteraciones. Hemograma, tiempos de coagulación y pruebas tiroideas normales. Se realizó intubación con la paciente bajo sedación ligera, con bloqueo transtraqueal y sin relajante muscular. Se contó con monitoreo estándar. Se impregnó cavidad oral con lidocaína en spray al 10%, se administraron 50 mg Ketamina IV más 50 mcg Dexmedetomidina. Se realiza infiltración transtraqueal con 3 cc lidocaína al 2%, posteriormente se administraron 100 mcg de Fentanilo. Se realizó intubación bajo sedación ligera con video-laringoscopia hoja Mac 3, POGO 1% el cual corresponde a un Cormack-Lehane clase IIb, se intubó con TET 7.0. Tras comprobar intubación procedimos a brindar profundidad. La anestesia se mantuvo con sevoflurano 2%. Después de la

tiroidectomía la paciente fue extubada despierta y trasladada a la unidad de recuperación post-anestésica sin complicaciones. **Conclusiones/Recomendaciones.** La técnica aplicada para mejorar la tolerancia de la paciente a la intubación despierta fue exitosa, evidenciado por un único intento de video laringoscopia.

34TL MANEJO QUIRÚRGICO DE QUISTE DE COLÉDOCO TODANI II: REPORTE DE CASO. José Chavarria¹, Carla Romero², Edgardo Iraheta², Faviola Calix³. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Cirugía General; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Cirugía General; San Pedro Sula, Honduras. ³Servicio de Epidemiología; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Los quistes de colédoco representan el 1% de las dilataciones benignas de las vías biliares intra/extrahepática, observándose con mayor frecuencia en la infancia, sexo femenino y en Asia; la clasificación más utilizada es la de todani: tipo I (80-90%) dilatación extrahepática quística (Ia), focal, segmentaria (Ib), fusiforme (Ic); tipo II (1-3%) divertículo extrahepático supraduodenal; tipo III (5%) coledococoele, tipo IV (10%) quistes extra e intrahepáticos; y tipo V o enfermedad de caroli (muy rara); el diagnóstico se basa principalmente en la sospecha clínica y sintomatología; el tratamiento depende del tipo: incluye una cistectomía con o sin derivación bilio-entérica, hepatectomía, hasta trasplante. **Descripción del caso:** Femenina 31 años, ingresa por dolor abdominal, 4 meses de evolución en cuadrante superior derecho, hg 12.6 g/dl, leucocitos 20.3 x10⁹, neutrófilos 78%, plaquetas 396 x10⁹, sin alteración electrolítica ni renales, fosfatasa alcalina 60 u/l, bilirrubina total 0.4 mg/dl, albúmina 4.9 g/dl; ultrasonido: en colédoco imagen quística anecoica de 3.1 x 3.1 cm, colangioresonancia: saculación ovalada en tercio proximal de 35 x 44 mm, pedículo de 1 mm; se realizó incisión kocher encontrando; quiste de colédoco todani II de 5 x 5 cm con pedículo de 6-7 mm (largo), 4-5 mm (diámetro), vesícula biliar pequeña, paredes delgadas, cístico de 2.5 cm (largo) y 3-4 mm (diámetro), litos en su interior de 5 mm. Se realizó colecistectomía abierta convencional más cistectomía con derivación biliar externa mediante tubo de kehr a través de sitio de resección de pedículo de quiste. Biopsia sin malignidad. Paciente con evolución satisfactoria. **Conclusiones/Recomendaciones:** En Honduras la información clínica/epidemiológica de incidencia de quistes de colédoco es limitada y no existen registros de prevalencia o manejo. Se debe considerar el abordaje mínimamente invasivo para el manejo de los quistes de colédoco todani II que permitan obtener resultados satisfactorios a mediano y largo plazo.

35TL REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE HERIDAS PALPEBRALES. Nicolle Andrea Ruiz Rodríguez. Hospital y Clínica Oftalmocentro; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción. Los traumas palpebrales tanto contusos como penetrantes son frecuentes, por lo que debemos asegurar una buena historia del trauma con su correcta evaluación, trata-

miento y reparación a los pacientes, evitando o minimizando los efectos secundarios a corto y largo plazo. **Descripción de la experiencia.** Tenemos seis reglas cardinales para el manejo del trauma palpebral: una historia cuidadosa del trauma, registrar la mejor visión de cada ojo, evaluación exhaustiva del globo ocular y órbita, obtener estudios imagenológicos pertinentes, tener el conocimiento de la anatomía de la órbita y párpado, y finalmente, asegurarse de tener la mejor reparación primaria posible. A diferencia del trauma contuso, el trauma penetrante en párpados puede acompañarse de compromiso de múltiples estructuras. Podemos encontrar laceraciones que no involucran el margen palpebral, laceraciones que involucran el margen palpebral y traumas que involucran el canto lateral o medial, siendo de mayor importancia este último pues se debe descartar el daño de la vía lagrimal, para así poder llevar a cabo su correcta reparación. Al evaluar, debemos asegurarnos de la extensión y profundidad de la herida; evertir los párpados para asegurarnos que la extensión de la lamela anterior es igual que la lamela posterior, encontrar grasa en los párpados nos indica la violación del septum, obligándonos a explorar y descartar desinserción de los músculos; asegurarnos de no tener pérdida de tejido y de tener íntegra la vía lagrimal, todo esto nos llevara a una correcta reparación. **Lecciones aprendidas.** Tener claro el paso a paso de la reparación de los márgenes palpebrales, como identificar las estructuras, suturas y técnicas adecuadas, será crucial para ofrecerle el mejor abordaje y cierre primario a nuestros pacientes.

36TL ABCESO ESPLÉNICO EN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL: REPORTE DE CASO Kathleen Verónica Nolasco Ferrera¹, Rene Jemil Santos Puerto¹, Fabricio Alejandro Maradiaga Mendoza². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Universitario José Eleuterio González, Posgrado de Cuidados Críticos; México.

Introducción: El absceso esplénico es una afección poco frecuente con menos de 700 casos recogidos en la literatura médica desde principios del siglo XX. Se derivan generalmente de una infección a distancia, más raramente pueden ser provocados por extensión de infecciones contiguas, traumatismo, hemoglobinopatías e inmunodeficiencia. El diagnóstico puede ser determinado por estudios de imágenes o cultivos con una sensibilidad 11.4 y especificidad del 28,7 %. El tratamiento incluye antibioticoterapia, drenaje percutáneo o esplenectomía. **Descripción de caso:** Paciente hombre de 28 años, sin antecedentes personales patológicos, con el antecedente de exposición laboral en granja porcina, quien acude a la emergencia con historia de fiebre de 6 días de evolución, cuantificada 40°C, carácter continuo, acompañándose de ictericia hace 2 días, distribución cefalocaudal. Además, mialgias, vómitos, diarrea con dolor abdominal tipo cólico en cuadrantes superiores. Negó otra sintomatología. Al examen físico con signos vitales Presión Arterial 80/50 mmHg, FC 126 lpm, Pulso 126 ppm, FR 30 rpm, T 39° C, SatO₂: 94%, dependiente de oxígeno suplementario, cánula de alto flujo FiO₂ 60%, ECG 15 puntos, conjuntivas y

piel con ictericia, dolor abdominal a la palpación profunda en cuadrante superior izquierdo, se ingresó a UCI. Colangiorensonancia se observa lesión nodular heterogénea de 3.6 cm en bazo. Serología: *Entamoeba histolytica* positiva. Se inició triple terapia antibiótica meropenem, metronidazol, doxiciclina logrando mejoría clínica y egresando con estudio de imagen que reporta resolución imagenológica de lesión nodular. **Conclusiones/Recomendaciones:** A pesar de la poca prevalencia de los abscesos esplénicos, debe tenerse presente como diagnóstico diferencial ante pacientes con dolor abdominal, ictericia y fiebre. Aunque su presentación clínica es variable y a menudo inespecífica, con un diagnóstico oportuno la mayoría de los pacientes con abscesos esplénicos tienen un buen pronóstico. El tratamiento quirúrgico ha sido el tratamiento de elección, en casos que fracasa la terapia médica.

37TL QUISTE DE CONDUCTO CÍSTICO TODANI VI: REPORTE DE CASO. Victor Alberto Hernandez Padilla¹, William Allen Copeland Berlioz², Javier Alberto Moran³, Jorge Alberto Ventura⁴. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Cirugía General; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, Servicio de Cirugía General; San Pedro Sula, Honduras. ³Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Anatomía Patológica; San Pedro Sula, Honduras. ⁴Hospital Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Los quistes de Colédoco son dilataciones de la vía biliar, que pueden evolucionar de 10-30% a neoplasias. Desde su clasificación en 1977 Todani, los clasificó en 5 tipos. El tipo I, el más frecuente (80-90%), es una dilatación segmentaria o fusiforme del colédoco. El tipo II o divertículo en el cístico y el tipo III o coledococoele son los más raros (2%). El tipo IV es el segundo en frecuencia (10-15%). Se caracteriza por múltiples dilataciones quísticas de la vía biliar intra y extrahepática. El tipo V o enfermedad de Caroli es una afectación difusa quística de la vía biliar intrahepática. Excepcionalmente la dilatación quística afecta al conducto cístico, constituyendo el tipo VI. El primero de estos casos bien documentado data de 1983, y se propuso su inclusión como sexto tipo en 1991. **Descripción de caso:** Paciente femenina de 28 años de edad quien se presenta con historia de dolor abdominal de 11 días de evolución, localizado en epigastrio, con irradiación a cuadrante superior derecho y zona subescapular derecha, tipo cólico de 6/10 en escala subjetiva de dolor, que se exacerba a la ingesta de alimentos, se acompaña de vómitos posprandiales. Sin antecedentes relevantes excepto gestas 3, partos 3. Examen de abdomen sin datos relevantes, solo hipersensibilidad a la palpación en cuadrante superior derecho, signo Murphy positivo. Colangiorensonancia muestra vesícula biliar de tamaño normal, contiene micro nódulo hipointenso en su interior con medida de 4 mm, conducto cístico dilatado y tortuoso. Durante el procedimiento quirúrgico se observa el quiste a nivel del cístico, se le realiza colecistectomía abierta con derivación hepaticoyeyunoanastomosis en Y Roux con Asa de Hutson. La paciente evolucionó de forma satisfactoria. **Conclusiones/Recomendaciones:** El

quiste de conducto cístico Todani VI constituye una rareza cuyo correcto tratamiento es fundamental dado el potencial onco-génico. Hay poca literatura referente a este tema, se encontró menos de 20 artículos publicados.

38TL MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO. Juan Pablo Ordóñez Aguilar. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Neumología; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La miocardiopatía periparto (MCP) es una enfermedad caracterizada por insuficiencia cardíaca en mujeres al final del embarazo, o en el período postparto hasta los primeros cinco meses, y con Fracción de eyección del Ventrículo Izquierdo menor a 45%. Durante el embarazo, los niveles elevados de prolactina pueden fragmentarse en una forma tóxica dañando los vasos sanguíneos del corazón, causando inflamación y disfunción del ventrículo izquierdo. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 32 años, con antecedentes de preeclampsia severa quien presentó disnea progresiva, ortopnea, edema de miembros inferiores y tos acompañado de esputo hemoptoico. Se identificó insuficiencia respiratoria tipo 1, y edema pulmonar agudo. Se realizaron estudios de laboratorio y gabinete, incluyendo NT-proBNP, el cual se encontró elevado (32,305 pg/ml), ecocardiograma (FEVI 16.57%) y AngioTAC de tórax sin datos de tromboembolismo. La paciente recibió soporte ventilatorio y manejo farmacológico con dobutamina y diuréticos; posteriormente β -bloqueadores y antagonistas de aldosterona. Evolucionó favorablemente y fue dada de alta con tratamiento optimizado. **Conclusiones/Recomendaciones:** La MCP es una entidad potencialmente grave que requiere un diagnóstico y tratamiento temprano. El abordaje multidisciplinario mejora el pronóstico y la calidad de vida de las pacientes.

39TL HAMARTOMA MAMARIO DE RÁPIDA EVOLUCIÓN: LA CARA DOLOROSA DE UN TUMOR BENIGNO. Jenny Alejandra Zablah Ramos¹, Angeli Nicole Burgos Borjas¹, Jorge Joel Calderón Muñoz². ¹Fundación FUNHOCAM; Tegucigalpa, Honduras. ²Fundación CAMO; Santa Rosa de Copán, Honduras.

Introducción. El hamartoma mamario o fibroadenolipoma es una lesión mamaria benigna poco frecuente (0,1–0,7%), producto de la proliferación desordenada de estroma, epitelio y tejido adiposo, usualmente rodeados de pseudocápsula. Suele presentarse como masa palpable, móvil e indolora. Su eventual extirpación quirúrgica se considera ante síntomas, crecimiento notable o dudas clínicas serias. **Descripción de caso.** Paciente femenina de 50 años con aparición reciente de masa dolorosa en la mama izquierda. En la exploración inicial, la lesión mide 5 × 5 cm, es móvil, dura y con bordes regulares. Se solicitan mamografía y ultrasonido, constatando, al evaluarla nuevamente, un crecimiento a 8 × 5 cm, con características similares. La mamografía informa un BIRADS 0, sugiriendo posible hamartoma, y el ultrasonido clasifica la lesión como BIRADS 4-A. Ambos estudios muestran una cápsula típica de este tipo de tumor. Ante la persistencia de mastalgia severa,

refractaria a analgésicos, y con la biopsia confirmatoria de hamartoma mamario. Debido al crecimiento acelerado y el dolor continuo, se determinó el manejo quirúrgico mediante exéresis completa, buscando el alivio de los síntomas, la prevención de complicaciones futuras y la resolución definitiva de la lesión.

Conclusiones/Recomendaciones. El hamartoma mamario es una entidad benigna infrecuente con manifestaciones clínicas e imagenológicas variables. Su diagnóstico oportuno, a pesar de su rareza, es esencial para descartar lesiones malignas y orientar su manejo quirúrgico en casos sintomáticos con crecimiento rápido. El tratamiento definitivo mejora el pronóstico y la calidad de vida.

40TL TROMBOEMBOLIA PULMONAR, DERRAME PERICÁRDICO MASIVO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE CÁNCER PULMONAR DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS. Martha Consuelo Norris Mencías¹, Milicent Diossana Valladares Pérez¹, Dulce María Segura Perdomo¹, Joshua Carlo Andree Jaco Leiva². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. ³Universidad Nacional Autónoma de Honduras; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El cáncer de pulmón se clasifica en dos tipos: Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP), representa 85% de los casos, y cáncer de pulmón de células pequeñas (CPCP). El CPCNP incluye subtipos como adenocarcinoma, carcinoma de células escamosas y carcinoma de grandes células. La tromboembolia pulmonar (TEP) es una complicación frecuente en pacientes con CPCNP, debido al mayor riesgo de eventos tromboembólicos como trombosis venosa profunda (TVP) y TEP. En algunos casos, la TEP puede ser primera manifestación del cáncer, dificultando el diagnóstico y generando confusión clínica. **Descripción de caso:** Paciente masculino de 63 años con disnea de dos semanas de evolución, inicialmente de esfuerzos moderados, posteriormente de pequeños esfuerzos. Refiere edema bilateral de miembros inferiores de igual evolución. La radiografía de tórax mostró derrame pleural, 80% en el hemitórax izquierdo. En el tercer día hospitalario progresó a disnea en reposo colocándosele sonda endopleural, drenando 2100 ml, se envió muestras de líquido pleural, que resultó ser exudado. Ecocardiograma reporta derrame pericárdico masivo de 700 ml, realizando una ventana pericárdica. Durante la cirugía, el paciente sufre un paro cardiorrespiratorio resolviéndose con maniobras de RCP luego de 1 minuto. La tomografía de tórax mostró neoplasia pulmonar en lóbulo inferior izquierdo, con trombosis severa de la arteria pulmonar izquierda y sus ramas, trombosis de la vena ácigos y atelectasia. Biopsia de bronquio izquierdo confirmó carcinoma de células no pequeñas. **Conclusiones/Recomendaciones:** La TEP puede ser una manifestación inicial atípica del CPCNP debido al estado de hipercoagulabilidad asociado, la compresión vascular o la invasión tumoral. La presencia de derrame pericárdico sugiere la agresividad de la enfermedad, importante considerar causas oncológicas en presentaciones cardiovasculares inusuales. La pericardiocentesis es crucial para estabilizar al paciente,

pero procedimientos definitivos, como una ventana pericárdica, pueden ser necesarios debido a la recurrencia frecuente.

41TL NEUROLUPUS EN ADOLESCENTE: REPORTE DE CASO. Gabriela María Mejía Valladares¹, Carlos Genaro García², Wilmer Alejandro Madrid³. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Nacional Dr. Mario C. Rivas, Servicio de Neurología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras. ³Hospital Nacional Dr. Mario C. Rivas, Servicio de Neumología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune con mayor frecuencia en niñas (3:1). Se origina por el depósito de autoanticuerpos e inmunocomplejos. El neurolupus puede comprometer el sistema nervioso central y periférico, causando síntomas neuropsiquiátricos como cefaleas, convulsiones, psicosis, neuropatías y trastornos cognitivos. Pronóstico depende del daño renal y neurológico, con afectación neuropsiquiátrica más del 30%. **Descripción de caso:** paciente femenina 15 años, historia de presentar alopecia, hiporexia y erupción helicoidal en región malar de más de 6 meses de evolución. Ingresó en Hospital Mario Catarino Rivas el 31/2/2025 luciendo crónicamente enferma, con rash malar y palidez generalizada, anemia severa, hemoglobina 7.4 g/dl y trombocitopenia. Presenta dificultad respiratoria, bases pulmonares hipoventiladas, saturación de oxígeno 89% (FiO2 21%), rayos X de tórax: derrame pleural bilateral leve, ángulos costofrénicos borrados. Oligúrica, con lesión renal aguda, y ascitis. Durante su hospitalización presenta convulsiones tónicoclónicas generalizadas, con oculogiro y relajación de esfínteres, que fueron de difícil manejo, se le tuvo que tratar con tres anticomieles. Tomografía cerebral normal, ecocardiograma anormal, ANA positivo, Anca positivo, Anti DNA positivo, C3 y C4 bajos, panel viral negativo, BAAR de jugo gástrico negativo, VIH negativo. En conjunto con servicio de Nefrología, Neurología y Reumatología se inicia manejo farmacológico con furosemida, prednisona, plaquinol, espironolactona, calcio+vit D, oxcarbamacepina, fenitoína, levetiracetam, se le realizó 5 ciclos de plasmaféresis. Paciente se egresó el 15/3/2025 con citas para seguimiento por consulta externa de nutrición, neurología, reumatología, nefrología, con plan de realizar ciclos de ciclofosfamida por servicio de nefrología. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se debe tener presente la complejidad del LES, ya que frecuentemente los pacientes acuden tardíamente con diversas complicaciones, en el presente caso con neurolupus,

nefritis lúpica y poliseritis, que ameritó manejo multidisciplinario, se benefició de la terapia inmunosupresora y plasmaféresis. El seguimiento estrecho es crucial para optimizar su tratamiento y mejorar su pronóstico.

42TL CASO INUSUAL DE DOLOR TORÁCICO: INFARTO DE MIOCARDIO NO OBSTRUCTIVO EN PACIENTE CON MIGRAÑA. Vilma Alejandra Gómez Lara¹, Rocío Fabiola Salgado Hernández¹, Jorge Martín Beltrán Lima¹, Carlos José Melgar Díaz¹, Ana Cristina Ventura Díaz¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El infarto de miocardio no obstructivo (MINOCA) se define como ausencia de estenosis $\geq 50\%$ en una arteria epicárdica mayor demostrada en angiografía coronaria sin una causa específica de la presentación aguda más que infarto de miocardio. Su incidencia es de 6%, mayor en mujeres. La frecuencia de espasmo de arterias coronarias epicárdicas como causa de MINOCA está en un rango de 3-95% según la población estudiada. Las ergotaminas son un grupo de medicamentos ampliamente usados en pacientes con migraña. Uno de sus efectos secundarios es el espasmo coronario que usualmente se asocia a cambios en electrocardiograma y angina pectoris. **Descripción del caso:** Paciente hombre de 67 años con antecedente de migraña en tratamiento con ergotamina/cafeína/acetaminofen. Quien se presentó a la emergencia con historia de 20 días de evolución de cefalea hemicraneana, de intensidad moderada-severa, acompañada de fotofobia y fonofobia, la cual mejoró posterior a ingesta de 16 tabletas de ergotamina 1 mg. A su ingreso se quejaba de dolor torácico opresivo, intensidad severa, irradiado a brazo izquierdo y mandíbula. Troponinas cardíacas positivas y hallazgos en electrocardiograma de 12 derivaciones de onda t bifásica en precordiales. Al persistir con dolor torácico a pesar de manejo médico, se decide enviar a angiografía coronaria diagnóstica en donde no se encontró anomalía. Paciente evoluciona con mejoría en tratamiento médico posterior a indicación de nitratos. Es egresado sin complicaciones. **Conclusiones/Recomendaciones:** El diagnóstico de MINOCA es desafiante porque tiene características clínicas que se superponen con otras afecciones. Se necesita de angiografía coronaria para confirmación. El tratamiento de migraña con ergotaminas es seguro y la tasa de efectos secundarios es baja, sin embargo, deben tomarse en cuenta sus complicaciones cardiovasculares al usar dosis inapropiadas para la crisis aguda de migraña.

43TL ANGIOMIOLIPOMA RENAL MÚLTIPLE BILATERAL. REPORTE DE CASO. Carlos Leonardo Maldonado Estrada¹, Isabel Cristina Mejía Maldonado². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Radiología e Imágenes Médicas, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Hospital, San Pedro Sula. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El angiomiolipoma renal es la neoplasia benigna más frecuente del riñón, compuesto por vasos sanguíneos, músculo liso y tejido adiposo. Se presenta de forma esporádica o asociada a síndromes genéticos, siendo la esclerosis tuberosa y la neurofibromatosis las condiciones más comunes. La incidencia en la población general varía entre el 0.3% y el 3%, siendo más frecuente en mujeres que hombres. Aproximadamente el 50-70% de los casos son esporádicos, y el 30-50% restante se asocia a síndromes genéticos. Habitualmente asintomático, entre los síntomas destaca el dolor abdominal como síntoma más común. El diagnóstico se realiza mediante la ecografía y la tomografía computarizada, que identifican lesiones renales con densidad grasa y tejidos blandos. Las lesiones pequeñas y asintomáticas no requieren tratamiento; en cambio las sintomáticas o de gran tamaño se tratan con embolización selectiva, nefrectomía parcial o total, o crioterapia. La complicación más frecuente es la hemorragia retroperitoneal, que puede ocurrir hasta en un 25% de los casos por rotura espontánea, requiriendo intervención quirúrgica urgente. Menos frecuente puede complicarse con lesión renal o el síndrome de Wunderlich. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 41 años es captado incidentalmente tras presentar dolor abdominal crónico en flanco derecho. Se realiza ultrasonido y consecuentemente pielotomografía donde se reportan múltiples imágenes heterogéneas con densidad grasa (-80 UH) y densidad de tejidos blandos (70 UH) de distribución difusa bilaterales, apreciando en el polo superior de riñón derecho la de mayor tamaño que distorsiona su morfología. Es referido a consulta externa del servicio de Urología para decidir manejo. **Conclusiones/Recomendaciones:** Es esencial conocer a fondo las características y los protocolos de manejo de estas enfermedades poco frecuentes para garantizar decisiones terapéuticas precisas y bien fundamentadas. Se recomienda un abordaje multidisciplinario para optimizar el manejo, descartar diagnósticos diferenciales y prevenir complicaciones potencialmente letales.

44TL CALIDAD PERCIBIDA POR USUARIO, DE CONSULTA EXTERNA MEDICINA INTERNA HOSPITAL "MARIO C. RIVAS", SEPTIEMBRE 2024 CORTÉS, HONDURAS. Isaac Jonathan Marriaga Hernández¹, Sharon Hefziba Pineda Guevara², Victoria Díaz Cerrato³, Carlos A. Guevara⁴. ¹Salud Pública. Investigador independiente. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. ³Universidad Nacional Autónoma de Honduras; San Pedro Sula, Honduras. ⁴Universidad Católica de Honduras; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La calidad percibida es el juicio subjetivo que el paciente hace sobre el desempeño de una institución de

salud. Cumple un papel clave en su satisfacción y en la mejora continua del servicio. No se limita al éxito del tratamiento médico, sino que abarca múltiples dimensiones de la atención. **Objetivo:** Identificar la calidad percibida por los usuarios de consulta externa de medicina interna en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, Cortés, Honduras. Septiembre, 2024. **Materiales y Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, transversal. En una muestra de 331 pacientes adultos usuarios de la consulta externa de medicina interna, se aplicó el instrumento SERVPERF adaptado para salud, que mide cinco dimensiones de calidad: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía. Las respuestas fueron registradas en una escala de Likert, (1=percepción desfavorable, 5=percepción favorable). La satisfacción global se clasificó en insatisfecho (≤ 2.5), ni insatisfecho ni satisfecho (>2.5 y <4.0) y satisfecho (≥ 4.0). **Resultados:** El 71.9% de los encuestados fueron mujeres y el 28.1% hombres, con una edad promedio de 49.6 ± 15.9 años. Los puntajes en las cinco dimensiones de calidad fueron: elementos tangibles (3.90 pts.), fiabilidad (3.82 pts.), seguridad (3.81 pts.), empatía (3.75 pts.) y capacidad de respuesta (3.71 pts.). En cuanto a la satisfacción global, el 45.3% de los pacientes se encontraba satisfecho, el 43.8% ni satisfecho ni insatisfecho y el 10.9% insatisfecho. La consistencia interna del instrumento SERVPERF mostró un Alfa de Cronbach de 0.90. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los puntajes obtenidos reflejan una calidad aceptable, aunque con margen de mejora para alcanzar estándares más altos. Menos de la mitad de los encuestados se mostró satisfecho, lo que sugiere la necesidad de fortalecer aspectos clave del servicio. Se recomienda realizar evaluaciones periódicas para optimizar la calidad percibida. La consistencia interna del instrumento SERVPERF respalda su uso para este propósito en la población hondureña.

45TL CASO CLÍNICO: CUIDADOS PALIATIVOS UN ENFOQUE INTEGRAL. Bayron Josué Degrandes. Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Los cuidados paliativos son la asistencia activa, holística, de todas las personas con sufrimiento severo relacionado con la salud, debido a una enfermedad terminal. La identificación y atención de estos pacientes representa uno de los principales desafíos para los sistemas de salud públicos. **Descripción de caso:** Paciente masculino 78 años, conocido en Instituto Nacional Cardiopulmonar por Neumopatía obstructiva crónica avanzado, secundario a tabaquismo severo, manejado con inhaloterapia formoterol cada doce horas, Cor Pulmonale con furosemida 40mg, hipertensión arterial con irbesartan 150mg, diabetes mellitus con 10 mg dapagliflozina con apego al tratamiento y seguimiento. Múltiples ingresos en los últimos 2 años, disnea BORG 6-7 puntos, atendido por exacerbación de síntomas, caracterizado por tos, disnea, fiebre e hipoxemia, astenia, adinamia. Evaluándose con datos de tiraje subcostal, sibilancias y ronus bilaterales, edema de miembros inferiores. Estudios de laboratorio con leucocitosis, predominio

neutrofilia e eosinofilia. Rayos X de tórax sin datos de neumonía o atelectasias. Función renal y electrolitos normales, ProNP 2500. Se indica terapia con oxígeno, antibióticos, levofloxacina, inhaloterapia, diuréticos y sostén, con evolución satisfactoria. Se aborda en contexto de cuidados paliativos a familia y paciente, NECPAL positivo, estableciendo lista de necesidades, valoración multidimensional individualizada que permita desarrollar un plan de intervención. Se plantea el manejo domiciliario conjunto a familia, seguimiento con oxigenoterapia, optimizando inhaloterapia y terapia de falla cardíaca, además del abordaje de cuidados en casa. **Conclusiones/Recomendaciones:** La valoración integral del paciente es la esencia del abordaje en cuidados paliativos, contar con herramientas para identificar de forma temprana la necesidad de cuidados paliativos permite que profesionales dediquen tiempo para conocer las preferencias y valores de los pacientes, acotar objetivos más claros y facilitar la planificación de decisiones anticipadas. Además, puede mejorar la calidad de vida y el control de los síntomas, reducir gastos de atención médica e incluso aumentar la supervivencia

46TL. FORTALECIENDO SISTEMAS DE SALUD E INVESTIGACIÓN MEDIANTE ESTRATEGIAS COMPARTIDAS EN UNA COMUNIDAD DE PRÁCTICA GLOBAL. Bryain Maradiaga Mendoza^{1,2}, Jackeline Alger², Salvia Zeeshan², Prince Adjei², Marina Albada², Adam Dale², Trudie Lang². ¹Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras. ²The Global Health Network, Universidad de Oxford, Oxford, Reino Unido.

Introducción: A medida que el mundo trabaja para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible y mejorar los sistemas de salud, el desarrollo y la implementación responsable de la inteligencia artificial (IA) pueden reducir las brechas en materia de salud. **Descripción de la experiencia:** The Global Health Network (TGHN) forma parte de la iniciativa AI for Global Health (AI4GH), patrocinada por International Development Research Centre (IDRC, Canadá) y Foreign, Commonwealth & Development Office (FCDO, Inglaterra). Se busca fomentar una comunidad de práctica para el intercambio de conocimientos sobre IA en salud, centrándose específicamente en la salud sexual y reproductiva (SRMH) y la preparación, prevención y respuesta ante epidemias y pandemias (E/PP&R). TGHN-AI (<https://ai-globalhealthresearch.tghn.org/>) enfatiza la necesidad de reuniones presenciales que generen conversaciones y fomentar relaciones duraderas. Por ende, se contrastan actividades en diferentes regiones para desarrollar soluciones estandarizadas a problemas comunes. Desde una reunión en Nairobi en 2023 hasta Nagasaki en 2024, y el desarrollo de talleres en Dubái, Accra y Buenos Aires en 2025, espacios propicios para que partes interesadas e investigadores debatan los desafíos y las oportunidades regionales. Se promueve identificar brechas de conocimiento y establecer una comunidad de mentores ya que los sistemas de salud en el Sur Global suelen compartir deficiencias similares. TGHN busca facilitar un cambio significativo

mediante la colaboración interdisciplinaria que se alinee con las necesidades locales y los enfoques basados en la evidencia. **Lecciones aprendidas:** Generar conocimiento y fomentar la colaboración entre investigadores de diversas regiones es un desafío. El uso de herramientas digitales y formatos híbridos amplía los debates más allá de las reuniones presenciales, garantizando el intercambio de ideas y estrategias. TGHN AI implementa marcos de medición, evaluación y aprendizaje para evaluar el impacto. Este proceso iterativo de aprendizaje e implementación adaptativa busca mejorar los sistemas sanitarios y los ecosistemas de investigación regionales.

47TL EVALUACIÓN CALIDAD DE ATENCIÓN SANITARIA EN SERVICIOS DE SALUD, ISLAS DE LA BAHIA, HONDURAS 2022. Óscar Alberto Castejón Cruz¹, Cesar Eduardo Sabio Valdez², Jorge Raúl Maradiaga Chirinos². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. ²Universidad Católica de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Calidad está conformada por dos procesos clave, la normalización que define calidad por medio del establecimiento de los parámetros de desempeño esperados o marco normativo, y la vigilancia de la calidad, que es el acto de medición y verificación del cumplimiento de ese marco normativo. **Objetivo:** Implementar modelos SERVQUAL y SERVQHOS para evaluación de calidad en atención sanitaria de los establecimientos de primer y segundo nivel de Islas de la Bahía. **Materiales y Métodos.** Estudio no experimental, enfoque cuantitativo, transversal, descriptivo, población mayor de 18 años que acudió a los establecimientos de primer y segundo nivel de atención. El instrumento que se utilizó fueron los modelos SERVQUAL y SERVQHOS, se calcularon las brechas que identifican cinco distancias que causan problemas en la calidad del servicio, se calculó media, desviación típica y el alfa de Cronbach, así mismo índice de calidad. El procesamiento de los datos se realizó con el programa STATA V.16 y Microsoft office Excel®. **Resultados:** 383 pacientes encuestados, 48% fueron mujeres y 52% hombres. De acuerdo a la percepción, brechas de las dimensión 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, la escala de Likert nos demostró que la expectativa de calidad 45.7% y percepción 43.3% se consideran insatisfechos. El Índice de calidad -0.83 estadísticamente corresponde a un déficit o falta de calidad. **Conclusiones/Recomendaciones:** La expectativa y percepción de la calidad de los servicios asistenciales fueron calificadas de insatisfechas, que se refleja en quejas, reclamos y denuncias en los medios de comunicación, impacto en la sociedad, desprestigio de instituciones y, en algunos casos, en procesos judiciales. Recomendamos poder utilizar escalas de medición de satisfacción de los usuarios aportando mayor capacidad diagnóstica, de seguimiento y evaluación de intervenciones que orienten a la toma de decisiones gerenciales.

48TL DELIRIUM AGUDO COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA EN NEUROCISTICERCOSIS. -José Ramírez¹, Daniel Leiva¹, Francisco Cruz². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado Neurología; Honduras. ²Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Este reporte de caso en el Hospital Escuela Universitario pretende realizar una revisión del aspecto clínico-terapéutico del paciente afectado por neurocisticercosis, como primera manifestación clínica delirium agudo. Aunque los cambios conductuales pueden ser parte del cuadro clínico, el delirium como síntoma inicial es extremadamente raro y su incidencia no está especificada en la literatura. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 71 años, profesión porcicultura con historia de presentar alteración del estado de conciencia caracterizado por habla incoherente de 2 días de evolución y cefalea holocraneana tipo opresiva de moderada intensidad, trasladado al hospital regional donde se encuentra confuso con agitación psicomotriz con periodos de comportamiento agresivo, donde se evidencia crisis convulsiva tónico clónica generalizada con duración de 2 minutos. Se realiza TC Cerebral simple evidenciando múltiples lesiones quísticas en fase vesicular acompañado de edema perilesional supratentoriales, abordándose como infección de NCC en fase vesicular cumpliendo tratamiento dexametasona 8 mg iv cada 8 horas por 5 días, iniciándose Albendazol 400 mg vo TID por 30 días, fenitoína 100 mg vo BID con respuesta adecuada y resolución de cuadro clínico. IRM cerebral con gadolinio corroboró diagnóstico y confirma edema perilesional. Con test minimal al alta médica con 28 pts. Resultados laboratoriales Hemograma eosinofilia 0.4%, serología Elisa positiva para NCC en plasma, LCR incoloro, leucocitos 0/mm³, eritrocitos ausentes, proteínas 30mg/dl, glucosa 70.30mg/dl, eosinofilia negativa, EGH ausencia de parásitos y cristales de Charcot Leyden escasos. **Conclusiones/Recomendaciones:** El delirio agudo en pacientes con neurocisticercosis puede presentar un rango de síntomas cognitivos y neurológicos, que reflejan la compleja interacción entre la patología de la infección y sus efectos sobre el sistema nervioso central.

49TL RIESGO SUICIDA EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO: ESCALA SAD PERSONS. Alejandra Marcela Ventura Hernández¹. Lourdes Raquel Nolasco Saborío², Christian Roberto Castillo Mairena². ¹Centro Universitario Tecnológico, Medicina Legal y Forense; Tegucigalpa, Honduras. ²Centro Universitario Tecnológico; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El suicidio es un problema de Salud Pública, influenciado por presencia de factores de riesgo y ausencia de factores protectores que se pueden determinar con el uso de la escala SAD PERSONS. **Objetivo:** Determinar el riesgo suicida en los pacientes diagnosticados con Depresión Mayor de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza de Tegucigalpa, Honduras, en el periodo enero-diciembre del 2024. **Materiales y Métodos:** Investigación: cuantitativa, descriptiva,

transversal y observacional. Fuente de datos: cuestionario que contenía los criterios de la escala "SAD PERSONS" para determinar el riesgo de suicidio. Análisis de resultados: Microsoft Excel. **Resultados:** Participaron un total de 452 pacientes de las cuales: 64% (290) son del sexo femenino; 10% (47) tienen menos de 19 años y 42% (190) son mayores de 45 años; 80% (363) no tienen una relación sentimental estable; 70% (318) residen en Francisco Morazán; 85% (384) tienen apoyo social; 88% (398) tienen un diagnóstico de enfermedad psiquiátrica; 77% (346) no han cometido intento suicida previo; 92% (415) no tienen un plan organizado de suicidio; 52% (233) negaron trastornos cognitivos; 92% (417) negaron consumo de alcohol; 21% (93) tienen diagnóstico de enfermedad somática. En la suma de los ítems se encontró: 45.8% (207) con riesgo bajo, 41.8% (189) sin riesgo, 12.2% (55) riesgo medio y 0.2% (1) con riesgo alto de suicidio. **Conclusiones/Recomendaciones:** La prevención del suicidio es una prioridad mundial siendo parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La escala SAD PERSONS es una escala con alta sensibilidad y especificidad. Al ser utilizada en los pacientes de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, esta investigación ayudó hacer un abordaje necesario y oportuno a los pacientes que presentaron riesgo medio y alto como se recomienda según resultados de dicha escala, mejorando la intervención temprana y reduciendo la mortalidad asociada al suicidio.

50TL EVALUACIÓN RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADULTOS 40 -85 AÑOS: DESEMPEÑO MESA SCORE FRENTE AL ASCVD RISK SCORE. Sara Elizabeth Milla Salguero¹, Eduardo Smelin Perdomo Domínguez². ¹Hospital Nacional Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Honduras. ²Clínica Médica Villanueva; Villanueva, Cortés, Honduras.

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en Honduras. Ningún score de riesgo cardiovascular ha sido desarrollado con población latinoamericana, limitando su aplicabilidad en la región. El ASCVD Risk Score se basa en población blanca y afroamericana no hispana, mientras que el MESA Score incluye una cohorte multiétnica con hispanos. **Objetivo:** Comparar el desempeño diagnóstico del MESA Score frente al ASCVD Risk Score en la evaluación del riesgo cardiovascular en adultos de 40 a 85 años. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron 74 pacientes entre 40 y 85 años. La estimación del riesgo cardiovascular se realizó utilizando las calculadoras MESA Score y ASCVD Risk Score. Se evaluaron variables clínicas, antropométricas y bioquímicas. El ASCVD Score se utilizó como referencia para calcular la sensibilidad y especificidad del MESA Score, y se analizó la correlación entre ambos mediante el coeficiente de Spearman. **Resultados:** Se evaluaron 74 pacientes (edad media: 56.2 ± 9.8 años; 67.6% mujeres). La hipertensión estuvo presente en 64.9%, diabetes en 29.7% y tabaquismo en 10.8%. El 93.2% presentó sobrepeso u obesidad, y el 81.1% refirió antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular. En el perfil lipídico, 45.9% tuvo colesterol total ≥200 mg/dl, 62.2%

LDL ≥ 100 mg/dl, 36.5% HDL < 40 mg/dl y 53.4% triglicéridos > 150 mg/dl. El ASCVD Risk Score clasificó al 21.6% como de alto riesgo, mientras que el MESA Score identificó al 16.2%. La sensibilidad del MESA fue de 68.8% y su especificidad de 90.5%. Se observó una fuerte correlación entre ambos scores ($p = 0.88$; $p < 0.001$). **Conclusiones/Recomendaciones:** El MESA Score mostró una fuerte correlación con el ASCVD Risk Score y buen desempeño diagnóstico, con alta especificidad y sensibilidad aceptable. Sin embargo, se requiere validación local en estudios de mayor escala para confirmar su utilidad como herramienta principal de tamizaje en la región.

51TL MANIFESTACIONES MULTIORGÁNICAS DE LA INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN UNA PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: Juan Valle-Gonzales¹, Victoria Díaz-Cerrato², Miguel Antonio-Rubio², Vilma Gómez-Lara³, Carlos A-Guevara⁴, Celina Stayerman⁵. ¹Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Departamento de Gastroenterología; San Pedro Sula, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras Valle de Sula, Facultad de Ciencias Médicas; San Pedro Sula, Honduras. ³Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. ⁴Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, San Pedro Sula, Honduras. ⁵Laboratorios TechniPath en el Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La infección por citomegalovirus (CMV) es una causa rara pero potencialmente grave de enfermedad en pacientes inmunocompetentes. Aunque generalmente se presenta con síntomas leves o permanece asintomática, en algunos casos puede causar complicaciones graves como colitis, hepatitis y lesión renal aguda. **Descripción del caso:** Mujer de 65 años, sin antecedentes médicos relevantes, que acudió a urgencias con diarrea de 2 días de evolución, inicialmente con estrías sanguinolentas y luego hematoquecia. También presentó pérdida de peso no intencional de 5 libras en la última semana, astenia, adinamia y vómitos frecuentes. Al ingreso, los signos vitales fueron normales, pero mostró ictericia y hematoquecia en el tacto rectal. Las pruebas de laboratorio indicaron leucocitosis, anemia leve, y aumento de creatinina y BUN, lo que llevó a la indicación de hemodiálisis de rescate. Las pruebas de función hepática mostraron lesión hepatocelular. La tomografía reveló colitis ulcerativa y esteatosis hepática, y la colonoscopia mostró lesiones infiltrativas en el colon izquierdo. Las pruebas para VIH, hepatitis B y C, leptospirosis, y marcadores autoinmunes fueron negativas, pero la IgG para CMV fue positiva. La biopsia de colon mostró ulceración severa y células con citomegalia, sugiriendo efecto citopático viral por CMV. La carga viral PCR CMV fue de 2059 IU/ml. Se trató con valganciclovir por una semana, con normalización de la función hepática y renal. La paciente permaneció asintomática al momento del egreso. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se destaca la importancia de considerar la infección por CMV en el diagnóstico diferencial de pacientes inmunocompetentes con manifestaciones gastrointestinales, hepáticas y renales, incluso

en ausencia de factores de riesgo conocidos. Un alto índice de sospecha, es esencial para el manejo de estas complicaciones potencialmente mortales. La intervención temprana fue crucial para el éxito del tratamiento.

52TL SÍNDROME DE DRESS SECUNDARIO A USO DE ANTIFÍMICOS: Kevin Edgardo Lainez¹, José Orlando Maldonado². ¹Servicio Materno Infantil; Las Vegas, Santa Bárbara, Honduras. ²Instituto Nacional Cardiopulmonar; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El síndrome de DRESS es causado por el uso de fármacos o infecciones virales, se caracteriza por síntomas sistémicos como fiebre, exantema generalizado y alteraciones laboratoriales con eosinofilia y aumento de enzimas hepáticas, presentando falla multiorgánica en los casos más graves. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 32 años, desempleado, procedente de Puerto Lempira, Gracias a Dios, con antecedente personal patológico de tuberculosis pulmonar, tratada con 4 tabletas cuádruples cada día, tras un mes de tratamiento presenta exantema cutáneo, que inició en la región torácica y avanzó hacia la región abdominal con 5 días de evolución, a su vez refiere fiebre con 3 días de evolución, no cuantificada subjetivamente alta, por lo que es referido y a su vez ingresado a la sala de Tuberculosis en el Instituto Nacional Cardiopulmonar, al examen físico inicial se observa exantema en tórax y abdomen, sin lesiones orales, al ingreso se realizan exámenes laboratoriales, hemograma, química sanguínea, los cuales presentan eosinofilia marcada $0.82 \times 10^9/\mu\text{L}$ y aumento de las enzimas hepáticas ALT 179.0 U/L y AST 45.0 U/L, a los 22 días se interconsultó con el servicio de inmunología, se le realizó prick test en clínica privada mostrando alergia leve inmediata al etambutol y alergia moderada inmediata a la rifampicina, por lo que se tuvo que desensibilizar con esteroides orales y adecuar su tratamiento a bedaquiline, linezolid, levofloxacina y clofamizina por 9 a 12 meses. Tras 35 días hospitalizados el paciente se egresó de la sala de tuberculosis de forma satisfactoria con seguimiento en la consulta externa. **Conclusiones/Recomendaciones:** El síndrome de DRESS es un cuadro clínico que debe ser sospechado para poder llegar a ser diagnosticado de forma oportuna, sin tratamiento puede llegar a falla multiorgánica, por lo que se debe hacer un diagnóstico precoz.

53TL EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE CIRROSIS HEPÁTICA EN MUJERES EN ZONA CON BAJA HEPATITIS C. Silvia Portillo¹, Alejandra Reyes¹, Raul Zelaya¹, Vilma Portillo¹, Jorge Suazo¹, Marcela Banegas². ¹Centro de Enfermedades Digestivas, Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras. ²Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La cirrosis es más común en hombres que en mujeres, relación 2:1, siendo ingesta de alcohol en hombres y hepatitis C en mujeres los principales factores etiológicos. Una revisión de 70,571 estudios de endoscopia digestiva alta reali-

zados 2007-2019, encontró tratamiento con ligadura de varices en 1,366 pacientes, 54.3% fueron mujeres. Según datos de donantes de sangre en Honduras, la prevalencia de anticuerpos para hepatitis C es 0.07%. **Objetivo:** Evaluar factores de riesgo asociados al origen de cirrosis en mujeres hondureñas. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal, realizado en mujeres >18 años con tratamiento para varices de enero 2023-febrero 2025. Variables estudiadas: datos demográficos, antecedentes patológicos, quirúrgicos, familiares, paridad, hábitos alimenticios, transfusiones. El análisis estadístico descriptivo se realizó con el software IBM SPSS versión 27. **Resultados:** 96 mujeres con diagnóstico de cirrosis fueron interrogadas. La edad de 65 ± 10.8 años. 69 (71.9%) provenían del área rural. 89.6% tenían ninguna o escolaridad incompleta. 83.3% amas de casa. Sus hábitos en los últimos 20 años, 21 (22%) refirió consumo de alcohol por más de 10 años. 85.4% consumía gaseosas de manera habitual, pan con café (90.6%). 71 (74%) había tenido sobrepeso en diferentes periodos de su vida. 12 (12.5%) refirió haber sido transfundida. 69.8%. Fue sometida a cirugía (21.9%). 45.8% refirió hipertensión, 34.4% diabetes y 31.2% antecedente familiar de cirrosis. **Conclusiones/Recomendaciones:** El perfil de la mujer en este estudio: entre quinta y sexta década de la vida, bajo grado de escolaridad, área rural, ama de casa, que no ingiere alcohol ni ha sido transfundida, múltipara, que con alguna frecuencia (31.2%) tiene un familiar con cirrosis, con afinidad al consumo de café con pan (90.6%) y a la ingesta de gaseosas (85.4%), con sobrepeso (74%). Estos resultados orientan hacia un origen metabólico de la cirrosis, sin embargo, aún faltaría realizar otras investigaciones en este grupo.

54TL PREVALENCIA DE ENFERMEDAD POR HÍGADO GRASO ASOCIADO A DISFUNCIÓN METABÓLICA EN POBLACIÓN CON OBESIDAD. Elvin Omar Videa Irías¹, Daniela Milagro Rivera Ulloa², Katherine Chinchilla², Marcela Nathaly González Ortiz², Stephany Gabriela Portillo Rosales². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Clínica de Atención Médica Integral, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. ²Clínica de Atención Médica Integral; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La disfunción metabólica asociada a la enfermedad por hígado graso no alcohólico (MASLD) tiene una prevalencia general de 38% y 75% en personas con obesidad. Se ha convertido en la enfermedad hepática crónica más frecuente a nivel mundial y es la principal causa de cirrosis y hepatocarcinoma. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de MASLD en pacientes con obesidad atendidos en clínica CAMI (Clínica de Atención Médica Integral) durante el año 2024. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes que asisten a la consulta externa de CAMI y que cumplieron con los criterios de inclusión, contando con 88 pacientes seleccionados aleatoriamente. Se utilizó un instrumento estructurado para la recolección de la información. **Resultados:** se estudiaron 88 pacientes, el 73% mujeres y el 27% hombres; el 54.6% (48) comprendidos entre las edades de 40-70 años. Comorbilidades: DM 2 en el 25%, Hipertensión Arterial en el

48.9%. En ecografía hepática el 85.2% de los pacientes presentaron esteatosis hepática (EH) con los siguientes grados: I 45.4%, II 44%, III 10.6%. La MASLD se presentó en el 85% de pacientes (75), de ellos, las mujeres representaron el 81.2% (52) y los hombres el 26.1%. En relación al grado de EH y criterios clínicos para MASLD presentaron 3 o más de ellos un 100% (8) en EH grado III, el orden de criterios de mayores frecuencias fueron IMC, HTA, glicemia, dislipidemia mixta. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se demostró una prevalencia de MASLD en 9 de 10 personas estudiadas, mediadas por la presencia en la población de estudio condiciones como DM, HTA, Dislipidemias Mixtas que incrementan el riesgo. Recomendamos aplicar con los pacientes con factores de riesgo estudios para determinar la presencia de MASLD y llevar con ellos programas integrales para mejorar la calidad de vida.

55TL MELANOMA: MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO. Annie Gabriela Gómez Hernández¹, Nora Waleska Escoto Álvarez², Miriam Y. González Matute³, Nelly J. Sandoval Aguilar⁴. ¹Hospital Escuela, Posgrado de Dermatología; Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Departamento de Dermatología; Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Escuela, Cirugía Dermatológica, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas. ⁴Hospital Escuela, Dermatopatología; Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Departamento de Patología, Tegucigalpa, Honduras

Introducción. El melanoma es un tumor maligno de los melanocitos. La incidencia continúa en ascenso, también la recurrencia y tasas de letalidad. La estadificación del melanoma es crucial para determinar el plan terapéutico y sobrevida del paciente. Con el fin de contribuir al diagnóstico del melanoma, es adecuado considerar estudios de imagen, que permitan establecer la presencia de metástasis. El melanoma en etapas tempranas puede ser tratado solo con cirugía y tener altas tasas de supervivencia. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 68 años, se presenta en septiembre del 2024 por dermatosis en la cara lateral del brazo izquierdo, con evolución de 4 años, con prurito y ardor. Presenta placa, asimétrica, con bordes irregulares, coloración marrón no uniforme, oscilante con negro, que mide 1.5x1.2 cm. A la dermatoscopia presenta velo azul blanquecino y escamas en la superficie, bordes borrosos y patrón pigmentario irregular. Se realizó biopsia excisional de piel, que reportó melanoma extensivo superficial, espesor de 1.2 mm, sin invasión linfovascular y perineural. La evaluación física se complementó con estudios tomográficos contrastados de cerebro, cuello, tórax y abdomen, sin datos de extensión de la enfermedad. En diciembre de 2024 se realiza la cirugía radical completa del melanoma, en la biopsia postquirúrgica no se observa neoplasia residual. Se decide seguimiento en dermatología y dermatología oncológica. **Conclusiones/Recomendaciones:** El melanoma, a pesar de ser poco frecuente, puede requerir en etapas avanzadas de la enfermedad decisiones terapéuticas intensivas, con mayores costos y que impliquen mayor riesgo en el paciente, así como afectar la supervivencia. Resulta imprescindible la intervención educativa de

los proveedores de salud para realizar un adecuado abordaje oportuno del paciente con melanoma.

56TL PÉNFIGO SEBORREICO. Perla Iris Vásquez H¹, Benilda I. Martel Ramos¹, Nelly J. Sandoval Aguilar². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado de Dermatología; Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Departamento de Dermatología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El pénfigo es un grupo de enfermedades autoinmunes caracterizadas por ampollas y erosiones en piel y mucosas, causadas por autoanticuerpos IgG contra proteínas desmosómicas, principalmente desmogleínas 1 y 3, lo que genera acantosis y apoptosis de los queratinocitos. Se clasifica en pénfigo profundo (vulgar y vegetante) y superficial (foliáceo, eritematoso y seborreico). El pénfigo seborreico es una variante excepcional, descrita por Schyder en 1969, con una incidencia estimada entre 0.1-0.5 casos por cada 100,000 habitantes al año y una prevalencia de 0.5-3.2 por cada 100,000 habitantes. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 58 años, procedente de Comayagua, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia, con dermatosis generalizada bilateral y simétrica de inicio en la región centrofacial. Se caracterizaba por placas eritematosas bien definidas con escamas amarillas gruesas y oleosas, junto con hematocostras en la superficie. Las lesiones progresaron a áreas seborreicas (tórax anterior y posterior), con presencia de ampollas flicúlicas de contenido seroso, exulceraciones y signo de Nikolsky positivo. El estudio histopatológico reveló ampolla subcórnea, leve hiperqueratosis y paraqueratosis focal, leve acantosis regular en el estrato de Malpighi e infiltrado inflamatorio perivascular superficial linfocitario, confirmando el diagnóstico de pénfigo seborreico. Se administró metilprednisolona 1,000 mg/día por 5 días, seguida de prednisona 1.5 mg/kg/día en esquema piramidal, micoferolato de mofetilo 500 mg cada 8 horas, corticoides tópicos y antihistamínicos de primera generación. A las seis semanas, las lesiones disminuyeron en extensión y mejoraron clínicamente, permitiendo reducir progresivamente la dosis de corticoides sistémicos. **Conclusiones/Recomendaciones:** El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno son esenciales para evitar complicaciones. La documentación de nuevos casos es clave para mejorar el conocimiento epidemiológico y optimizar el manejo terapéutico de esta enfermedad rara, pero clínicamente relevante. Su similitud con otras patologías resalta la importancia de un abordaje clínico e histopatológico adecuado.

MELANOMA IN-SITU EN LABIO INFERIOR. Susely Villeda¹, Karen Santos², Rennie Medina³. ¹Liga Contra el Cáncer; San Pedro Sula, Honduras. ²Liga Contra el Cáncer, Servicio de Dermatología, San Pedro Sula. ³Universidad Católica de Honduras; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El melanoma es un cáncer de piel agresivo y mortal, pero si se detecta a tiempo, su tratamiento tiene alta tasa de éxito. El melanoma in-situ es una forma temprana,

localizada sólo en la epidermis. Aunque es más común en áreas expuestas al sol, puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, incluyendo la cavidad oral y los labios. El melanoma de mucosa oral representa el 0,2-8% de todos los melanomas y el 0,26-0,5% de los cánceres orales. Los factores de riesgo incluyen la exposición solar, antecedentes familiares de melanoma, piel clara y uso de tabaco. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 67 años, fototipo cutáneo IV, no fumadora. Presentó una mancha oscura en el labio inferior de siete meses de evolución que comenzó a generar ardor. Se observó en la porción media del labio inferior, una lesión macular de aproximadamente 1.5 cm de diámetro, asimétrica, con bordes mal definidos, y pigmentación heterogénea, variando entre tonos marrón claro y oscuro, con una superficie lisa. La dermatoscopia mostró una mácula de bordes irregulares, con múltiples colores (café oscuro, café claro, rojo, blanco, gris y azul), con zona de discreta ulceración. La biopsia mostró pleomorfismo moderado en las células melanocíticas, desmoplasia leve y una reacción linfocitaria leve. Se diagnosticó un melanoma in-situ de labio inferior. **Conclusiones/Recomendaciones.** Toda lesión dérmica de reciente aparición debe ser estudiada por dermatología.

57TL LÉNTIGO MALIGNO EN MUCOSA ORAL. Susely Villeda¹, Karen Santos², Rennie Medina³. ¹Liga Contra el Cáncer; San Pedro Sula, Honduras. ²Liga Contra el Cáncer Servicio de Dermatología; San Pedro Sula, Honduras. ³Universidad Católica de Honduras; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El léntigo maligno (LM) es una variedad de melanoma cutáneo *in situ* que típicamente aparece en zonas con un daño solar evidente, especialmente en la nariz y las mejillas de personas de edad avanzada. Cuando el LM infiltra la dermis o más allá, es decir, cuando deja de ser *in situ*, pasa a llamarse lentigo maligno melanoma (LMM). Representa entre el 0,2% y el 8% de todos los melanomas malignos, con localizaciones más frecuentes en la encía maxilar, la mucosa palatina y los labios. Solo entre el 2% y el 5% de los casos de lentigo maligno progresan a melanoma invasivo. **Descripción del Caso:** Paciente femenina de 60 años que acude por la presencia de una lesión pigmentada en la comisura labial izquierda, de tres meses de evolución, sin síntomas asociados. Tenía antecedentes personales de Carcinoma Basocelular extirpado hace un año. Al examen físico, con fototipo III, que presenta una mácula pigmentada, asimétrica, con bordes irregulares, que mide aproximadamente 0.5 cm de diámetro. Se observan dos tonalidades de café (claro y oscuro) en la lesión. La biopsia de piel mostró una proliferación pagetoide de células melanocíticas confinadas a la epidermis, con discreta atipia celular y presencia de pigmento melánico. No se observó formación nodular, invasión dérmica ni presencia de células névicas en el examen histopatológico. El diagnóstico histológico fue Lentigo Maligno. Se realizó escisión quirúrgica de la lesión con márgenes de seguridad. **Conclusiones/Recomendaciones:** La escisión quirúrgica con márgenes de seguridad es el tratamiento recomendado. Las lesiones pigmentadas en mucosa oral deben abordarse con alto índice de sospecha. Se sugiere el seguimiento clínico

con evaluación dermatológica periódica. Debe considerarse la realización sistemática de biopsias en lesiones atípicas incluso en áreas no fotoexpuestas.

58TL ACTUALIZACIÓN SOBRE TRAUMATISMO ABDOMINAL PEDIÁTRICO, REVISIÓN GUÍAS ATOMAC. Juan Carlos Henríquez Tábor¹, Giovannie Humberto Marie Aguilar². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Dr. Mario C. Rivas, Servicio de Cirugía Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

El trauma abdominal representa la tercera causa de muerte por trauma, principalmente por lesiones inadvertidas, siendo mayor al asociarse a lesiones craneoencefálicas. El tratamiento no operatorio es el estándar de cuidado en niños con traumatismo abdominal reservando la cirugía solo en caso de no respuesta al manejo conservador y cuando se sospecha de peritonitis. Los estudios de imagen están indicados solo para delimitar grado de lesión, siendo la Tomografía abdominal contrastada el "Gold Standard", la decisión terapéutica se basa al estado hemodinámico del paciente y no al grado de lesión. Se sugiere ingresar a unidad de cuidados intensivos a todos los pacientes con lesiones grado IV-V. En pacientes con datos clínicos de sangrado activo e inestabilidad hemodinámica se recomienda estabilizar previo a los estudios de imagen. Se recomienda limitar el uso de cristaloides y transfundir de forma precoz, además, en caso de protocolos de transfusión masivo se recomienda una relación 1:1:1 con Glóbulos rojos empacados, plasma fresco congelado y plaquetas. Se considerará fallo de tratamiento no operatorio cuando se amerita transfundir > 40 ml/kg o 4 UI de glóbulos rojos empacados, en este, caso se brindará abordaje quirúrgico. Además, en paciente estable se considerará hemoglobina < 7.0 g/dl para realizar transfusiones sanguíneas y se sospechará de sangrado activo cuando hay una variación de hemoglobina > 0.5g/dl en 12 horas. La estadía hospitalaria será según grado de lesión + 1 día, el regreso actividad según grado de lesión + 2 en semanas. En pacientes sin inestabilidad hemodinámica se podría egresar posterior a las 24 horas. Esta guía tiene similitudes con el ATLS respecto al manejo no operatorio inicial, pero difiere en el manejo de la inestabilidad hemodinámica, ya que en el ATLS aplica lo estudiado en el paciente adulto en la población pediátrica, llevando a cirugías innecesarias en ocasiones.

59TL CARBÓN ACTIVADO, EFECTIVO EN INTOXICACIÓN POR DIGOXINA: REPORTE DE CASO. Brigitte Lizeth Flores Raudales¹, Andrea Melissa Corado Mendoza¹, Linda Banegas Pineda². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría, San Pedro Sula, Honduras. ²Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La digoxina se utiliza en niños para tratar la insuficiencia cardíaca, su estrecho margen terapéutico y las interacciones farmacológicas, sobre todo con el uso de diuréticos,

cos, predisponen a desequilibrios electrolíticos particularmente hipokalemia e hipomagnesemia, que incrementan la susceptibilidad a toxicidad digital. Las intoxicaciones son raras, pero representan una amenaza grave para la vida, con síntomas como vómitos, anorexia, arritmias graves y paro cardíaco. Se considera tóxica una concentración sérica superior a 2 ng/ml. El tratamiento estándar son los fragmentos Fab de anticuerpos antidigoxina, pero en nuestro país, no están disponibles, por lo que se utiliza carbón activado como opción alternativa. **Descripción del caso:** Se presenta el caso de una niña de 19 meses con síndrome de Down y cardiopatía congénita, tratada con una dosis terapéutica de digoxina (6 mcg/Kg/día) y diuréticos. La paciente presentó bradicardia, hiporexia, vómitos e hipoactividad, con niveles de digoxina de 5 ng/ml. Un electrocardiograma mostró descenso del segmento ST, signo característico de intoxicación por digoxina. Fue ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) con diagnóstico de intoxicación digital y alteraciones electrolíticas como hipocalcemia e hipokalemia, sin signos de hipoperfusión, ni compromiso respiratorio. Se administró carbón activado a 1 g/kg por sonda nasogástrica cada 6 horas, logrando corregir los niveles de digoxina a 1.8 ng/ml. La paciente permaneció hospitalizada durante 4 días y fue dada de alta en condiciones estables. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este caso destaca la importancia del monitoreo en pacientes tratados con digoxina, especialmente cuando se usan diuréticos. El uso adecuado de carbón activado, de bajo costo y accesible, es eficaz en el manejo de la intoxicación. Se recomienda capacitación médica continua y la disponibilidad de fragmentos Fab para un tratamiento más eficiente.

60TL SÍNDROME DE FOXG1: Carol Josseline Zuniga García. Hospital Nacional Mario C. Rivas, Servicio de Neurología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El síndrome *FOXG1* es una encefalopatía epiléptica-discinética descrito inicialmente como una variante del síndrome de Rett, es extremadamente rara y se encuentra en el 1-2% de los pacientes con sospecha de trastorno del espectro autista. Este síndrome afecta ambos sexos, en el 69% de los casos mujeres. Es una enfermedad con un espectro fenotípico amplio y presenta un componente genético heterogéneo, el cual se ha asociado a microdeleciones y translocaciones en diferentes genes como *CDKL5/STK9*, *NTNG1*, y recientemente el factor de transcripción cerebral *FOXG1*. Caracterizado por la aparición temprana de microcefalia, retraso grave del desarrollo global y afectación cognitiva, discinesia y movimientos hiperkinéticos, discapacidad visual, comportamiento autista, estereotipias, trastornos del sueño, epilepsia y malformaciones cerebrales (como hipoplasia del cuerpo calloso, anomalía del prosencéfalo, y mielinización retardada). **Descripción del caso:** Se trata de paciente masculino de 3 años, procedente de Río Chiquito, hijo único, no consanguinidad, sin factores de riesgo perinatal, inicia sintomatología a los 5 meses con crisis tónico clónica generalizada, crisis focales y espasmos. Al examen neurológico, PC 40 cm (≥P3), microcefalia, presenta

seguimiento visual, sonrisa social, coceo-palpebral presente bilateral, no sostén cefálico, hipotonía global, hiporreflexia, movimientos involuntarios, electroencefalograma 2022 normal, resonancia de cerebro con disminución de volumen cortico subcortical importante. Se realiza panel genético para epilepsias reportando variante patogénica heterocigota en el gen *FOXG1* confirmando diagnóstico. Actualmente paciente se encuentra libre de crisis clínicas desde marzo 2024, en tratamiento con tres fármacos anti crisis, ácido valproico, levetiracetam y topiramato.

Conclusiones/Recomendaciones: se deben realizar estudios genéticos en cualquier paciente con epilepsia que aún no tenga una etiología establecida, independientemente de la edad y el control de las crisis.

61TL LIPOFUSCINOSIS NEURONAL CEROIDEA: Carol Josseline Zuniga García. Hospital Nacional Mario C. Rivas, Servicio de Neurología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Las epilepsias mioclónicas progresivas (EMP) son enfermedades neurodegenerativas infrecuentes, clínica y genéticamente heterogéneas, caracterizadas por presentar mioclonías, crisis epilépticas y deterioro neurológico progresivo. Dentro de las causas de estas; se encuentra la Lipofuscinosis Neuronal Ceroidea, se conocen más de 400 variantes en 14 loci diferentes (CLN1 al 14). El tipo de herencia mendeliana generalmente es autosómica recesiva y es la causa más frecuente de demencia en niños, y el desorden lisosomal más común. Suele aparecer en sus diferentes formas entre el nacimiento y la adultez. Su incidencia en Estados Unidos se estima en 1.6-2.4 por cada 100 000 habitantes. **Descripción del caso:** se trata de paciente femenino de 5 años, procedente de Yoro, única hija, no consanguinidad, sin factores de riesgo perinatal. Neurodesarrollo: sostén cefálico 1 año, sedestación 15 meses, deambulación 18 meses, lenguaje normal para su edad. Inicia sintomatología a los 18 meses con caídas frecuentes, septiembre 2022 presenta crisis tónico clónicas generalizadas llegando a desarrollar estados epilépticos de difícil control, para junio 2023 presenta síndrome regresivo, valoración oftalmológica con fondo de ojo normal, actualmente paciente de custodia, no tiene seguimiento visual, cuadriparesia espástica, movimientos involuntarios, electroencefalograma ritmo lento, bajo voltaje para la edad, resonancia de cerebro con múltiples lesiones hiperintensas en sustancia blanca, disminución de volumen cortico subcortical importante. Se realiza panel genético reportando variante homocigota del gen *KCTD7* confirmando diagnóstico de Lipofuscinosis Neuronal Ceroidea tipo 14. Libre de crisis clínicas desde 12/24, en tratamiento con tres fármacos anti crisis, levetiracetam, topiramato y ácido valproico.

Conclusiones/Recomendaciones: un diagnóstico oportuno marca la diferencia en calidad de vida, tratamiento específico y asesoramiento genético a la familia.

62TL HIPOGLUCEMIA NEONATAL SEVERA Y PERSISTENTE, E ICTERICIA COMO MANIFESTACIONES INICIALES DE PANHIPOPITUITARISMO CONGÉNITO: Gabriela Guardado¹, Eugenia Araujo¹, Paola Bonilla², Ingrid Kattan³. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Mario C. Rivas, Servicio de Endocrinología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras. ³Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El panhipopituitarismo congénito es una deficiencia de una o más hormonas hipofisarias, con una incidencia de 1 en 4,000 a 1 en 10,000 nacidos vivos. Puede manifestarse con hipoglucemia severa, ictericia prolongada y dismorfias faciales o genitales. **Descripción de casos:** Se presentan dos recién nacidos con hipoglucemia persistente e ictericia neonatal prolongada. Caso 1: Recién nacido masculino, con micropene y testículos retráctiles. A las 8 horas presentó hipoglucemia sintomática (6.2 mg/dL) e ictericia (BT: 10 mg/dL). Se documentaron niveles bajos de GH (2.4 ng/mL), cortisol (1.2 µg/dL) e hipotiroidismo central. Se diagnosticó panhipopituitarismo congénito e inició terapia de reemplazo hormonal y esteroides. Caso 2: Recién nacida femenina con sepsis neonatal tardía, ictericia y episodios recurrentes de hipoglucemia (mínima 34 mg/dL). Requirió infusión de dextrosa hasta 11 mg/kg/día e hidrocortisona. Se diagnosticó hipotiroidismo central (TSH: 0.1656 µIU/ml, T4 libre: 0.71 ng/dL) y panhipopituitarismo congénito con cortisol matutino de 6.52. Inició terapia de reemplazo hormonal. **Conclusiones / Recomendaciones:** El panhipopituitarismo congénito es una causa rara pero tratable de hipoglucemia neonatal severa e ictericia prolongada. Su diagnóstico temprano es clave para evitar daños neurológicos y metabólicos. Se recomienda evaluar perfiles hormonales en neonatos con estas manifestaciones y manejo multidisciplinario con endocrinología, neurología y pediatría para optimizar el desarrollo del paciente.

63TL INSUFICIENCIA HEPÁTICA ASOCIADO A DENGUE EN LACTANTE: Luis Fernando Bardales Diaz del Valle¹, Edwin Mauricio Cantillano². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ²Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Intensivos Pediátricos; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La insuficiencia hepática asociada al dengue en lactantes es una condición rara pero clínicamente relevante, debido a la inmadurez del sistema inmune y la respuesta inflamatoria exacerbada. Su patogénesis involucra daño hepático directo por el virus y una respuesta inmune desregulada. Los síntomas incluyen ictericia, hepatomegalia y encefalopatía en casos graves. El diagnóstico se basa en serología para dengue y pruebas de función hepática. El tratamiento es principalmente de soporte, incluyendo manejo de la deshidratación y monitorización de funciones hepáticas y renales. **Descripción del**

caso: Paciente con antecedente de prematuro de 28 semanas que presentó ictericia neonatal y sepsis, cuadro febril a los dos meses de vida, acompañado de evacuaciones diarreicas con estrías sanguinolentas. Fue ingresado por deshidratación severa y bicitopenia, con sospecha inicial de dengue grave, hepatitis reactiva y trombocitopenia severa. Ingresó a cuidados intensivos pediátricos en estado de choque distributivo y acidosis metabólica. Los estudios confirmaron dengue con falla hepática e hipoglicemia refractaria, requiriendo manejo especializado con inmunoglobulina intravenosa y antibióticos de amplio espectro. Los hallazgos por imágenes mostraron hepatomegalia, ascitis, alteraciones en la vía biliar y flujo hepatofugal, sugiriendo hipertensión portal. Se descartó infección por citomegalovirus y se instauró un tratamiento de soporte, logrando la resolución de la ictericia y una evolución favorable del paciente. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El pronóstico depende de la severidad de la insuficiencia hepática y la rapidez del tratamiento. En la literatura, se han reportado casos con evolución favorable sin necesidad de trasplante hepático. La detección temprana y un manejo adecuado son claves para mejorar los resultados en lactantes con esta complicación.

64TL DENGUE NEONATAL. Karina Isabel Calderon Peña¹, Marissa Anariba², Isaira Sánchez². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Neonatología; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El dengue puede transmitirse al recién nacido por dos vías, de forma vertical o por contagio horizontal. La transmisión vertical es infrecuente reportando una incidencia menor al 0.3 %, este se transmite de una mujer que cursa dengue durante el embarazo en cualquiera de sus formas clínicas. El riesgo de dengue neonatal estará presente cuando la madre lo adquiera 7 días previos al parto. **Descripción del caso:** Recién nacida femenina, al momento del parto, la madre con infección respiratoria de una semana de evolución, referida a Hospital de tercer nivel por trombocitopenia. Nació vía vaginal, Apgar 8 y 9, a término de 38.5 semanas de gestación por Capurro. Desde su nacimiento requirió O2 nasal, el cual se mantuvo durante nueve días, a las 24 horas de vida PCR negativo, con hemograma Leucocitos 14.5, Hematocrito 51.1%, Plaquetas 125,000, a las 48 horas de vida hemograma con leucocitos 4.05, Hematocrito 51.8%, plaquetas en descenso 93,000, llegando hasta 15,000 plaquetas a su noveno día de vida. Antígeno Ns1 positivo, anticuerpos anti dengue negativo. Ultrasonido abdominal reportó escaso líquido libre a nivel perihepático derecho. Fue manejado con 2 dosis de inmunoglobulina intravenosa, y antibioticoterapia de primera línea. Mostro mejoría clínica y aumento en el conteo de plaquetas, siendo dado de alta a los 14 días de vida. **Conclusiones/Recomendaciones.** El dengue

en el período neonatal presenta una amplia gama de manifestaciones clínicas, desde asintomático, petequias, equimosis, sangrados de diferente entidad, fiebre, o shock. El recién nacido siempre debe ser considerado un paciente con riesgo potencial de complicaciones graves por lo que deberán ser observados estrechamente con realización de hemogramas seriados en los primeros días de vida.

65TL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ VARIANTE AMAN (NEUROPATÍA AXONAL MOTORA AGUDA). Marcia Gabriela Ramírez Fajardo¹, Carlos Genaro García². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Nacional Mario C. Rivas, Servicio de Neurología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El síndrome de Guillain-Barré es un trastorno descrito como polineuropatía periférica inflamatoria aguda de inicio rápidamente progresivo y etiología generalmente autoinmunitaria, el subtipo AMAN representa una forma infrecuente de presentación en la infancia, descrita clásicamente con evolución tórpida, grave y secuelas frecuentes. **Descripción del caso:** Masculino de 7 años que ingresó con un día de evolución de dolor progresivo en muslos, evolucionando a debilidad muscular ascendente hasta tronco y extremidades superiores, con imposibilidad para deambular al día posterior. Dos semanas previas presentó cuadro gastroentérico agudo, autolimitado. Es evaluado por neurología con Glasgow 15, fuerza de 0/5 en todos los miembros, con arreflexia en miembros inferiores e hiporreflexia en miembros superiores, disminución del reflejo nauseoso, sin parálisis músculos de deglución, sin asimetría facial, clasificado en la Escala de Hughes V. Ingreso como sospecha clínica de Síndrome de Guillain Barre, tratado con Inmunoglobulina humana y pregabalina. Los estudios complementarios: velocidad de conducción nerviosa con hallazgos compatibles con polineuropatía motora, axonal de las 4 extremidades, AMAN (Acute Motor Axonal Neuropathy); punción lumbar: proteínas 65 mg/dL con disociación albumino citológica; eritrocitos, levaduras y bacterias: no se observaron; recuento absoluto de leucocitos/mm³: 0 células por campo, tinción de Gram, tinta china y BAAR: negativo; anticuerpo para campylobacter negativo. Ocho días posterior al ingreso presentó deterioro respiratorio y neurológico, se inicia tratamiento con Rituximab cada semana, a las dos semanas se recibieron los resultados de Anticuerpos Anti gangliósidos GM-1 Ab (IgG), GM-1 Ab (IgM) ambos positivos, lo que confirma el diagnóstico. Posterior al tratamiento se trasladó a sala de pediatría y se da alta con movilidad de tronco y contracción de cuádriceps femoral, sin oxígeno suplementario. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este caso cumple con criterios clínicos, laboratoriales y el antecedente de infección gastroentérica previa al evento de Síndrome de Guillain Barré variante AMAN, con evolución favorable.

66TL CHAGAS CONGÉNITO. Dilcia Paola Pagoaga¹, Belkis Eunice Martínez², Claudia Lorena Fuentes². ¹Hospital Regional de Occidente, Servicio de Cardiología Pediátrica; Santa Rosa de Copán, Honduras. ²Hospital Regional de Occidente, Santa Rosa de Copán, Servicio de Pediatría; Santa Rosa de Copán, Honduras.

Introducción: La enfermedad de chagas es una infección parasitaria causada por *Trypanosoma cruzi*. Sin embargo, una de sus formas de transmisión más preocupante es en la que el parásito se transmite de madre a hijo durante el embarazo. En el recién nacido se produce un cuadro clínico que va desde infecciones asintomáticas hasta manifestaciones graves, como prematuridad, bajo peso al nacer, insuficiencia cardíaca o incluso la muerte neonatal. **Descripción del caso:** Recién nacida de 15 días de vida al momento de su ingreso con historia de fiebre cuantificada 38°C de un día de evolución, presentando además, dificultad respiratoria Silverman Anderson de 5, frialdad distal y pobre succión. Se ingresa a cuidados intensivos neonatales requiriendo ventilación mecánica invasiva. Paciente con ingreso previo a su nacimiento egresado al 4 día de vida con diagnósticos de chagas Congénito y Comunicación Interventricular (3 y 2 mm) y estenosis aórtica ligera. La madre refiere que no le dio tratamiento en casa. Se inicia tratamiento al ingreso con benznidazol y se realiza ecocardiograma que reporta lesiones ya descritas, válvula aórtica engrosada, disfunción sistólica de ventrículo izquierdo, insuficiencia cardíaca congestiva. Se inicia tratamiento con furosemida, espironolactona y milrinone para miocarditis por Chagas, Hubo dos extubaciones fallidas, a los 5 días de ingresado se extubó con éxito. Se egresa con seguimiento en consulta externa. **Conclusiones/Recomendaciones:** El Chagas neonatal, resultado de la transmisión vertical de *Trypanosoma cruzi*, requiere diagnóstico y tratamiento tempranos para evitar complicaciones. La interrupción del tratamiento en las primeras semanas de vida puede comprometer su eficacia, resaltando la importancia del seguimiento médico estricto.

67TL VARICELA NEONATAL. Claudia Fuentes¹, Eunice Martínez¹. ¹Hospital Regional de Occidente, Servicio de Pediatría; Santa Rosa de Copán, Honduras.

Introducción: El virus Varicela Zoster (VVZ), puede causar infección primaria (varicela), altamente contagiosa, con tasa de morbilidad alta en recién nacidos. Las complicaciones en el recién nacido dependen del momento de infección de la madre, en las primeras 18 semanas de gestación pueden ocurrir malformaciones en un 2%, en el tercer trimestre del embarazo puede ocurrir una varicela perinatal cuando la madre presenta lesiones 5 días antes del parto y 2 días después, con tasa de mortalidad del 20%. **Descripción del caso:** Recién nacida de 12 días de vida quien presenta lesiones en piel, vesícula-pápula-costra, la cual inicia en cara y posteriormente generalizado de 2 días de evolución, con antecedente materno de Varicela al momento de parto. Se ingresa a sala, donde

inicia con dificultad respiratoria Silverman Anderson de 5, requirió ventilación mecánica invasiva, se sospecha de neumonía secundaria a VVZ por infiltrados neumónicos en radiografía de tórax, se brinda manejo con aciclovir intravenoso a 60 mg/kg/día. Al segundo día presenta convulsiones, se sospechó de encefalitis por VVZ, no se logra realizar punción lumbar por lesiones en sitio de punción, se brinda manejo sintomático con fenobarbital, por su deterioro clínico se administra dosis de inmunoglobulina a 1 g/kg. Exámenes laboratoriales a su ingreso con Leucocitos 10,000 Neutrófilos 6,000 Hemoglobina 13.4 gr/dl HTO 40.6% plaquetas 325,000 PCR Negativo Hemocultivo No crecimiento. Posteriormente con leucopenia 3,000 Neutrófilos 1,500 Plaquetas 150,000, se inicia antibióticos con oxacilina y posteriormente vancomicina. Paciente permaneció en ventilación mecánica invasiva durante 6 días y luego se brindó alta médica. **Conclusiones/Recomendaciones:** La varicela neonatal debe sospecharse en recién nacidos con lesiones en piel y con antecedente materno de varicela, siendo la principal medida de prevención la vacunación y, al ser expuesto al VVZ, aplicación de inmunoglobulina específica de varicela.

68TL HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS E INMUNOHISTOQUÍMICOS DE PLACENTAS EN PACIENTES EMBARAZADAS CON SARS-COV-2. Daniela Martínez¹, Mario Pinto², Rubén Valladares³, Denise Morotti⁴. ¹Hospital Leonardo Martínez; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Leonardo Martínez, Servicio de Ginecología; San Pedro Sula, Honduras; San Pedro Sula, Honduras. ³Hospital Escuela, Servicio de Patología; Tegucigalpa, Honduras. ⁴SMeL-3 Anatomía Patológica, Patología y Genética; Italia.

Introducción: Se analiza los efectos del SARS-COV-2 en la placenta de mujeres embarazadas. El alcance de transmisión vertical es poco frecuente, pero hay casos documentados de posible transmisión intrauterina. **Objetivo:** Determinar los hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímicos en placentas de embarazadas con COVID-19. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo con 30 embarazadas atendidas en la sala maternidad COVID del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela (SPS, Honduras) entre enero y marzo del 2021. Se analizaron muestras de placentas (parto y cesárea) mediante estudios histopatológicos en Honduras e inmunohistoquímicos con RT-PCR en Italia. Se recopilaron datos clínicos y factores de riesgo de las pacientes. **Resultados:** Las pacientes tenían una media de edad de 23 años y 39 semanas de gestación. El 46.6% fue asintomática, el 32.3% presentó fiebre, el 23% hipertensión y el 17% Diabetes Mellitus. El 83% dio positivo a PCR para SARS-COV-2. Hallazgos placentarios: Vellitis (100%), corioamnionitis (57%), calcificación distrófica focal (40%), membranas congestivas (33%), congestión vascular (30%), subcorionitis (10%), aumento ganglios sincitiales (13%) Hipoplasia y rarefacción de vellosidades (6%), fibrina intervellosa y perivellosa (6%), hematoma intraparenquimatosa (3%), extravasación hemorrágica intervellosa (3%). En el cordón umbilical, se encontró funisitis en un (43%). La RT-PCR no detectó ARN viral en ninguna muestra,

descartando transmisión vertical. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las placentas de mujeres con COVID-19 mostraron inflamación y alteraciones vasculares lo que podría afectar la salud fetal. No se encontró evidencia de transmisión vertical, sugiriendo que la placenta actúa como barrera protectora. Se recomienda un mayor seguimiento prenatal y estudios con más muestras para confirmar estos hallazgos.

69TL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL EMBARAZO. Ovidio Alberto Quesada Chávez. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Ginecología y Obstetricia; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, crónica, caracterizada por períodos de actividad y remisión. Su prevalencia es de 20 casos por cada 100,000 habitantes, afectando principalmente a mujeres en edad fértil. Durante el embarazo, el LES incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y fetal, asociándose con abortos espontáneos, preeclampsia y muerte fetal. Factores como nefritis lúpica, síndrome antifosfolípido y trombocitopenia contribuyen a estos resultados adversos. Se asocia con mayor incidencia de hipertensión, parto prematuro y complicaciones renales. Se recomienda la hidroxicloroquina por su seguridad y beneficios en la gestación, mientras que fármacos como metotrexato y ciclofosfamida deben suspenderse antes de la concepción. En caso de hipertensión y diabetes, es fundamental ajustar el tratamiento. **Descripción del caso:** Paciente de 37 años con LES diagnosticado en 2020, múltiples gestaciones y complicaciones obstétricas, incluyendo abortos y cesáreas previas. Durante su última gestación, presentó descompensación de la hipertensión y diabetes tipo 2. A las 23 semanas de gestación debutó con colecistitis y litiasis renal, siendo hospitalizada nuevamente en enero de 2025 por descompensación diabética. A pesar de los riesgos, su cesárea en marzo de 2025 fue exitosa, obteniendo un recién nacido sano. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las pacientes con LES deben recibir asesoramiento previo a la concepción y seguimiento multidisciplinario con especialistas en medicina materno-fetal, reumatología y nefrología. Un manejo integral puede mejorar los resultados maternos y fetales.

70TL RESULTADOS DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LESIONES DEL PLEXO BRAQUIAL. Luis Fernando Acosta Nolasco¹, Tomás Minueza¹, Fraser Leversedge¹. ¹Fundación Ruth Paz; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Las lesiones del plexo braquial son altamente discapacitantes, asociadas frecuentemente a traumatismos de alta energía, como accidentes de motocicleta. Ante esta necesidad, la Fundación Ruth Paz desarrolló un programa quirúrgico especializado, enfocado en transferencias nerviosas y tendinosas, acompañado de un protocolo de rehabilitación estructurado. **Objetivo:** Describir los resultados clínicos y funcionales obtenidos. **Materiales y Métodos:** Se revisaron

retrospectivamente 45 casos tratados entre 2023 y 2024. La mayoría fueron hombres (93%), con edad promedio de 32 años. Las principales causas fueron accidentes de motocicleta (70%), caídas (15%) y lesiones laborales (10%). La evaluación incluyó electromiografía y resonancia magnética con neurografía en el 90% de los pacientes. Se realizaron transferencias tendinosas en 35 casos (lesiones crónicas >12 meses) y nerviosas en 10 (lesiones recientes <6 meses). Todos siguieron un protocolo postoperatorio dividido en tres fases: movilización pasiva, estimulación activa y fortalecimiento. **Resultados:** El 85% de los pacientes mostraron mejoría funcional en el primer año. Las transferencias tendinosas evidenciaron mejoría a los 6 meses, mientras que las nerviosas alcanzaron su pico funcional entre los 9 y 12 meses. El 75% logró fuerza muscular $\geq 3/5$ según la escala MRC. El dolor neuropático persistió en el 10%, controlado con gabapentina. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este programa demuestra ser una estrategia efectiva y viable en un entorno con recursos limitados. Se destaca la importancia del abordaje multidisciplinario y del seguimiento prolongado para optimizar los resultados funcionales.

71TL SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR EN NEONATO. Marjury Jackeline Acosta Lara¹, Gamaliel Ferrufino². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Mario C. Rivas, Servicio de Neonatología; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El síndrome de vena cava superior (SVCS) es un conjunto de signos y síntomas que resulta de la obstrucción del flujo venoso a través de la vena cava superior, es rara en pediatría, especialmente cuando es causado por trombosis. Existe un alto riesgo de obstrucción de las vías respiratorias que conduce a dificultad respiratoria. Puede deberse a trauma, infecciones, y complicaciones de catéter venoso central (CVC) pueden provocar trombosis. Se manifiesta con edema facial y de los miembros superiores, distensión de las venas del cuello y del tórax, dificultad respiratoria o sibilancias, tos, cianosis. Las pruebas diagnósticas incluyen el ultrasonido, útil para evaluar la trombosis. **Descripción del caso:** Prematuro de 32 semanas de gestación, con síndrome de distrés respiratorio y choque, acoplado a ventilación mecánica que requirió apoyo con aminas y cobertura antibiótica. Con mejoría clínica se retiran aminas y es extubado, acoplado a cpap, no toleró y se reinician aminas y acopla a ventilación mecánica, presentó dos paradas cardíacas. El ecocardiograma reportó comunicación interatrial de 4 mm a su ingreso. Se colocó CVC por venodisección yugular interna derecho. Por aumento de volumen, edema a nivel del tórax y cuello, eco que evidencia masa a nivel de cava, aurícula derecha sistema interatrial a nivel de la desembocadura vena cava superior, probable trombosis, servicio de vascular inicia anticoagulación, se escalona cobertura antibiótica. Sin presentar mejoría clínica y fallece. **Conclusiones/Recomendaciones:** La colocación de CVC en pediatría es una de las principales causas de SVCS y aparición de vegetaciones.

72TL NEUROPATÍA ATÁXICA DESMIELINIZANTE EN PEDIATRÍA. Eugenia Maria Araujo Garcia¹, Carlos Genaro Garcia Carranza². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Mario C. Rivas, Servicio de Neurología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El síndrome anti-GQ1b, grupo de desórdenes autoinmunes que engloba condiciones como el síndrome de Miller Fisher, Guillain-Barré y encefalitis de Bickerstaff, todas con manifestaciones que incluyen oftalmoplejía, ataxia e hiporreflexia. En los últimos años, se ha avanzado en la investigación de neuropatías periféricas autoinmunes como Síndrome de Guillain Barre y Síndrome de Miller Fisher. Estudios posteriores sugirieron un continuo inmunológico común. Infecciones previas por *Campylobacter jejuni* o *Mycoplasma pneumoniae* pueden desencadenar la respuesta autoinmune mediante mimetismo molecular. Aunque clave en la patogenia, la función exacta de estos anticuerpos aún no se comprende completamente. **Descripción del caso:** Paciente de 2 años con ataxia progresiva de una semana, hasta imposibilitar la marcha, sin irritabilidad ni cambios encefálicos. Antecedente de infección respiratoria viral dos semanas previas. Examen neurológico con marcha atáxica, hiporreflexia, sin dismetría ni afectación de nervios craneales. Resonancia cerebral sin alteraciones estructurales. Punción lumbar con presión de apertura elevada de 28 cmH₂O, disociación albumino-citológica con celularidad 0 por campo y proteínas 453 mg/dl. El estudio de velocidad de conducción nerviosa mostró datos electrofisiológicos de polineuropatía motora y sensitiva, posiblemente de tipo desmielinizante, demostrada por la presencia de afectación en velocidades motoras de nervios mediano y cubital izquierdos, ausencia de respuestas sensitivas en ambos miembros inferiores y respuestas tardías patológicas. Se diagnosticó neuropatía atáxica con base a la clínica y los hallazgos neurofisiológicos, y se inició tratamiento con inmunoglobulina intravenosa, con resolución completa de la ataxia al mes. Se enviaron anticuerpos anti-gangliósidos para completar el estudio los cuales reportaron resultado positivo. **Conclusiones/Recomendaciones:** Aunque la mayoría de los casos son autolimitados, algunos requieren soporte ventilatorio por compromiso de pares craneales bajos o disautonomía. Los estudios electrofisiológicos revelaron desmielinización y alteraciones de la transmisión neuromuscular. No hay un tratamiento específico validado, pero la inmunoglobulina intravenosa o la plasmaféresis han mostrado mejorar la evolución.

73TL IMPLEMENTACIÓN DEL NEUROMONITOREO INTRAOPERATORIO EN HONDURAS, UTILIDAD Y VENTAJAS EN CIRUGÍAS DE COLUMNA. Paola Marisol Flores Amaya¹, Luis Javier Arita Santos¹, Tomas Minueza¹. ¹Fundación Ruth Paz; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Según la Scoliosis Research Society, el daño neurológico en cirugías de columna es del 1.6%, y la incidencia en cirugía de escoliosis es del 1.2%. Con el desarrollo

del neuromonitoreo intraoperatorio se observa el estado de las funciones neurológicas durante la cirugía en tiempo real, guiando al cirujano para minimizar riesgos de lesión medular. El neuromonitoreo intraoperatorio es una herramienta utilizada durante la cirugía de columna para recibir información del sistema nervioso en tiempo real del paciente, con potenciales evocados sensitivo-motores y electromiografía, colocando electrodos subdérmicos en el cuerpo del paciente, cabeza, músculos del tronco y extremidades superiores e inferiores, registrando señales mediante líneas basales que se irán comparando durante la cirugía para informar oportunamente al cirujano en caso de modificaciones, brindando mayor seguridad. **Objetivo:** Ante un cambio neurológico, el equipo es notificado al instante para poder responder rápidamente y minimizar el riesgo de daño operatorio, reduciendo el daño nervioso permanente. La neuromonitoreo intraoperatoria se puede usar también en cirugía tiroidea, tumores cerebrales, de cabeza y cuello. **Materiales y Métodos:** Se realizan 207 cirugías de escoliosis con neuromonitoreo intraoperatorio con equipo de neuromonitoreo Cadwell Industries, cuenta con 32 canales, potenciales evocados motores y somatosensoriales, electromiografía en tiempo real. **Resultados:** De las 207 cirugías de escoliosis, 205 no presentaron complicaciones postoperatorias, y solo 2 pacientes presentaron déficit neurológico transitorio. Un paciente fue cancelado, por presentar enfermedad desmielinizante Charcot-Marie-Tooth, sin obtener respuestas motoras para línea base, requiriendo cirugía en el extranjero para uso de resonancia con neuronavegación. **Conclusiones/Recomendaciones:** El uso de neuromonitoreo intraoperatorio durante la cirugía de escoliosis, ha reducido la lesión medular, demostrando el costo-efectividad para el paciente, ya que el valor real de la misma no excede al de las secuelas. No contamos con estudios previos en nuestro país para comparar la efectividad del uso de neuromonitoreo intraoperatorio.

74TL PROPUESTA DE NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA (MIOTOMÍA BAV) PARA ALARGAMIENTOS MUSCULARES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES. José Bonifacio Avilés Irias¹, Andrea Giovanna Rodas Rojas¹, Luis José Girón Valladares¹. ¹Centro Hondureño de Deformidades Óseas; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El tratamiento del acortamiento de la masa muscular espástica en niños con parálisis cerebral comienza desde el nacimiento, siendo más prevalente a los 2 años, cuando la espasticidad aumenta y surgen deformidades osteoarticulares. Las opciones terapéuticas incluyen terapia física temprana, toxina botulínica tipo A y procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos en las primeras etapas. En casos avanzados, se recurren a cirugías como alargamientos en Z o aponeuróticos tipo Strayer. **Descripción de la experiencia:** Sin embargo, estas técnicas requieren anestesia general o sedación, lo que representa un problema para pacientes con bajo peso o complicaciones médicas. Además, los costos de una cirugía en sala de operaciones pueden ser elevados. Para solucionar esto,

se ha desarrollado una técnica quirúrgica de bajo costo que se realiza en consulta externa con anestesia local. Consiste en un alargamiento percutáneo aponeurótico (miotomías) de la masa muscular espástica, reduciendo la espasticidad y recuperando la longitud muscular. Esto mejora el patrón de marcha y la calidad de vida del paciente. Esta técnica permite una recuperación rápida sin necesidad de inmovilización, con inicio inmediato de la terapia física y mínimo dolor. Se utiliza una aguja número 18 que actúa como microbisturí para realizar cortes aponeuróticos sin incisiones visibles. Posteriormente, se alarga la extremidad de forma activa y se inicia la rehabilitación.

Lecciones aprendidas: Desde enero de 2023, en el Centro Hondureño de Deformidades Óseas se han realizado aproximadamente 40 casos con esta técnica. Los controles clínicos y videoanálisis de marcha han demostrado la efectividad del procedimiento, evidenciando la corrección de deformidades y la mejora funcional de los pacientes.

75TL ROTURA CARDÍACA ESPONTÁNEA. HALLAZGO DE AUTOPSIA FORENSE. Dra. Ileana Paola Ramírez¹, Marlon S. Lizama¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado de Medicina Legal y Forense; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: A nivel mundial, dentro del espectro de enfermedades cardíacas y posibles complicaciones, se encuentra el Infarto agudo de miocardio (IAM) y su complicación mecánica: la rotura cardíaca, causando un grave deterioro hemodinámico con shock cardiogénico que produce la muerte. Esto ocurre en el 1% de los infartos agudos de miocardio y 0.2% entre los pacientes con tratamiento trombolítico, y es la causa directa de muerte del 4 al 24% de los fallecidos por IAM; teniendo 89% de letalidad. La zona más frecuente donde ocurre la rotura del músculo cardíaco es el septum interventricular. Presenta una incidencia máxima a los 70 años de edad, con mayor frecuencia en mujeres que en hombres; esto por la pérdida en estas edades de estrógenos, que constituye un factor protector. En estos casos de muertes súbitas, una autopsia médico legal es requerida para establecer la causa de muerte, que en su mayoría están asociadas a las de origen cardíaco. La rotura cardíaca resulta un hallazgo incidental forense y poco frecuente.

Descripción de casos. Caso 1. Masculino de 78 años, con historia de dolor precordial súbito irradiado a miembro superior izquierdo, mareos y sudoración. Hallazgos de autopsia: rotura cardíaca, aterosclerosis coronaria calcificada, hipertrofia cardíaca, cardiopatía isquémica con infarto del miocardio roto, hemopericardio, taponamiento cardíaco, congestión visceral generalizada. Caso 2. Masculino de 29 años, que sufre un accidente automovilístico. Hallazgo de autopsia: área hemorrágica en el miocardio indicativo de IAM, rotura de aurícula derecha, hemo pericardio y taponamiento cardíaco.

Conclusiones/Recomendaciones: Si bien las enfermedades coronarias son la principal causa de debilitamiento del tejido cardíaco y posterior rotura del miocardio, también se puede dar tras sufrir un evento traumático, lo cual hace pensar que un factor genético/físico debe estar involucrado, afectando las fibras musculares. Estos

casos sirven para mejorar las estrategias de promoción de vidas saludables y prevención de enfermedades cardíacas.

76TL HERNIA VENTRAL GIGANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO. Elvia María Soriano Cerna¹, Frederick Contreras Medina², Ana María Ordoñez Gómez². ¹Hospital General San Felipe, Servicio de Cirugía General y Laparoscópica; Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital General San Felipe; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Las hernias incisionales representan una complicación frecuente de las laparotomías, y su manejo quirúrgico es un reto. Las hernias ventrales gigantes, aquellas con defectos mayores de 10 cm, requieren un abordaje multidisciplinario. La incidencia exacta en Honduras no está bien documentada, lo que subraya la relevancia de este caso. La técnica de Rives-Stoppa con hemi-TAR y el uso de mallas en posición retromuscular han demostrado reducir la recurrencia y mejorar la funcionalidad de la pared abdominal.

Descripción del Caso: Paciente masculino de 53 años con antecedente de laparotomía exploratoria por trauma penetrante y colecistectomía abierta, quien desarrolló una hernia incisional gigante. El paciente presentaba una masa abdominal irreductible de 21 x 15 cm, sin signos de estrangulación. La evaluación tomográfica confirmó el defecto herniario de 18 x 17 cm. Se instauró un protocolo de pre-habilitación con neumoperitoneo progresivo durante 13 días, logrando la adecuada preparación de la pared abdominal. Se realizó una plastia con la técnica de Rives-Stoppa y hemi-TAR izquierdo, con cierre de la pared abdominal por planos y colocación de malla de polipropileno en posición retromuscular. El paciente evolucionó satisfactoriamente sin complicaciones postoperatorias inmediatas y con adecuada recuperación funcional.

Conclusiones/Recomendaciones: El tratamiento de las hernias ventrales gigantes debe incluir un enfoque preoperatorio que optimice las condiciones anatómicas del paciente. La combinación de toxina botulínica tipo A y neumoperitoneo progresivo facilita el cierre fascial sin tensión, mejorando los resultados postoperatorios. Es fundamental la implementación de protocolos estandarizados y registros clínicos en Honduras para fortalecer la atención de estos pacientes.

77TL INFECCIÓN INTERCORRENTE DE ENFERMEDAD DE CROHN Y TUBERCULOSIS DISEMINADA. Dulce Alejandra Henríquez¹, Jose Orlando Maldonado², Mario Velásquez¹. ¹Instituto Nacional Cardiopulmonar; Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La enfermedad de Crohn es un trastorno inflamatorio crónico transmural que involucra cualquier parte del tracto gastrointestinal, desde la boca hasta el ano, la mayoría de las veces se localiza en el íleon, el ciego y el colon, la incidencia es de 6 casos por cada 100.000 habitantes al año. La tuberculosis diseminada se define como la presencia de dos o más sitios no contiguos, resultantes de la diseminación hematológica de *Mycobacterium tuberculosis* es poco frecuente,

de todos los casos de tuberculosis, solo entre el 1 y 2 % son del tipo diseminada. **Descripción del Caso:** Paciente masculino de 24 años, con diarrea crónica y dolor abdominal cólico intermitente durante 12 meses, con significativa pérdida ponderal. En los últimos dos meses agregó tos húmeda persistente y fiebre recurrente. Tomografía torácica con infiltrados pulmonares con patrón en árbol en brote compatibles con tuberculosis pulmonar. Tomografía abdominal con líquido libre en cavidad y absceso en fosa iliaca derecha. Marcadores inmunológicos con anticuerpos IGG anti-Saccharomyces (ASCA) positivos; anticuerpos P-ANCA negativos. Colonoscopia muestra mucosa del íleon terminal ulcerada, polipoidea y friable. Biopsia intestinal reporta inflamación crónica transmural extensa con granulomas no caseificantes, sugiriendo enfermedad de Crohn, pero sin descartar tuberculosis intestinal. Gene Xpert positivo para *Mycobacterium tuberculosis* en esputo, biopsia intestinal y líquido peritoneal. Se inició tratamiento antifímico, con mejoría parcial solo en síntomas respiratorios. Los síntomas gastrointestinales persistieron, confirmando la enfermedad de Crohn. Dentro de las complicaciones que tuvo, uno fue el absceso y otro fue la perforación intestinal, la cual presentó después de la colonoscopia, por lo que fue intervenido quirúrgicamente. **Conclusiones/Recomendaciones:** Es esencial considerar tuberculosis intestinal en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en regiones endémicas, apoyándose en estudios microbiológicos específicos para un diagnóstico oportuno y preciso.

78TL TAPONAMIENTO CARDIACO SECUNDARIO A HERIDA POR ARMA BLANCA DESAPERCIBIDA: HALLAZGO DE AUTOPSIA. Jairo Noé Álvarez¹, Fausto Gerardo Flores². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Medicina Legal y Forense; Tegucigalpa, Honduras. ²Dirección de Medicina Forense; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Las heridas por arma blanca pueden ser causadas por una gran variedad de instrumentos que ejercen su efecto lesivo según su filo o punta, algunas pueden pasar desapercibidas y causar la muerte. **Descripción del caso:** Se trata de masculino de 28 años, con antecedente de alcoholismo y consumo de drogas, con historia de sufrir agresión física dos días previos, con dolor precordial, por lo que fue llevado a centro asistencial, recibido en mal estado general, y en una segunda evaluación frío, pálido, con cianosis ungueal y peribucal, sin signos vitales. En la autopsia, al examen externo encontramos múltiples excoriaciones en hombro y rodilla derecha, una herida con tejido de granulación en región ciliar izquierda. En región pectoral izquierda se encontró una lesión puntiforme que inicialmente pasó desapercibida. Examen interno: observamos incrustado en esternón un objeto cilíndrico con punta agudizada, que produjo laceración cardiaca en ventrículo derecho y perforación en septum, rodeada de múltiples lesiones puntiformes debidas a la reinserción del objeto por el latido

cardiaco, y hemopericardio, resultando como causa final de muerte taponamiento cardiaco secundario a herida producida por arma blanca. Los demás órganos no presentaron alteraciones importantes, excepto congestión visceral generalizada. Son raros los casos reportados sobre heridas cardíacas provocadas por agujas o cuerpos extraños, este en particular, fue abordado inicialmente como síntomas cardíacos de origen metabólico, con un desafortunado desenlace. **Conclusiones/Recomendaciones:** Conocer este tipo casos ayuda a comprender los múltiples instrumentos que pueden causar una herida por arma blanca y la gran variedad de características clínicas, desde ser evidentes hasta pasar desapercibidas. Resaltamos la importancia de conocer estos casos atípicos para ampliar la visión de los médicos tratantes y modificar su curso terapéutico.

79TL SANGRADO DIGESTIVO OCULTO: ABORDAJE LAPAROSCÓPICO Y RESERCIÓN DE LINFOMA NO HODGKIN EN INTESTINO DELGADO. Sayda Melissa Mejía Suárez¹, Rodrigo Vaquero². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Cirugía General; San Pedro Sula, Honduras. ²Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Cirugía General; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El Sangrado de Origen Oculto se define como sangrado persistente o recurrente con resultados negativos en las evaluaciones endoscópicas gastrointestinales superiores e inferiores. El sangrado digestivo causa el 2% de las hospitalizaciones a nivel mundial. Según su nivel de complejidad puede causar diversos tipos de condiciones tanto a nivel agudo como crónico, y presentar múltiples complicaciones en el cuerpo humano, no solo gastrointestinales. Las estrategias para poder abordar las diferentes complicaciones y la sintomatología del sangrado digestivo que se presentan de manera más discreta u oculta, que no se logra determinar el origen de donde provienen, son más vitales de lo que se logran solventar en tiempo y forma con una endoscopia o colonoscopia. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 48 años, que acude al servicio de medicina interna por dos años de sangrado digestivo bajo, hasta el momento de origen desconocido. Ingresó nuevamente con historia de melena y dolor abdominal, el ultrasonido abdominal reporta masa intestinal de crecimiento exofítico con adenopatías de características malignas, adyacentes a epigastrio y flanco derecho. Evaluado por Servicio de cirugía oncológica. Estudio de imagen evidencia la presencia de tumor de intestino delgado con adenopatías regionales. Se interviene con abordaje laparoscópico por los servicios de cirugía general y cirugía oncológica. Patología reporta Linfoma no Hodgkin con características plasmocitoides. **Conclusiones/Recomendaciones:** No hay un manejo único establecido para el sangrado de origen oculto, el abordaje multidisciplinario debería ser el camino. Realizar estudios de imagen pertinentes para el diagnóstico oportuno de esta patología, abordaje multidisciplinario y utilizar guías internacionales de manejo para esta enfermedad.

80TL SÍNDROME DE MAY-THURNER CON MANEJO ENDOVASCULAR. Cindy Williams¹, Diego Rojas², Maria Soto², Juan Argueta³, Jose Chavarria⁴. ¹Hospital Mario C. Rivas; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Mario C. Rivas, Servicio de Cirugía vascular; San Pedro Sula, Honduras. ³Hospital Mario C. Rivas, Departamento de Cirugía General; San Pedro Sula, Honduras. ⁴Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Cirugía General; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El síndrome de May-Thurner es una condición vascular subdiagnosticada, caracterizada por la compresión de la vena ilíaca común izquierda por la arteria ilíaca derecha. Predispone a insuficiencia venosa crónica, estenosis, y trombosis venosa profunda (TVP). Afecta principalmente a mujeres jóvenes, aunque su prevalencia global es variable: el 32% de la población presenta la variante anatómica y se estima que este síndrome es responsable de aproximadamente el 5 % de todos los casos de TVP. En Honduras, no existen datos epidemiológicos. **Descripción del caso:** Mujer de 66 años, sin antecedentes de TVP o cirugía pélvica, consultó por dolor vulvar izquierdo, edema y pesadez en la extremidad inferior ipsilateral exacerbados por bipedestación prolongada. Presentaba varices vulvares e inguinales. El ultrasonido reveló venas dilatadas e insuficiencia venosa en el circuito vulvar. La flebografía confirmó compresión de la vena ilíaca común izquierda, por la arteria ilíaca derecha, con dilatación de venas tibiales y femoral superficial izquierda. Se realizó angioplastia transluminal percutánea con colocación de stent venoso autoexpandible, logrando restablecer el flujo venoso normal y aliviar los síntomas relacionados a la congestión pélvica. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este síndrome requiere un alto índice de sospecha clínica, especialmente en pacientes con síntomas de congestión pélvica o edema unilateral. El diagnóstico temprano mediante estudios de imagen y el tratamiento endovascular (angioplastia con stent) son clave para prevenir complicaciones graves, como TVP o síndrome posttrombótico. Su abordaje oportuno mejora significativamente la calidad de vida, subrayando la importancia de la educación médica continua para su reconocimiento.

81TL MANEJO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DE LERICHE TIPO II. HOSPITAL MARIO C. RIVAS. HONDURAS. José Chavarria¹, Juan Argueta², Diego Rojas², Faviola Calix³, Cindy Williams⁴, Kinto Ham⁵. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Cirugía General; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Mario C. Rivas, Servicio de Cirugía Vascular; Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Mario C. Rivas, Epidemiología; San Pedro Sula, Honduras. ⁴Hospital Mario C. Rivas; San Pedro Sula, Honduras. ⁵Hospital Mario C. Rivas, Internado Rotatorio, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El síndrome de Leriche o enfermedad oclusiva aortoiliaca (EOIA), producto de la aterosclerosis que provoca estenosis de aorta abdominal distal, arterias ilíacas y vasos femoropoplíteos en hombres mayores de 40-50 años, se clasifica de acuerdo a la localización anatómica de la placa ateromatosa:

Tipo I: limitado a aorta abdominal distal y arterias ilíacas comunes, Tipo II: como el anterior con extensión a arterias ilíacas externas, Tipo III: segmento aortoiliaco y vasos femoropoplíteos. La presentación es crónica con la tríada: claudicación intermitente gemelar, ausencia distal de pulsos y disfunción eréctil. La arteriografía tomográfica es el gold standard del diagnóstico, y el manejo va desde una endarterectomía aortoiliaca, bypass aortobifemoral, angioplastia con stent y bypass axila femoral anatómico o extra anatómico. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 62 años, diabético con mal control glicémico, ingreso con claudicación de un mes de evolución exacerbado con la actividad física leve que se atenúa con el reposo, acompañado de cianosis y frialdad distal, parestesias desde glúteos hasta pies e impotencia sexual, Hg: 11.6 g/dl, leucocitos: 11.58 x10³/UL, neutrófilos: 6.85 x10³/UL, glucosa: 374 mg/dl, INR: 1.2 segundos, creatinina: 1.01 mg/dl, angiotomografía: oclusión total desde aorta infrarrenal hasta las arterias ilíacas comunes y arterias ilíacas externas bilaterales. Se realizó bypass extra anatómico axila bi-femoral con injerto de politetrafluoroetileno (PTFE) de 6 mm de diámetro anillado, sin complicaciones y con buena evolución post quirúrgica. **Conclusiones/Recomendaciones:** La incidencia y prevalencia es difícil de determinar ya que la mayoría de las personas cursa de forma asintomático por las redes vasculares colaterales, el manejo debe individualizarse en cada paciente, desde un tratamiento médico hasta un procedimiento quirúrgico, y la supervivencia está condicionada por el buen control de los factores de riesgo cardiovascular y la permeabilidad a largo plazo de la revascularización realizada abierta o endovascular.

82TL SÍNDROME BUDD-CHIARI. Génesis Sarahí Chávez Paredes¹, Juan Antonio Mejía Godoy¹, Cinthia Gabriela Madrid García¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El síndrome de Budd-Chiari es una condición poco frecuente que se caracteriza por la obstrucción del drenaje venoso hepático, lo que conduce a una congestión del hígado y a una disfunción progresiva del órgano. Esta patología puede ser de origen primario, cuando se produce una trombosis intrínseca en las venas hepáticas, o secundaria, debido a la compresión o invasión de estas venas por procesos externos como tumores. **Descripción del caso:** Paciente de 18 años de edad, sin antecedentes personales patológicos, con historia de dolor abdominal de dos años de evolución, en los 4 cuadrantes, intensidad 3/10, tipo cólico, atenuado con analgésicos, se exacerbó con múltiples episodios de hematemesis de 50-100 ml por episodio, con presencia de coágulos. Al examen físico: P/A inaudible, FC 101 lpm, FR 21 rpm, SatO2 98%, FiO2 21%. Glasgow 15, cardiopulmonar sin alteración, abdomen distendido, con circulación colateral, onda ascítica positiva, blando, depresible, doloroso a la palpación, con hepatomegalia 8 cm por debajo del reborde costal, esplenomegalia 6 cm por debajo del reborde costal, extremidades normales. Endoscopia digestiva alta se observó varices esofágicas. Se realizó ligaduras hemostáticas.

En Tomografía de abdomen se observó trombosis de venas hepáticas, hepatopatía crónica, y shunt porto-sistémico. Se realizó transfusiones de glóbulos rojos empacados, se inició manejo para hepatopatía crónica, y se egresó con plan de seguimiento por consulta externa. **Conclusión/Recomendación:** La identificación temprana y el tratamiento adecuado son esenciales para mejorar el pronóstico, ya que la evolución del

síndrome de Budd-Chiari depende en gran medida de la rapidez en la intervención terapéutica. En cuanto al manejo terapéutico, este varía desde estrategias médicas con anticoagulación y, en algunos casos, la trombolisis, hasta intervenciones más invasivas, tales como la derivación portosistémica intrahepática (TIPS) o el trasplante hepático.

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL) PRESENTACIÓN MODALIDAD PÓSTER

83TL ENFERMEDAD DE MOYAMOYA, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO GLOBAL. Flory F. Calix¹, Carlos A. Gómez², Juan F. Paz³. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; Tegucigalpa, Honduras. ²I-Shou University. ³Universidad Francisco Marroquín, Servicio de Radiología; Guatemala.

Introducción: La enfermedad de Moyamoya es un trastorno cerebrovascular raro caracterizado por la estenosis progresiva de las arterias del círculo de Willis, particularmente en las arterias carótidas internas, generando una red colateral de vasos pequeños y frágiles. Esta red colateral da lugar a la apariencia angiográfica característica de “nube de humo”. La enfermedad es de distribución bimodal, afecta a niños en la primera década de vida y a adultos entre la quinta y sexta. Prevalece mayormente en poblaciones asiáticas, con relación de casi 2:1 entre mujeres y hombres. **Descripción del caso:** Masculino, 11 años, sin antecedentes personales patológicos, presenta cefalea súbita, holocraneana, sin irradiación, sin exacerbantes, carácter pulsátil, 10/10 en intensidad. Un mes de evolución de episodios recurrentes de cefaleas, atenuadas con paracetamol y reposo. Al examen físico, presentó parálisis facial central izquierda y disartria. Tomografía cerebral simple reportó evento cerebrovascular isquémico de la arteria cerebral media. Se realizó ultrasonido Doppler carotídeo, perfil lipídico, frotis de sangre periférica, electrocardiograma y angioresonancia cerebral que reportaba estenosis crítica de la arteria carótida interna derecha. La angiografía cerebral confirmó diagnóstico de enfermedad de Moyamoya El objetivo terapéutico es prevenir los accidentes cerebrovasculares utilizando anticoagulantes y en ocasiones cirugía El paciente fue dado de alta con ácido acetilsalicílico y terapia física y de rehabilitación. **Conclusiones/Recomendaciones:** La enfermedad de Moyamoya no es una patología común en América. Debe sospecharse en pacientes pediátrico, adolescente o adulto joven que presente signos clínicos de ictus. El diagnóstico podría retrasarse por el alto costo de estudios de imagen en países en desarrollo. Es necesario la disponibilidad de las herramientas necesarias para el diagnóstico de dicha enfermedad en el sector público, realizar campañas de concientización para el personal médico sobre la presentación clínica de dicha enfermedad en Pediatría.

84TL CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, EPIDEMIOLÓGICA E HISTOPATOLÓGICA DE PACIENTES OPERADOS DE TUMORES CEREBRALES INFRATENTORIALES. Yorkiel Castellanos Bertot¹, Angel Ricardo Hernández Galindo¹, Yasmany Fornaris Cedeño², Francisco Felix Goyenechea Gutierrez², Nishme Andrea Soad Castro Daccarett¹, Joshua Gabriel Padilla Huezo¹. ¹Instituto de Neurología y Neurocirugía, Posgrado de Neurocirugía; La Habana, Cuba. ²Instituto de Neurología y Neurocirugía, Servicio de Neurocirugía; La Habana, Cuba.

Introducción: Los tumores cerebrales infratentoriales representan el 15 a 20% de los tumores del sistema nervioso central, basado en su localización anatómica su semiología ayuda en el diagnóstico clínico, aunque prevalece el criterio histopatológico para la conducta terapéutica. **Objetivo:** Analizar las características clínico-epidemiológicas de pacientes operados de tumores cerebrales infratentoriales. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en pacientes adultos operados de tumores cerebrales infratentoriales en el Instituto de Neurología y Neurocirugía, La Habana, Cuba; en el periodo de 2016 a 2024. Se tomó una muestra aleatoria simple de 80 pacientes. Se utilizó en chi-cuadrado para medir el grado de asociación entre las variables. **Resultados:** Predominaron los pacientes mayores de 60 años con 23/80 (28.8 %) femenino con 52/80 (65 %) pacientes. Los síntomas que más usuales fueron la hipoacusia en 40/80 (50 %) y parálisis facial en 25/80 (32.3 %) pacientes. Destacaron los diagnósticos histopatológicos de schwannoma vestibular en 30/80 (37.5 %), hemangioblastoma en 9/80 (11.3 %), colesteatoma y meningioma en 8/80 (10 %), astrocitoma pilocítico en 5/80 (6.3 %) y meduloblastoma en 4/80 (5 %) pacientes. El abordaje que mayormente se empleó fue el retrosigmoides en 34/80 (40 %) pacientes. El grado de resección tumoral fue total en 37/80 (46.3 %) pacientes. La complicación más frecuente fue la hidrocefalia aguda, en 13/80 (16.2 %) pacientes. El índice de Karnofsky prequirúrgico en 51/80 (63.8 %) pacientes presentó valores al entre 80 y 100 puntos, esto se asoció a un índice de Karnofsky postquirúrgico alto ($X^2=15.5$ $p=0.00$). **Conclusiones/Recomendaciones:** La enfermedad se presentó en pacientes ancianos, mayormente del género femenino, con schwannoma vestibular como diagnóstico histológico fundamental. A pesar de los tumores

cerebrales infratentoriales son vistos usualmente en pacientes pediátricos es fundamental su diagnóstico y tratamiento de acuerdo con el cuadro clínico y el resultado histopatológico en el paciente adulto.

85TL PERFIL CLÍNICO-PATOLÓGICO DE PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE GLIOMA INTRACRANEAL DE BAJO GRADO. Yorkiel Castellanos Bertot¹, Angel Ricardo Hernández Galindo¹, Francisco Felix Goyenechea Gutierrez², Yasmany Fornaris Cedeño², Nishme Andrea Soad Castro Daccarett¹, Joshua Gabriel Padilla Huevo¹. ¹Instituto de Neurología y Neurocirugía, Posgrado de Neurocirugía; La Habana, Cuba. ²Instituto de Neurología y Neurocirugía, Servicio de Neurocirugía; La Habana, Cuba.

Introducción: Los gliomas de bajo grado son tumores cerebrales primarios que afectan fundamentalmente a individuos adultos jóvenes y su diagnóstico ha aumentado en los últimos años. **Objetivo:** Analizar las características clínico-patológicas de los pacientes con el diagnóstico de glioma intracraneal de bajo grado. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en el Instituto de Neurología y Neurocirugía, La Habana, Cuba entre 2012 y 2024. Se tomó una muestra aleatoria simple de 89 pacientes. **Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 34,7 años; 49/89 (55.1 %) fueron mujeres. La media del índice de Karnofsky preoperatorio fue de 80 puntos. En 67/89 (75.3 %) pacientes hubo cefalea, hemiparesia 45/89 (50.6 %), convulsiones 35/89 (39.3 %) y vómitos en 28/89 (31.5 %) . En 21/89 (23.6 %) pacientes el tumor se localizó en fosa posterior, en el lóbulo frontal 20/89 (22.5 %), en los lóbulos temporales y parietales 16/89 (18.0 %) y en el lóbulo occipital e intraventricular 6/89 (6.7 %), de ellos 53/89 (59.6 %) pacientes tenían un astrocitoma difuso grado 2 NOS, astrocitoma pilocítico 25/89 (28.1 %), Xantoastrocitoma pleomórfico 9/89 (10.1 %) y oligodendroglioma grado 2 NOS 8/89 (9.0 %). En 59/89 (66.3 %) pacientes se realizó resección macroscópica total, 24/89 (27 %) recibieron radioterapia. Fallecieron 7 pacientes con una media de supervivencia de 41 meses. La resección macroscópica se asoció con valores altos del índice de Karnofsky ($X^2=15,1$ $p=0,00$). **Conclusiones/ Recomendaciones:** Los pacientes con glioma intracraneal de bajo grado fueron principalmente mujeres jóvenes, en los que se pudo realizar resección macroscópica total con pocas complicaciones. El conocimiento de las características clínicas de los pacientes así como el tipo de lesión glial presentada es un pilar importante para determinar las opciones terapéuticas de los enfermos, que condicionan su evolución posterior.

86TL CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTES: REPORTE DE CASO. Cinthia Gabriela Madrid García¹, Genesis Sarahi Chávez Paredes¹, Juan Antonio Mejía Godoy¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La criptococosis meníngica es una infección micótica infrecuente en pacientes inmunocompetentes. Se ha

reportado que el 10.1% de las meningitis son causadas por este hongo. Esta infección afecta principalmente dos sitios, el pulmón y el sistema nervioso central (SNC). Puede afectar otros órganos, como riñón, próstata y huesos. El SNC representa el sitio donde se genera el 50% de los casos debido al tropismo del hongo. **Descripción del caso:** Paciente de 55 años, presenta cefalea occipitofrontal de tres semanas de evolución, pulsátil, acompañado de vómitos intermitentes, de 5-7 episodios diarios, Examen físico con Glasgow de 15, papiledema, nistagmo horizontal, parálisis del sexto par bilateral. Ingresa como Síndrome de hipertensión endocraneana. Tomografía simple de cerebro reportada normal, Punción lumbar con presión de apertura de 32 cmH₂O, cristal de roca, proteinorraquia de 218 mg/dl, hipoglucorraquia de 15 mg/dl, pleocitosis predominio de monocitos tinta china negativa, VIH negativo. Continúa el deterioro clínico y se realiza resonancia magnética de cerebro reportándose trombosis del tercio distal del seno sagital superior y venas puente, seno transversal derecho, y adelgazamiento del seno recto, por lo que se reajusta dosis de anticoagulación. Un nuevo estudio de líquido cefalorraquídeo reportó tinta china positiva para criptococosis, y filmarray positivo para criptococosis, por lo que se le realizó un cultivo que resultó positivo a *Cryptococcus neoformans*. Se dio tratamiento con anfotericina B y fluconazol, observándose mejoría clínica. Inició rehabilitación por secuelas neurológicas con un Rankin 2. **Conclusiones/ Recomendaciones:** la infección por criptococosis es una afección heterogénea que afecta varios sistemas del organismo, de diagnóstico difícil en pacientes inmunocompetentes y que puede ser mortal, sin embargo, su sitio afección favorito es sistema nervioso central, requiriendo diagnóstico definitivo mediante cultivo líquido cefalorraquídeo.

87TL REVISIÓN SISTEMÁTICA DE COMPLICACIONES DE LOS DEFECTO DEL SEPTO VENTRICULAR. MANEJO Y RESULTADOS. Walter Jáuregui Alvarado¹, Sharon Betsabé Avilés Pinto², Andrea Amalia Corrales Silva², Jaan Bladimir Valerio Corrales². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Gestión de Servicios de Salud; Tegucigalpa, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El defecto del septo ventricular (DSV) es una de las cardiopatías congénitas más comunes, asociado a complicaciones graves como endocarditis infecciosa, síndrome de Eisenmenger y aneurismas. Esta revisión sistemática analiza las presentaciones clínicas, manejo y resultados de estas complicaciones. **Objetivo:** Sintetizar la evidencia reciente (2022-2024) sobre las complicaciones de los defectos del tabique ventricular, destacando su diversidad clínica y estrategias terapéuticas. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo. Se realizó una revisión sistemática siguiendo las directrices PRISMA, utilizando PubMed, Google Scholar y BMJ Case Reports. Se incluyeron 23 artículos (22 reportes de casos y una serie de casos de 4 pacientes) que cumplieron criterios de inclusión y superaron la evaluación de calidad mediante la lista de verificación del Instituto Joanna Briggs. **Resultados:**

Se analizaron 26 pacientes (69% hombres, con un rango de edad 3 a 76 años). La endocarditis infecciosa fue la complicación más frecuente (53.8%, $n=14$), siendo *Streptococcus* spp. y *Staphylococcus aureus* los patógenos predominantes. El síndrome de Eisenmenger se identificó en 6 casos, asociado a hipertensión pulmonar y manifestaciones multisistémicas. Los aneurismas (15.4%, $n=4$) mostraron alta mortalidad sin intervención quirúrgica. El tratamiento combinó terapia médica (antibióticos, vasodilatadores) y quirúrgica (cierre del DSV, reparación valvular), observándose mejoría en la mayoría de los casos. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las complicaciones del DSV requieren de un enfoque y abordaje multidisciplinario. En endocarditis infecciosa, la terapia multimodal (antibióticos + cirugía) mejora los resultados, pero persisten desafíos en el acceso a tratamientos. La heterogeneidad de los casos subraya la necesidad de estudios prospectivos para estandarizar pautas terapéuticas, especialmente en regiones con acceso limitado a tratamientos.

88TL SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE REPORTADO EN HONDURAS. José Luis Ramírez. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado de Neurología; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (RCVS) es comprendido por la vasoconstricción segmentaria y multifocal de las arterias intracraneales. Se caracteriza por cefalea en trueno recurrente durante días a semanas, con un evento desencadenante que puede complicarse con eventos cerebrovasculares tanto isquémicos como hemorrágicos, así como edema cerebral. Su prevalencia es de 3 casos por millón de adultos, es más común en mujeres, 2.4:1, y en el postparto, es más comúnmente visto entre los 20-50 años, presentando desencadenantes hasta en el 25-60%. Se describe el primer caso reportado de esta entidad y se discuten las características clínicas para su subsecuente diagnóstico en la práctica diaria.

Descripción del caso: Paciente Femenina de 46 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes e hipotiroidismo, sin exposición a anticonceptivos hormonales. Presenta cefalea en trueno, repetitiva, diaria por 5 días, desencadenado por el baño con agua fría. Fue manejada por médico privado con AINES intravenosos, gepantes, y opioides mayores sin mejoría completa, por lo que asistió al Hospital Escuela. Posterior a descartar hemorragia subaracnoidea y ante escala clínica de RCVS (Score for Reversible Cerebral Vasoconstriction) positiva (9pts) se decidió realizar Angioresonancia cerebral identificando vasoconstricción segmentaria de arteria cerebral media derecha, así como arrosamiento de la arteria cerebral media izquierda. La paciente fue tratada por tres meses con duloxetina 60 mg/d y con nimodipina 60 mg/4h, presentando resolución completa de la cefalea sin complicaciones asociadas. Se realizó estudio de Angioresonancia control a los 6 meses evidenciando ausencia de vasoconstricción. **Conclusiones/Recomendaciones.** La importancia de identificar y tratar esta condición yace en la oportunidad de prevenir complicaciones potencialmente mortales.

89TL CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON VIH EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL HOSPITAL NACIONAL "DR. MARIO C. RIVAS" EN EL 2024. Karen Erazo. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Servicio de Atención Integral, Hospital Nacional Mario Catarino Rivas; Cortés, Honduras.

Introducción: El servicio de atención integral (SAI) del Hospital Nacional "Dr. Mario Catarino Rivas" (HNMCR) aperturado en el 2002, ofrece atención integral al adulto y niño con VIH. Actualmente atiende la cohorte más grande de pacientes con VIH a nivel nacional, realizando pruebas de VIH, ofreciendo tratamiento antirretroviral (TAR) y de infecciones oportunistas, así como profilaxis de las mismas y realizando controles laboratoriales.

Objetivo: Caracterizar la atención integral de pacientes con VIH del SAI/HNMCR durante el 2024. **Materiales y Métodos:** Investigación cuantitativa descriptiva, retrospectiva, que incluyó 2181 pacientes en TAR atendidos en el HNMCR en el 2024. Los datos se obtuvieron del informe de cohorte e indicadores elaborados mensualmente. **Resultados:** A diciembre del 2024 se registraron 2181 pacientes en TAR, 44 menores de 15 años, 55% masculinos, 25% entre 50-59 años, 14% tercera edad, 32% correspondían a hombres teniendo sexo con hombres. Se realizaron 166 diagnósticos nuevos, 83% vinculados y en TAR, recibiendo profilaxis con isoniazida el 49%. De los inicios de TAR en el 2024, el 2% fueron menores de 15 años, 45% con inmunosupresión severa, 100% iniciaron en primera línea de TAR, el 4% coinfectado VIH/TB. El 100% de la cohorte fue tamizada para TB resultando positivo el 1%. La cobertura en realización de carga viral durante ese año fue del 92%, con un 96% de supresión viral y 81% con CD4 mayor de 200 células. El 69% de la cohorte se tamizó para sífilis, resultando positivo el 8%. Al 49% de las mujeres mayores de 15 años activas sexualmente se realizó citología, resultando con cáncer de cérvix el 2%. El servicio de consejería intensificada en adherencia fue recibido por 134 pacientes, concluyendo el 78% y logrando el 82% la supresión viral. **Conclusiones/Recomendaciones:** Es fundamental contar con todos los recursos necesarios para ofrecer una atención integral oportuna y de calidad a los pacientes con VIH que acuden a los diferentes SAI del país.

90TL INFECCIÓN POR CÁNDIDA NO ALBICANS EN PACIENTE DEBUTANTE CON ESPECTRO DE NEUROMIELITIS ÓPTICA. Gabriel Isaías Rodríguez Lagos¹, Maureen Elizabeth Tróchez Soto², María Fernanda Estrada Cerrato¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Departamento de Medicina Interna, Postgrado de Neurología; Tegucigalpa, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Internado Rotatorio; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Las infecciones por levaduras del género *Candida* no albicans se han asociado a factores de riesgo variables que corresponden a procesos oportunistas como uso de antibióticos de amplio espectro (49%), dispositivo intravascular (42%), sonda vesical (38%) y nutrición parenteral (27%); sin identificar asociación a síndrome neurológicos de

base inflamatoria/desmielinizante tales como Espectro de Neuromielitis Óptica con Anticuerpos Antiacuporina 4 (NMO antiAQP4), Esclerosis Múltiple (EM), Encefalomiélitis Aguda Diseminada (EAD) y Trastornos Asociados a la Glicoproteína de la Mielina del Oligodendrocito (MOGAD). En especial NMO antiAQP4, que se asocia a infecciones virales en un 68.9% y a infecciones bacterianas en un 13.6%; sin evidenciar asociación con procesos micóticos. **Descripción del caso:** Femenina de 22 años de edad, previamente sana, con cuadro de dolor, de inicio súbito, en región cervical, al reposo, moderada intensidad, de características urentes; que 24 horas a inicio, evolucionó con disminución de fuerza de miembros inferiores, de instauración proximal a distal, acompañado de disminución de la percepción sensitiva (termo-algésica) por debajo de la región subxifoidea, con dificultad para la micción y defecación, ingresándose bajo consigna de Síndrome Medular Completo, con realización de Resonancia Magnética (IRM) cervicotorácica que identificó Mielitis Transversa de segmento largo con extensión desde C3-T9, en ausencia de lesión cerebral; confirmando a través de pruebas serológicas causa inflamatoria/desmielinizante por anticuerpos antiacuporina 4 (23/12/2024); diagnosticándose de forma incidental infección asociada a *Candida no albicans* en sedimento urinario (19/12/2024), cumpliendo terapia antimicótica por 14 días (Fluconazol 200 mg iv tres veces día). **Conclusiones/Recomendaciones:** Debido a la implicación inmune de tipo humoral asociada a la fisiopatología de NMO antiAQP4, se podría determinar un factor de riesgo para el desarrollo de infecciones oportunistas por *Cándida no albicans*. Considerar en paciente con patología inmunológica inflamatoria desmielinizante los procesos micóticos como potenciales agentes que pueden generar comorbilidades, recomendando realización de exámenes dirigidos a la captación de estas.

91TL INVAGINACIÓN BASILAR RELACIONADA A ARTRITIS REUMATOIDE. Luis Arturo Alvarado Pineda¹, René Alberto Flores Carias¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Neurología; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La invaginación basilar (IB) asociada a la artritis reumatoide se encuentra en un 5 a 32% de los pacientes. Se refiere al deslizamiento hacia abajo de estructuras óseas de la base del cráneo, en especial el hueso occipital y la región del foramen magno. Existen diversas formas de invaginación, la más común es el tipo I. Fisiopatológicamente esta compresión resulta en una alteración del flujo sanguíneo cerebroespinal y la irritación de fibras nerviosas ascendentes y descendentes del cerebro y la médula espinal. Los pacientes pueden presentar síntomas como cervicalgia, vértigo, disartria, disfagia, debilidad en los miembros, inestabilidad postural y parálisis. El diagnóstico de la (IB) se basa principalmente en estudios de imágenes, siendo la resonancia magnética (RM) y la tomografía computarizada (TC) las más útiles. En casos leves, el tratamiento conservador, como fisioterapia y control del dolor, puede ser suficiente. Las opciones quirúrgicas incluyen descompresión del foramen magno con estabilización de la columna cervical.

Descripción del caso: Mujer de 69 años, previamente sana, con antecedentes de artritis reumatoide, se presenta con historia de cefalea de larga evolución, aproximadamente de 5 meses de duración. Inicialmente, de localización occipital, de intensidad moderada (7/10), con irradiación holocraneana y los hombros bilateralmente, mejorando con AINEs. Además, presenta cervicalgia de misma evolución, tipo opresivo e intensidad moderada. Posteriormente, refiere aparición de disestesias en cara, hombros y hemicuerpo derecho por lo cual se ingresa como síndrome cefalálgico. Se realiza una TC cerebral simple que muestra lesión hiperdensa a nivel del bulbo raquídeo. Se solicita diagnóstico radiológico adicional y se encuentra pendiente abordaje quirúrgico por parte del servicio de neurocirugía. **Conclusión/Recomendación:** Es importante determinar la relación directa entre la AR y la invaginación basilar en nuestros pacientes para así poder realizar un tratamiento oportuno y adecuado.

92TL MICROLITIASIS ALVEOLAR. Juan Pablo Ordóñez Aguilar. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Neumología; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La microlitiasis alveolar es una enfermedad pulmonar producida por defecto del gen SLC34A2, que provoca un defecto en el transporte de fosfato, lo que lleva a la acumulación de calcio dentro de los espacios alveolares (calcosferitas). Se hereda de forma autosómica recesiva. Su diagnóstico suele ser incidental, su evolución es lentamente progresiva. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 42 años con enfermedad progresiva de 10 años de evolución y tos no productiva. Sin antecedentes patológicos relevantes, pero con exposición a cemento y humo de leña. Se encontró hipoxemia leve (SO₂: 93 %). La radiografía de tórax sugiere microlitiasis alveolar, confirmada con tomografía de alta resolución (TACAR) y biopsia transbronquial, la cual evidencia calcosferitas intraluminales. Las pruebas de función pulmonar mostraron un patrón restrictivo con disminución de la capacidad vital forzada (FVC: 58%). **Conclusión/Recomendación:** La microlitiasis alveolar es una patología poco frecuente con diagnóstico tardío. Su identificación requiere un alto índice de sospecha y el uso de estudios de imagen y biopsia. El manejo se centra en el soporte respiratorio y el seguimiento clínico.

93TL PREVALENCIA DE CÁNCER GASTROINTESTINAL EN 100,000 PACIENTES EVALUADOS CON ENDOSCÓPIA DIGESTIVA ALTA Y COLONOSCOPIA (2007-2023). Silvia Portillo¹, Alejandra Reyes¹, Vilma Portillo¹, Jorge Suazo¹, Josué Umaña¹, Raúl Zelaya¹, Luis Ramírez¹, Josué Chinchilla¹, Ivania Hernández Portillo². ¹Hospital del Valle, Centro de Enfermedades Digestivas; San Pedro Sula, Honduras ²Hospital del Valle, Endocrinología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Más de 20 millones de personas son diagnosticadas con cáncer alrededor del mundo, representando 10 millones de muertes por cáncer. Dentro de los 10 tumores

más letales 6 de ellos son gastrointestinales que incluyen estómago, colon, recto, hígado, esófago y páncreas. El estudio de endoscopia digestiva alta y baja permite la detección de tumores gastrointestinales en diferentes etapas. Realizarlo en forma de escrutinio en pacientes con factores de riesgo ha demostrado ser costo efectivo para la detección de estos tumores, antes de que se conviertan en neoplasias incurables.

Objetivo: Conocer la prevalencia de tumores gastrointestinales en pacientes a quienes se les realiza estudio de endoscopia alta y baja en un centro especializado del país. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, en el cual se revisaron 109,835 estudios de endoscopia alta y colonoscopia desde el 2007-2023, identificando los pacientes a quienes se les había diagnosticado cáncer en cualquier segmento a lo largo del tubo digestivo. **Resultados:** De 109,835 estudios endoscópicos realizados, 76,911 corresponden a endoscopias altas y 36,656 colonoscopias. Se diagnosticó cáncer en 2,653 pacientes, es decir un 2.3%. Se detectaron cánceres gástricos en 1,169 pacientes 44.74%. Se identificaron 1028 casos (39.3%) de colon y recto, en esófago en 142 pacientes (5.4%), canal anal en 51 pacientes (1.9%), y en intestino delgado 40 pacientes (1.5%). La relación entre hombres y mujeres en la prevalencia de cáncer fue similar, con una proporción de 1:1. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los tumores mayormente identificados fueron cáncer de estómago y colon. A diferencia de países desarrollados, el cáncer de estómago sigue siendo el más diagnosticado y se detecta en etapas avanzadas. Disponer de estos resultados permite mejorar la calidad de estudios endoscópicos, identificar lesiones de manera oportuna, los resultados en el diagnóstico y tratamiento del paciente.

94TL CARACTERIZACIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO MEDIANTE ESTUDIO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA, PERÍODO DE 15 AÑOS (2007-2023). Silvia Portillo¹, Alejandra Reyes¹, Vilma Portillo¹, Jorge Suazo¹, Josué Umaña¹, Raúl Zelaya¹, Luis Ramírez¹, Josué Chinchilla¹, Ivania Hernández Portillo². ¹Hospital del Valle, Centro de Enfermedades Digestivas; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital del Valle Endocrinología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El cáncer gástrico es la quinta causa de cáncer y la tercera causa de muerte en el mundo, la mayoría de los cánceres gástricos, ocurren en países subdesarrollados. El estudio de endoscopia digestiva alta es el Gold Standard para el diagnóstico de este tumor, además de permitir toma de biopsias; es factible la resección de estos en estadios iniciales.

Objetivo: Identificar la prevalencia, topografía e histología del cáncer gástrico en pacientes a quienes se realizó estudio de endoscopia digestiva alta desde el 2007-2023, en un centro endoscópico especializado en San Pedro Sula. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, en el cual se revisaron 76,911 estudios de endoscopia digestiva alta, en pacientes que acudieron a la realización de esta por cualquier dolencia gastrointestinal. **Resultados:** Durante 16 años, se llevaron a cabo 76,911 estudios de endoscopia digestiva alta.

Se identificaron 1,169 pacientes con cáncer gástrico, el 1.52% del total. La ubicación topográfica que predominó fue no cardial, en cuerpo y antro, representando el 86.3% del total (N: 1009). Se detectó únicamente 14 casos de cáncer gástrico en estadio temprano, el resto corresponde a cáncer avanzado. En cuanto a la estirpe histológica, el 49.7% de los casos tenían un origen intestinal, el 29% de origen difuso y el 5.5% correspondía a linfomas. Un 9.2% de los pacientes (N: 223) debutaron con estenosis pilórica. El cáncer gástrico fue más frecuente en hombres, con una proporción 1.3:1, principalmente en pacientes mayores de 60 años. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se encontró 1 caso de cáncer de estómago por cada 65 pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta, quienes acudieron por razones distintas al escrutinio. El porcentaje de detección de cáncer gástrico en etapas tempranas fue del 1.3% (N:14), indicando que se diagnostica la enfermedad en etapa avanzada, y no en sus fases iniciales cuando el tratamiento es más efectivo.

95TL PREVALENCIA DE DISPEPSIA COMO MOTIVO DE CONSULTA EN GASTROENTEROLOGÍA. Jorge Suazo¹, Alejandra Reyes¹, Silvia Portillo¹, Josué Chinchilla¹, Luis Ramírez¹, Raúl Zelaya¹, Vilma Portillo-Portillo¹, Alicia Cerna². ¹Hospital del Valle, Centro de Enfermedades Digestivas; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital del Valle, Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Los trastornos de interacción intestino-cerebro son causa frecuente de consulta en gastroenterología. La encuesta mundial Roma IV encontró una prevalencia global de dispepsia 7.2%, siendo 6.9% en países latinoamericanos. Un estudio realizado en Honduras reportó una prevalencia de dispepsia no investigada del 14% (7.5% síndrome de distrés postprandial, 3.0% síndrome de dolor epigástrico y 3.5% mixto). **Objetivo:** Evaluar la frecuencia de pacientes con síntomas dispépticos que asisten a consulta de gastroenterología.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se aplicó el cuestionario PAGI-SYM a todos los pacientes que acudieron a la consulta de gastroenterología del Centro de Enfermedades Digestivas entre febrero-junio 2019, con muestra de 321 participantes. **Resultados:** 47.4% presentó náuseas, moderadas a intensas en el 22.1% y leves en 25.2%. A pesar de la alta frecuencia de náusea, solo 21.5% reportó vómitos, la mayoría de leve intensidad (14%). El síntoma más frecuente fue la plenitud postprandial (68.8%), moderada a intensa en 42.1%. El 45% reportó saciedad temprana, moderada en 12.5% y leve en 19.6%. La distensión abdominal se presentó en el 65.4%, de moderada a intensa en 38.3%. Epigastralgia ocurrió en 58.6% de los pacientes, de moderada a intensa en 29.3%. El dolor en abdomen superior fue referido 56.4%, predominando de leve a moderada (30%). Menos de la mitad presentó hiporexia, con predominio de intensidad leve (23.3%). **Conclusiones/Recomendaciones:** Los síntomas dispépticos son altamente prevalentes entre pacientes que acuden a consulta de gastroenterología, destacando la plenitud postprandial (68.8%), distensión abdominal (65.4%), epigastralgia (58.6%)

y saciedad temprana (45%). Casi la mitad presentó náuseas e hiporexia (46%). Es importante mencionar que al tratarse de un grupo seleccionado de pacientes que consultan exclusivamente por síntomas digestivos, la prevalencia encontrada es significativamente mayor que en población general. La dispepsia representa así uno de los principales motivos de consulta en gastroenterología en nuestro medio.

96TL SÍNDROME DE PERCHERÓN, INFARTO TALÁMICO BILATERAL: Yosvin Amaya¹, Daniel Leiva¹, José Díaz Cruz². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras Posgrado de Neurología; Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Servicio de Neurología; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La arteria de Percherón es una variante poco común de la arteria paramediana, esta única arteria se encarga de irrigar de manera bilateral el tálamo. Si se ocluye la arteria, produce lesiones isquémicas con síntomas que se presentan de manera variada, es una patología poco frecuente, y corresponde a menos del 1 % de los ICTUS. Su sintomatología se caracteriza típicamente por afectación del nivel de conciencia, movimientos oculares, trastorno cognitivo y conductual. **Descripción del caso:** Paciente femenina, 68 años, ama de casa, antecedentes personales; hipertensión arterial, sin RANKIN previo, presenta súbitamente alteración del estado de conciencia, caracterizado por hiporreactividad a estímulos verbales y táctiles, se trasladó al hospital escuela, examen físico, se identifica fibrilación auricular respuesta ventricular adecuada confirmado por EKG, Glasgow 11, AO: 4, RV:2, RM:5, mirada divergente, hiperreflexia global, y respuesta plantar indiferente bilateral. Tomografía simple de cerebro (TC), 4 horas de iniciada sintomatología, sin alteraciones, TC simple realizada en 24 horas, se evidencia imagen hipodensa de características subagudas en ambos tálamos, se realiza resonancia magnética (IRM) cerebral contrastada, en cortes axiales se observa lesión hiperintensa en T2 que restringe en difusión que afecta de manera bilateral ambos tálamos. Inicio de apixaban 5 mg BID y gastrostomía al egreso. **Conclusiones/Recomendaciones:** El síndrome de Percherón, ictus menos prevalentes en la población a nivel mundial, es difícil de sospechar en pacientes en los cuales las manifestaciones clínicas no son específicas, y dada su poca frecuencia no es un diagnóstico probable en los pacientes que ingresan por patología vascular cerebral, importante realizar estudios de imagen control y de mayor especificidad como IRM cerebral cuando el diagnóstico clínico aún no es preciso.

97TL ABSCESOS PULMONARES MÚLTIPLES COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE TUBERCULOSIS DISEMINADA: Rocío Fabiola Salgado Hernández¹, Vilma Alejandra Gómez Lara¹, Carlos José Melgar Díaz¹, Jorge Martín Beltrán Lima¹, Jazmina Sarahi Verde Herrera¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La Tuberculosis Diseminada es una manifestación poco común de la enfermedad tuberculosa; representando

entre el 2 y el 5% de los casos. Su incidencia es mayor en personas con alteraciones en su sistema inmunológico, como aquellas que tienen VIH, diabetes mellitus, alcoholismo, cirrosis, reciben tratamiento inmunosupresor, padecen insuficiencia renal crónica o sufren de cáncer. **Descripción del caso:** Se trata de paciente hombre 73 años, con antecedente de etilismo crónico, acude con historia de tos seca de 3 semanas de evolución progresando a ser productiva una semana previa al ingreso, acompañado de fiebre subjetivamente alta, sin predominio de horario y disnea de moderados a pequeños esfuerzos. Al examen físico pulmonar uso de músculos accesorios, percutiendo matidez en ambas bases pulmonares y a la auscultación crépitos bibasales. Radiografía de tórax evidenciando múltiples abscesos pulmonares y prueba de genxpert en esputo negativo. Se inicia antibioticoterapia con ampicilina/sulbactam. Cinco días después inicia con deterioro del estado de alerta, caracterizado por somnolencia, desorientación, rigidez de nuca; aun con persistencia de tos y fiebre, se decide realizar nuevamente genxpert de esputo, serología VIH, y tomografía cerebral en donde se evidenció datos de edema cerebral e hidrocefalia normotensiva, segunda prueba de genxpert positiva y VIH negativo. Se indica tratamiento con antifímicos obteniendo mejoría significativa del estado de alerta y cuadro respiratorio 3 días después. **Conclusiones/Recomendaciones:** Lo interesante de este caso es la presentación atípica de la tuberculosis, manifestada con abscesos pulmonares, seguida de un deterioro en el estado de alerta que mejoró notablemente tras el inicio de la terapia antifímica. Este caso resalta la importancia de asegurar el abordaje correcto y específico para infecciones respiratorias, teniendo en cuenta la sensibilidad de las pruebas moleculares que se realizan, particularmente el 15% de los pacientes con baja carga bacteriana y un genxpert podría resultar negativo.

98TL POLIRRADICULONEUROPATÍA DESMIELINIZANTE INFLAMATORIA AGUDA E INFECCIÓN POR PLASMODIUM FALCIPARUM: Vilma Alejandra Gomez Lara¹, Gustavo Adolfo Colindres Carías², Rocío Fabiola Salgado Hernández¹, Jorge Martín Beltrán Lima¹, Carlos Jose Melgar Diaz¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El síndrome de Guillain Barré se ha visto relacionado a infección por los diferentes serotipos de Plasmodium, con mayor frecuencia vivax y falciparum. La principal manifestación es tetraparesia flácida aguda, en ocasiones compromiso bulbar. Se confirma el diagnóstico mediante estudios de LCR y estudios de conducción nerviosa. La mayor parte de los casos tiene resolución espontánea posterior al tratamiento antimalárico. **Descripción del caso:** Hombre de 26 años, procedente de África, con historia de viajes recientes a Suramérica y Centroamérica en las últimas dos semanas. Fue referido a nuestra institución con historia de dolor abdominal difuso de 10 días de evolución, sin irradiación, sin atenuantes o exacerbantes acompañado de fiebre, ictericia, mialgias y artralgias. Se diagnostica, mediante microscopía, infección por Plasmodium falciparum. El tratamiento con primaquina y

artemeter-lumefantrina fue iniciado. Dos días después del ingreso, el paciente inicia con parestesias y paresia en miembros inferiores que progresó el mismo día a miembros superiores. Es evaluado por médico neurólogo quien indicó punción lumbar, electromiografía y estudio de velocidad de conducción nerviosa llegando a la conclusión que se trataba de polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda. Tres días después del inicio de tratamiento contra malaria, el paciente tuvo mejoría en la fuerza, sin necesidad de terapia dirigida con inmunoglobulina o plasmaféresis. Completó el tratamiento para infección por *Plasmodium falciparum* y egresó sin secuelas. **Conclusiones/Recomendaciones:** Son pocos los casos reportados en la literatura que asocian la clínica específica de síndrome de Guillain Barré, que además presentan síntomas específicos y pruebas positivas para diagnóstico de malaria. Al evaluarlos se debe abordar en primer lugar la parte infecciosa por dicho patógeno, tomando en cuenta que la electromiografía y la inmunoglobulina no serían determinantes como primer tratamiento, ya que al tratar la causa de la polirradiculoneuropatía se revertirían los signos y síntomas en la mayoría de los casos.

99TL. EFECTO EN DOLOR POSTOPERATORIO COMPARANDO HIDROTAPONAMIENTO CON LIDOCAÍNA VERSUS NEUMOTAPONAMIENTO DEL TUBO ENDOTRAQUEAL, IHSS, HONDURAS. Cindy Monserrath Aguilar Pineda¹, Mynor Octavio López Aguilar¹, César Mauricio Velásquez Lara¹. ¹Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Anestesia General; Universidad Nacional Autónoma de Honduras, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El dolor de garganta postoperatorio es una complicación frecuente en pacientes sometidos a intubación endotraqueal bajo anestesia general, afectando su recuperación y bienestar. Diferentes estrategias han sido evaluadas para reducir esta molestia, destacando el hidrotaponamiento con lidocaína como una alternativa al neumotaponamiento tradicional con aire. **Objetivo:** Comparar la incidencia y severidad del dolor de garganta postoperatorio entre pacientes sometidos a hidrotaponamiento con lidocaína y aquellos con neumotaponamiento en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), San Pedro Sula, Honduras. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional comparativo de enfoque analítico en 32 pacientes programados para cirugía bajo anestesia general. Se registraron variables como el estado ASA, intentos de intubación, duración del procedimiento y el tipo de insuflación del tubo endotraqueal. El dolor de garganta fue evaluado mediante una escala numérica en tres momentos postoperatorios: inmediato, a las 2 horas y a las 4 horas. **Resultados:** Los pacientes con hidrotaponamiento presentaron menor incidencia y severidad del dolor postoperatorio. En la evaluación inmediata, el 75% del grupo de neumotaponamiento reportó dolor moderado a severo, frente al 31% del grupo de hidrotaponamiento ($p < 0.05$). A las 2 horas, la percepción de dolor disminuyó en ambos grupos, siendo significativamente menor en el grupo de hidrotaponamiento ($p = 0.03$). A las 4 horas, el 81% del grupo de hidrotaponamiento

refirió ausencia o dolor leve, comparado con el 44% en el grupo de neumotaponamiento ($p = 0.02$). **Conclusiones/Recomendaciones:** El hidrotaponamiento con lidocaína se asoció con una menor incidencia y severidad del dolor de garganta postoperatorio en comparación con el neumotaponamiento. Se recomienda su consideración en práctica clínica para mejorar el confort del paciente y optimizar la recuperación postoperatoria.

100TL MAMA DENTRO DE UNA MAMA: Norma Isabel Galeas Calleja¹, Fernando José García Díaz¹, Víctor David Bardales Amador¹, Borlin Daniel Galeas Castillo¹, Gladys Ivette Bardales Gamez¹. ¹Clinica Salud Integral de la Mujer; Honduras.

Introducción: Los hamartomas de mama representan del 0.7-4.8% de los tumores mamarios benignos. Son asintomáticos y suelen medir menos de 5 centímetros de diámetro. Su diagnóstico es mediante el estudio histopatológico y tienen un buen pronóstico. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 16 años de edad, acude a consulta presentando una masa en mama derecha de 1 año de evolución con crecimiento progresivo. Al examen físico se observó asimetría mamaria, palpándose una masa sólida, ovoide con bordes definidos, móvil, de 7 cm de diámetro en cuadrante inferior externo de mama derecha, indolora, sin cambios en piel ni secreción del pezón. Se realiza ultrasonido que describe un nódulo único, heterogéneo, con bordes bien definidos y doppler negativo. Se realiza una biopsia excisional con anestesia local. El estudio histopatológico reportó una masa de 10x9x6 cm, en la que se observó tejido mamario con conductos dilatados, leve hiperplasia epitelial ductal con estroma denso, sin atipia diagnosticando un hamartoma mamario. La paciente evoluciona de manera favorable, se le indica seguimientos periódicos durante un año. **Conclusiones/Recomendaciones:** Para los médicos que se enfrentan a un caso de asimetría mamaria es de utilidad incluir dentro de los diagnósticos diferenciales al hamartoma mamario. Además de realizar una evaluación clínica integral a los pacientes y solicitar estudios de imagen complementarios, es indispensable analizar el tejido obtenido de la biopsia para confirmar su diagnóstico. El conocimiento de las características de esta patología infrecuente es imprescindible para tomar decisiones terapéuticas acertadas que causarán un impacto positivo en el desenlace del paciente.

101TL MINOCA: INFARTO DEL MIOCARDIO SIN LESIONES CORONARIAS CONSTRICTIVAS. Maira Alejandra Torres¹. Bayron Josué Degrandes², Larisa Valladares³. ¹Instituto Nacional Cardiopulmonar, Unidad de Cuidados Intensivos; Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto Nacional Cardiopulmonar, Cuidados Paliativos; Tegucigalpa, Honduras. ³Universidad Católica de Honduras, Servicio Social; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El infarto de miocardio con arterias coronarias no obstructivas (MINOCA) es un infarto agudo de miocardio que ocurre sin evidencia de obstrucción significativa en las arterias coronarias por angiografía. Es una condición compleja que

presenta desafíos diagnósticos, ya que el diagnóstico adecuado no solo requiere identificar el infarto, sino también investigar la causa subyacente, que puede ser multifactorial. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 74 años, hipertensa, presentó dolor torácico de 20 horas de evolución, tipo opresivo, intensidad 9/10, sin irradiación, acompañado de disnea progresiva, de pequeños esfuerzos a disnea en reposo. Además, edema en miembros inferiores de 2 semanas de evolución, con fovea +. Acudió a clínica privada, se realizó EKG, evidenciando infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST, troponinas cardíacas positivas (96 ng/L), de manejo agudo y es referida a nuestra institución. Se recibe con dolor torácico y cifras tensionales elevadas. Nuevo EKG reporta bloqueo completo de rama izquierda e hipertrofia ventricular izquierda. Se inició nitroglicerina en infusión y se trasladó a la unidad de cuidados coronarios. Se realizó ecocardiograma que evidenció FEVI de 27%, miocardiopatía dilatada de origen isquémico. Tras 24 horas, la angiografía coronaria fue normal, sin lesiones significativas. Se realizaron estudios adicionales, incluida una angiotomografía de la aorta, que descartó disección o aneurismas. Paciente con mejoría clínica, se optimiza manejo para cardiopatía isquémica y se egresa al décimo día de hospitalización. **Conclusiones/Recomendaciones:** El MINOCA es una condición heterogénea que requiere una evaluación clínica exhaustiva. Este caso destaca la importancia de realizar un enfoque integral para identificar la causa subyacente y asegurar el manejo adecuado del paciente

102TL PERICARDITIS CONSTRICTIVA: HALLAZGO INCIDENTAL. Maira Alejandra Torres¹, Gineth Ochoa², Alejandro Avila², Bayron Josué Degrandes³. ¹Instituto Nacional Cardiopulmonar, Sala de Cardiología, Medicina en Urgencia, Emergencia y Catástrofes; Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto Nacional Cardiopulmonar, Sala de Cardiología; Tegucigalpa, Honduras. ³Instituto Nacional Cardiopulmonar, Cuidados Paliativos; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La pericarditis constrictiva es una patología clínica que puede representar un reto diagnóstico, ya que sus síntomas se asemejan a los de la insuficiencia cardíaca diastólica, causada por un pericardio engrosado y rígido, lo que limita el llenado ventricular. El diagnóstico adecuado depende de una alta sospecha clínica y la interpretación correcta de los exámenes complementarios. **Descripción del caso:** Paciente de 61 años, antecedentes de cirrosis hepática y fibrilación auricular, fue referido para valoración cardiológica preoperatoria por ginecomastia. Se realiza rayos X tórax, evidenciando cardiomegalia y calcificación en la silueta cardíaca. Se realiza ecocardiograma que mostró ventrículo izquierdo no dilatado con aneurisma apical y FEVI del 57%. TAC de tórax revela calcificación difusa del pericardio con grosor de 9 mm. Paciente asintomático, optimizamos manejo médico y se da alta médica, cuatro días después presentó disnea progresiva, se ingresa nuevamente a la institución. Se presenta al servicio de cardiología intervencionista en Hospital Escuela para realizar pericar-

diectomía. La cual se realiza una semana después resultando exitosa, se traslada a nuestra institución para continuar manejo postoperatorio, cuarenta y ocho horas después, presentó fibrilación auricular e inestabilidad hemodinámica, se decide cardioversión eléctrica con 200J retornando a ritmo sinusal. Se reciben troponinas cardíacas altas (1137ng/L) se consigna IAM sin elevación del segmento ST. A pesar del tratamiento, el paciente desarrolló falla multiorgánica y falleció veinticuatro días después. **Conclusiones/Recomendaciones:** La pericarditis constrictiva es un diagnóstico desafiante, especialmente cuando se presenta con síntomas de insuficiencia cardíaca derecha, lo que puede confundirse con otras patologías. El diagnóstico oportuno y el manejo quirúrgico adecuado, como la pericardiectomía, son fundamentales para mejorar la condición del paciente. Sin embargo, las comorbilidades asociadas, como la cirrosis hepática, complican el pronóstico y la recuperación postquirúrgica. Es crucial mantener una alta sospecha clínica y un seguimiento exhaustivo para una intervención adecuada.

103TL SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO SEVERO POR INFLUENZA TIPO . Maira Alejandra Torres¹, Zahory Iezabel Paz², Kevin Edgardo Lainez³, Denis Gabriel Rodríguez⁴. ¹Instituto Nacional Cardiopulmonar, Unidad de Cuidados Intensivos, Medicina en Urgencia, Emergencia y Catástrofes; Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto Nacional Cardiopulmonar, Unidad de Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos; Tegucigalpa, Honduras. ³Instituto Nacional Cardiopulmonar, Unidad de Cuidados Intensivos; Tegucigalpa, Honduras. ⁴Instituto Nacional Cardiopulmonar, ⁴Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es una condición de alta morbilidad caracterizada por hipoxemia severa e infiltrados pulmonares bilaterales, resultado de una agresión pulmonar local o sistémica. Se presenta un caso de SDRA secundario a la infección viral por el virus influenza A (H1N1), una patología que puede provocar infecciones respiratorias graves y, en algunos casos, complicaciones fatales. **Descripción del caso:** Femenina 70 años, hipertensa. Cuadro clínico inicia 4 días previo a su ingreso con síntomas respiratorios superiores, rinorrea, disfagia, atenuados estos síntomas con acetaminofén. Posteriormente presenta fiebre no cuantificada y disnea progresiva, al inicio de grandes esfuerzos y el día de ingreso disnea en reposo. Acude a clínica privada donde al evaluarla se encuentra en insuficiencia respiratoria, FR 40 rpm, saturación 60%, deterioro de la conciencia. Es referida a nuestra institución donde fue recibida hipotensa y en falla respiratoria, al examen físico estertores crepitantes bilaterales en velcro, frialdad distal, Rx tórax infiltrado alveolar bilateral que compromete 90% del parénquima pulmonar, pruebas serológicas para COVID e Influenza negativas. Se realiza secuencia de intubación rápida, se coloca vía central y se inicia sedoanalgesia, relajación muscular, sostén vasopresor con norepinefrina, manejo médico y ventilatorio para distrés respiratorio severo, sin embargo, persiste con PAFI menor a 100

por lo que se realiza pronación presentando discreta mejoría clínica y gasométrica. Se realiza panel viral respiratorio PCR multiplex (filmArray) con resultado positivo para influenza tipo A (H1), se inicia manejo con oseltamivir 75 mg cada 12 horas. Paciente a pesar del manejo establecido fallece. **Conclusiones/Recomendaciones:** La infección por el virus influenza A (H1) puede ocasionar SDRA y graves complicaciones respiratorias. Es fundamental realizar pruebas diagnósticas rápidas, como la PCR, y comenzar el tratamiento antiviral de inmediato. Las medidas de aislamiento también son esenciales para prevenir contagios y mejorar el pronóstico en pacientes afectados.

104TL PSORIASIS PUSTULAR GENERALIZADA AGUDA DE VON ZUMBUSCH. REPORTE DE CASO. Ada M. López-Pineda¹, Benilda I. Martel Ramos², Nelly J. Sandoval-Aguilar³.

¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Postgrado de Dermatología; Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Servicio de Dermatología; Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Escuela, Departamento de patología; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La psoriasis pustular comprende un grupo de enfermedades cutáneas inflamatorias. Se divide en generalizada, consisten en psoriasis pustular generalizada aguda (GPP) o de (von Zumbusch); anular y circinada subaguda; del embarazo (impétigo herpetiforme); infantil y juvenil; y psoriasis pustular localizada, incluidas las variantes de palmoplantar y acrodermatitis continua de Hallopeau. La GPP es una variante rara representa el 1% de la psoriasis. Los factores desencadenantes: estrés emocional, infecciones, medicamentos (esteroides, litio, antimaláricos, interferón, beta-bloqueadores), alcohol y tabaco. Caracterizada por múltiples pústulas no foliculares, estériles, sobre una base eritematosa que corresponde histológicamente a colecciones de neutrófilos en la epidermis. **Descripción del caso:** Femenina de 19 años, sin antecedentes patológicos. Refiere dermatosis de dos meses de evolución, localizada en piel cabelluda, placas, con escama blanquecina; con pérdida difusa de cabello. Acude a una clínica donde se indican glucocorticoides intramusculares por cuatro días consecutivos. Una semana después inicia con malestar general y dermatosis generalizada. A la exploración física: eritema y edema difuso, en su superficie múltiples pústulas, redondeadas, con diámetros que oscilan entre 1-3mm, que confluyen y forman placas que terminan con descamación residual blanquecina. En piel cabelluda placas con escama gruesa, plateada, signo de Auspitz positivo. Laboratoriales: leucocitosis de 18,370/mm³ (neutrofilia 14,090/mm³); elevación de proteína C reactiva 24 mg/dl; cultivo por bacterias negativo. La histopatología reportó: psoriasis pustulosa. Se indica metotrexate 15 mg vía oral cada semana, se reevalúa a la 4ta semana mostrando hiperpigmentación postinflamatoria residual. **Conclusiones/Recomendaciones:** La GPP es una variante rara, multisistémica, aguda y grave de la psoriasis. Ante la sospecha clínica de psoriasis en cualquiera de sus variantes, los pacientes deben ser derivados al servicio de dermatología, con el fin de asegurar un abordaje y tratamiento

adecuado; y evitar riesgos de desencadenar formas más graves de la enfermedad, como ocurre con el uso indiscriminado de esteroides sistémicos.

105TL AMILOIDOMA MEDIASTINAL PRIMARIO CON COMPROMISO BRONQUIAL. Jessy Guzmán¹, Vilma Turcios², Erik Joel Claros Yáñez², César Ulises Alas Pineda³, Suyapa Sosa Ferrari⁴.

¹Universidad Católica de Honduras, Posgrado de Neumología; Tegucigalpa, Honduras. ²Universidad Católica de Honduras; San Pedro Sula. ³Programa de Ciencias Biomédicas Cuantitativas, Dartmouth College, Hanover, New Hampshire, Estados Unidos. ⁴Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio en Neumología; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La amiloidosis es una enfermedad caracterizada por el depósito extracelular de proteínas mal plegadas en forma de fibrillas, siendo el amiloidoma una forma localizada sin compromiso sistémico. El compromiso pulmonar por amiloide es raro, especialmente en forma de masa mediastinal.

Descripción del caso: Hombre de 56 años con antecedentes de hipertensión controlada y tabaquismo leve. Consultó por disnea progresiva de seis meses, astenia, palpitaciones y fiebre nocturna. El examen físico reveló adenopatías cervicales bilaterales, sin dolor, y disminución del murmullo vesicular en el hemitórax derecho. La radiografía de tórax mostró radiopacidad homogénea y un ensanchamiento mediastinal. La espirometría reveló una reducción moderada de la capacidad vital forzada (FVC 68%) y del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1 72%). La TAC de tórax evidenció conglomerados linfadenopáticos mediastinales con calcificaciones gruesas. Las biopsias de ganglio cervical no fueron concluyentes, y tras una toracotomía, el análisis histopatológico reveló depósitos de amiloide, confirmado por tinción con rojo Congo y birrefringencia verde manzana bajo luz polarizada. La biopsia de médula ósea y los estudios de proteinuria de 24 horas no mostraron signos de amiloidosis sistémica. El paciente fue tratado con radioterapia paliativa (10 sesiones de 30 Gy) para reducir el tamaño de la masa mediastinal y aliviar la compresión bronquial. A pesar de esto, el paciente falleció antes de iniciar el tratamiento con bortezomib debido a un rápido deterioro clínico asociado a hipoxia progresiva. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se resalta la importancia de considerar el amiloidoma mediastinal en el diagnóstico diferencial de masas torácicas atípicas.

106TL SARNA NORUEGA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO: REPORTE DE CASO. Isela J. Jimenez-Castellano¹, Miriam Y. González Matute².

¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado de Dermatología; Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Departamento de Dermatología, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La sarna noruega es una forma altamente contagiosa de escabiosis, causada por el ectoparásito *Sarcoptes scabiei*, diagnosticada con mayor frecuencia en pacientes inmunocomprometidos. Se caracteriza por lesiones hiperque-

ratósicas costrosas con distribución en palmas, plantas y en piel cabelluda. Su transmisión ocurre por contacto directo o indirecto a través de objetos contaminados como ropa, toallas, mobiliario y camería. El ectoparásito tiene la capacidad de vivir fuera de la piel hasta 72 horas. A diferencia de la escabiosis común, la sarna noruega se caracteriza por una infestación masiva de millones de ácaros en un solo paciente. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 68 años, con antecedentes de enfermedad renal crónica y diabetes mellitus tipo 2, acude a emergencia con dolor abdominal difuso, cambios conductuales y oliguria. En estudios laboratoriales se detecta alteración electrolítica, agudización de la enfermedad renal y es diagnosticado con hepatopatía crónica. El servicio de Dermatología encuentra, en el examen físico, lesiones costrosas, hiperqueratósicas y pruriginosas, con distribución palmo-plantar y en piel cabelluda. Ante la alta sospecha clínica en un paciente inmunosuprimido, se realiza un examen con hidróxido de potasio, en el cual se confirma la presencia de *Sarcoptes scabiei*, estableciendo así el diagnóstico de sarna noruega. Se indica manejo clínico con ivermectina en dosis de 6 mg los días 1, 2 y 8, además de aplicación tópica de vaselina azufrada al 10% dos veces al día en las áreas afectadas. El paciente evoluciona de manera favorable, con resolución de los síntomas previos al alta médica autorizada. **Conclusiones/Recomendaciones:** La sarna noruega es una variante severa de la escabiosis, presente en pacientes inmunosupresos. Su correcto diagnóstico puede ser un desafío debido a su baja frecuencia y presentación atípica. Debido a su alta transmisibilidad, es fundamental implementar medidas higiénicas adecuadas en el entorno del paciente, así como un manejo farmacológico oportuno.

107TL ABSCESO PULMONAR RETROCARDIACO EN HOSPITAL DR. ENRIQUE AGUILAR CERRATO. Julio Jacobo Aguilar Maradiaga. El Negrito, Yoro, Honduras.

Introducción: El absceso pulmonar es una infección necrosante del pulmón, caracterizada por lesión cavitaria repleta de pus, rodeada de tejido inflamatorio, después de una infección microbiana. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 32 años, procedente de Jesús de Otoro Intibucá, antecedentes personales patológicos de alcoholismo crónico de 20 años de evolución. Historia de tos húmeda de 3 días acompañada de fiebre no cuantificada subjetivamente alta, con episodio de hematemesis. Al ingreso tiraje intercostal, dificultad respiratoria y estertores crepitantes bilaterales sin broncoespasmo. Exámenes de laboratorio el 29/5/21: hemograma con leucocitos de 15.5, granulocitos 79.4%, hemoglobina 9.5, hematocrito 28.9, plaquetas 284000, PCR positiva. Se solicita Rx de tórax reportando imagen cavitada a nivel basal izquierdo, con niveles hidroaéreos, lesiones bronconeumónicas y retro cardíaca, se ingresa con diagnóstico de neumopatía en estudio sospechando absceso pulmonar. Se realiza tomografía computarizada el 30/5/21 que sugiere posibilidad de absceso pulmonar con proceso inflamatorio en pulmón izquierdo, hallazgos sugestivos de secuelas de tuberculosis antigua. Se obtiene resultado de culti-

vo de secreciones el 31/5/21 con crecimiento de *Streptococcus pyogenes*, con tinción para cocos Gram positivos. Tratamiento con terapia triple antibiótica, oxacilina 2 g IV cada 6 horas, imipenem 500 mg IV cada 6 horas y amikacina 750 mg IV/día. Paciente sigue presentando picos febriles continuos con uso de antipiréticos por vía intravenosa, médico especialista sugiere transfundir para aumentar eficacia de tratamiento y referir al Instituto Nacional Cardiopulmonar el día 8/6/21 para descartar proceso neoplásico. **Conclusiones/Recomendaciones:** El absceso pulmonar normalmente es causado por aspiración de secreciones bucales en pacientes que tienen alteraciones de conciencia. El diagnóstico se basa en la radiografía de tórax. El tratamiento suele realizarse con una combinación de inhibidores de la beta lactamasa. Sospechar absceso pulmonar en pacientes propensos a la aspiración, con síntomas constitucionales y pulmonares subagudos, radiografía de tórax: lesiones compatibles como cavidades.

108TL HALLAZGO CLÁSICO DE PROTEINOSIS ALVEOLAR PULMONAR EN TOMOGRAFIA DE TORAX, PATRON EMPEDRADO. Marco Antonio Quiñonez Sánchez¹, Andrea Yacenia Carbajal Vásquez², Carlos Andrés Portillo Muñoz², Edgardo Ramón Muñoz Gutiérrez². ¹Hospital Nacional Doctor Mario Catarino Rivas, Neumología y Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Nacional Doctor Mario Catarino Rivas, Medicina General; San Pedro Sula. Honduras.

Introducción: La proteinosis alveolar pulmonar (PAP) es una enfermedad rara, con incidencia de 0.2 casos por millón de personas, caracterizada por la acumulación alveolar de surfactante compuesto por proteínas y lípidos secundaria a una deficiencia en su eliminación por los macrófagos alveolares. El diagnóstico se sospecha clínica y radiológicamente y se confirma por lavado bronquioloalveolar. **Descripción del caso:** Mujer de 44 años, sin antecedentes patológicos ni tóxicos, se presenta con tos no productiva y disnea leve de un mes de evolución, con examen físico y radiografía de tórax inicialmente normal y antígeno SARS-COV-2 negativo, por lo cual no se realizó evaluación adicional. Catorce meses después, acude por progresión de disnea, saturando 92%, presentando únicamente al examen físico estertores finos bilaterales bibasales en tórax anterior y posterior. La radiografía de tórax control evidenció infiltrados intersticiales no homogéneas bibasales y el citoquímico no mostró anormalidades. Se manejó con antibióticos y corticosteroides sistémicos sin mejoría, a las 2 semanas se derivó a neumología. La tomografía de tórax evidenció opacidades en vidrio esmerilado con engrosamiento septal inter e intralobulillar bilateral, representando un patrón empedrado. Se realizó broncoscopia y lavado alveolar bronquial obteniendo líquido de aspecto lechoso, compatible con el diagnóstico de PAP. La citología y tinciones del líquido obtenido resultaron negativas. La paciente fue ingresada con plan de lavado pulmonar total (LPT) con la técnica modificada de Ramírez, utilizando 9 litros de solución salina estéril al 0.9% para cada pulmón hasta obtener líquido claro. A las 24h, paciente saturando 98%, con franca mejoría

clínica y radiológica. **Conclusiones/Recomendaciones:** En la tomografía de tórax, el patrón empedrado es muy sugestivo de la enfermedad, consiste en el engrosamiento de los septos interlobulillares superpuestos y líneas intralobulillares. Además, el lavado broncoalveolar es necesario para el diagnóstico, siendo característico la apariencia lechosa atribuida a la cantidad de material lipoproteínico.

109TL TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES MALIGNO DE ARCO COSTAL. Juan Fernando Paz¹, Andrea Carbajal². ¹Clínica Diagnos; San Pedro Sula, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El tumor de células gigantes de hueso es, en la mayoría de los casos, una lesión benigna que usualmente se presenta en huesos largos en pacientes con maduración esquelética. Hallazgos que sugieren malignidad son patrón de cualquier lesión maligna ósea como: expansión cortical, invasión de tejidos blandos o reacción perióstica. Ocurre entre las edades de 20-50 años y el lugar más común es la rodilla, siendo el arco costal una localización atípica. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 49 años sin antecedentes personales patológicos consulta por dolor en flanco izquierdo. En la tomografía simple se observa que el duodécimo arco costal izquierdo presenta una lesión expansiva de márgenes lobulados y calcificados. En el interior de la lesión se aprecian imágenes hipodensas de densidad quística. En la resonancia magnética se observan niveles líquido-líquido internos (componente de quiste aneurismático) y en la fase contrastada se evidencia extensión de la lesión hacia los músculos para espinales y músculos intraabdominales. Biopsia de hueso reporta: Reacción ósea periférica reactiva con estroma hemorrágico, vasos ectásicos y células gigantes multinucleadas en un fondo fibroso, sin matriz condroide. **Conclusiones/Recomendaciones:** Distinguir entre lesiones óseas benignas y malignas de las costillas es fundamental para un diagnóstico y una planificación de tratamiento efectiva. Las lesiones benignas, aunque generalmente no representan una amenaza, pueden requerir monitoreo o manejo conservador, mientras que las lesiones malignas necesitan un tratamiento agresivo. La identificación temprana del tipo de lesión ayuda a evitar intervenciones innecesarias, reducir la ansiedad del paciente, garantizar la atención más adecuada, y mejorar el pronóstico del paciente.

110TL MICOSIS SISTÉMICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE CASO. Brigitte M. Calderón¹, Arlen M. Cabañero², Luis E. Romero³. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras en Valle de Sula, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Mario Catarino Rivas, Departamento de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ³Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Infectología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La histoplasmosis es la micosis endémica prevalente en Las Américas, cuyo agente causal es Histoplasma

capsulatum. La infección se propaga al organismo por vía linfática y hematogena a los órganos del sistema reticuloendotelial, afecta a pacientes con estado de inmunosupresión por ser, generalmente, infecciones oportunista. El organismo se detecta por cultivo y el diagnóstico se establece por la presencia de un factor del huésped, cuadro clínico y evidencia micológica en orina, sangre o líquido cefalorraquídeo. **Descripción del caso:** Paciente de 9 años, con antecedente de proceso crónico granulomatoso de tipo Tuberculoide, según biopsia de ganglio cervical, en segunda fase de antifímicos, que acude con historia de fiebre de 15 días, síntomas gastrointestinales y un hemograma con pancitopenia, alteraciones de coagulación, marcadores inflamatorios elevados y trastornos metabólicos, aspirado de médula ósea sin blastos. Tomografía torácica con micronódulos dispersos en parénquima y leve derrame pleural izquierdo, ante la sospecha clínica, se decide iniciar terapia antifúngica con Anfotericina B y antibiótica, además realizar nuevamente biopsia de ganglio cervical y remitir muestras a laboratorio de micología. Ante deterioro clínico se inicia dosis de inmunoglobulina, antifúngico y esteroides, sin embargo paciente convulsionó y en la tomografía cerebral se observó áreas de hipodensidad y lesiones con realce hiperdenso. Un barrido pulmonar mostró aumento del derrame pleural. Se obtuvieron resultados positivos de histoplasma en orina y la prueba Tb Lam, estableciéndose el diagnóstico. **Conclusiones/Recomendaciones:** La histoplasmosis plantea numerosos problemas diagnósticos y terapéuticos, frente a tal fenómeno se requiere dirigir la conducta a realizar exámenes directos y a establecer un tratamiento oportuno, además de contar con los insumos necesarios del laboratorio.

111TL INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE POR NEUMONITIS QUÍMICA SECUNDARIA A INHALACIÓN DE HIDROCARBUROS. Luis Alfredo Rodríguez Castellanos¹, Diego Orlando Turcios Campos², Scarlet Betzabel Rodas Gallardo³, Sebastián Manzanares Cortés⁴. ¹Hospital Escuela, Consulta Externa de Endocrinología; Tegucigalpa, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Escuela, Consulta Externa de Endocrinología; Tegucigalpa, Honduras. ⁴Universidad Tecnológica Centroamericana, Servicio Social; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA) secundaria a inhalación de productos químicos presenta una baja incidencia, sin embargo, se describen algunos casos en la literatura médica secundarios a inhalación de hidrocarburos y cianoacrilatos contenidos en el resistol o pegamento de caucho. **Descripción del caso:** Masculino de 26 años, asistente de construcción, sin comorbilidades, sin consumo de medicamentos, inicia de forma súbita con episodios incontables de vómitos, por lo que es llevado a centro asistencial. Tuvo exposición durante 4 horas a resistol amarillo en su trabajo, niega consumo de drogas y alcohol. Seis horas después inicia con habla incoherente, agitación psicomotriz, agresividad y

lenguaje inapropiado, CPK de 2500 U/L, panel para sustancias psicoactivas negativo y tomografía cerebral sin alteraciones. Es manejado como delirium hiperactivo y se refiere al Hospital Escuela. Se recibe con Glasgow de 11, hipertenso, taquicárdico, taquipneico, febril, con lesión renal aguda, acidosis metabólica e hipoxemia. Inicialmente con saturación de oxígeno en 94%, descendiendo progresivamente en pocas horas, aumentando el esfuerzo respiratorio y taquipnea. Radiografía de tórax con lesiones compatibles con edema agudo de pulmón no cardiogénico, requiriendo intubación endotraqueal y dando manejo como SIRA grave secundario a neumonitis química. Se inicia sedación profunda y relajación neuromuscular durante 48 horas, además, de cobertura antibiótica con ampicilina/sulbactam y esteroides sistémicos. Posteriormente presenta evidencia de mejoría respiratoria y gasométrica, resolución de la lesión renal aguda y de las alteraciones neurológicas iniciales por lo que se decide extubación de forma exitosa. Cumple 6 días de cobertura antibiótica con mejoría clínica evidente, y se egresa. **Conclusiones/Recomendaciones:** La inhalación de productos que contienen hidrocarburos y cianoacrilatos puede causar neumonitis química en sus diferentes grados de severidad, por lo que se debe diagnosticar oportunamente. El manejo se centra en el soporte respiratorio y el tratamiento sintomático.

112TL CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL PERSONAL DOCENTE DE UNAH-VS SOBRE EL EVENTO CEREBROVASCULAR. Allan Álvarez¹, Anna Fuentes-Gálvez², Mónica Rodríguez-Díaz², Glendi Lara-Mejía², Caridad Canales-Gabrie². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Servicio de Neurología; San Pedro Sula, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Pregrado de Facultad de Ciencias Médicas; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El evento cerebrovascular (ECV) es una de las primeras causas de mortalidad y discapacidad a nivel mundial. Es caracterizado por un déficit neurológico asociado a una lesión vascular en el sistema nervioso central, ocasionando graves secuelas. La efectividad del tratamiento está relacionada con la rapidez en que se inicia, si se dispone de un conocimiento oportuno sobre los principales factores de riesgo, síntomas y actitud a tomar ante una emergencia pues, con una intervención adecuada, la enfermedad es potencialmente tratable. Considerando que los docentes representan un grupo con un mayor nivel sociocultural y, por ende, una mayor posibilidad de conocimiento sobre esta patología, es esencial expandir su información sobre el tema. **Objetivo:** Mostrar el conocimiento y actitud sobre el ECV en el personal docente de UNAH-VS en 2023. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo, con una muestra no probabilística de 109 docentes, utilizando la encuesta de FORMS. **Resultados:** El estudio reveló que el 73.4% de los participantes consideraban saber lo que es un ECV, de los que el 17.5% brindaron una respuesta

correcta al indagar su definición, 58.8% demostraron conocer correctamente los síntomas con los que se manifiesta, y 56.3% conocen los principales factores de riesgo asociados. El 84.8% de los participantes afirmaron que, ante un ECV, la conducta a tomar idealmente sería acudir a un centro asistencial inmediatamente. **Conclusiones/Recomendaciones:** El conocimiento básico sobre evento vascular cerebral del personal docente de UNAH-VS es limitado. Por lo tanto, es necesario educar acerca del tema, con el fin de actuar oportunamente en caso de un ECV, dado que un alto porcentaje de los participantes está constituido por mayores de 50 años, lo que implica un factor de riesgo.

113TL PRIVACIÓN DEL SUEÑO EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA: IMPACTO EN EL RENDIMIENTO, Y ESTRATEGIAS PARA MITIGAR LA FATIGA. Anuar Josué Madrid Figueroa¹, Gladys Arlett López Mazariegos¹, Sindy Johana Barahona Vásquez¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Anestesiología; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La privación del sueño es un problema frecuente en residentes médicos, con repercusiones en rendimiento académico, calidad de atención al paciente y bienestar personal. Existen evidencias que la falta de sueño puede aumentar el riesgo de errores médicos, toma de decisiones y comprometer la seguridad del paciente, y del mismo médico. **Objetivo:** Analizar la relación entre la privación del sueño, el rendimiento laboral, la salud física y mental de los médicos residentes de los posgrados médicos UNAH, Campus Cortés. **Materiales y Métodos:** El diseño es descriptivo y correlacional, mediante encuestas en línea anónimas. La población para evaluar es 120 médicos residentes, la muestra fue de 91 participantes. **Resultados:** Se demostró que la mayoría de los residentes, independientemente del año de residencia y durante las guardias, el 54.9% labora más de 36 horas continuas. En los turnos el 82.4% refiere dormir o descansar menos de 2 horas durante su turno. El 20.09% afirma usar sustancias estimulantes, y de estos, el 73.6% duerme un promedio de 2-6 horas cuando no turnan. Según el año de residencia, los residentes de primer año consumen sustancias como modafinilo con mayor frecuencia, y el uso de cafeína prevalece en todos los residentes indistintamente del año de residencia. La mayoría de los residentes, nunca ha buscado ayuda profesional por estrés, fatiga o ideaciones suicidas durante su residencia (62.5% hombres y 66.2% mujeres). **Conclusiones/Recomendaciones:** La privación severa del sueño, durante las guardias, donde el 82.4% duerme menos de dos horas impacta negativamente en el rendimiento laboral, académico y, bienestar físico y mental. Se recomienda estrategias orientadas a limitar las guardias excesivas. Establecer protocolos para educar sobre efectos adversos del consumo frecuente de sustancias psicoactivas y ofrecer alternativas saludables para el rendimiento laboral.

114TL TÉCNICA DE MASQUELET COMBINADA CON COLGAJOS MUSCULARES PARA TRATAR PSEUDOARTROSIS DE TIBIA: REPORTE DE CASO.

Otsare D. Castillo¹, Elton I. Moreno¹, Luis F. Acosta-Nolasco², Thomas R. Minueza Mejía³, Catherine M. Chávez¹, Andrea R. Bueso¹. ¹Universidad Católica de Honduras, Estudiante de Medicina; San Pedro Sula, Honduras. ²Fundación Ruth Paz; San Pedro Sula, Honduras. ³Fundación Ruth Paz Servicio de Ortopedia y Traumatología, Artroscopia y reconstrucción articular; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Las fracturas con pérdida ósea segmentaria en extremidades inferiores requieren estrategias avanzadas de reconstrucción. La técnica de Masquelet, mediante una membrana inducida, facilita la regeneración ósea, evitando la reabsorción del injerto y mejorando la vascularización. Su combinación con colgajos musculares optimiza la cobertura de tejidos blandos y mejora los resultados funcionales. **Descripción de los casos:** Se presentan tres casos de pacientes con patologías óseas complejas en la tibia izquierda tratados con procedimientos quirúrgicos avanzados. Caso 1. Paciente de 58 años con pseudoartrosis postraumática. El 27/07/2023, se realizó aseo quirúrgico, desbridamiento, retiro de material de osteosíntesis, colocación de cemento óseo, fijador externo y terapia VAC. Luego, el 22/11/2023, se retiró el fijador externo, se colocó un clavo endomedular, injerto óseo y un colgajo rotacional, logrando estabilización y mejoría funcional. Caso 2. Paciente de 42 años con pseudoartrosis tibial. El 20/03/2023, recibió un espaciador de cemento óseo con antibióticos y terapia VAC. El 25/01/2024, se retiró el cemento óseo, se realizó aseo quirúrgico, colocación de un clavo endomedular, injerto óseo y un colgajo de gastrocnemios, favoreciendo la consolidación. Caso 3. Paciente de 29 años con osteomielitis postraumática. El 10/07/2023, se realizó aseo quirúrgico, retiro de material de osteosíntesis, colocación de cemento óseo y terapia VAC. El 06/09/2023, se llevó a cabo otro aseo quirúrgico y colocación de un clavo endomedular. **Conclusiones/Recomendaciones:** La técnica de Masquelet combinada con colgajos musculares es efectiva para la reconstrucción ósea, evitando amputaciones y mejorando la funcionalidad. Se destaca la importancia de un abordaje individualizado y la necesidad de más estudios para evaluar su eficacia a largo plazo.

115TL MANIFESTACIONES MULTIORGÁNICAS DE LA INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN UNA PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.

Juan Valle-Gonzales¹, Victoria Díaz-Cerrato², Miguel Antonio-Rubio², Vilma Gómez-Lara³. ¹Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Departamento de Gastroenterología; San Pedro Sula, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras en Valle de Sula, Facultad de Medicina y Cirugía; San Pedro Sula, Honduras. ³Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La infección por citomegalovirus (CMV) es una causa rara pero potencialmente grave de enfermedad en pa-

cientes inmunocompetentes. Aunque generalmente se presenta con síntomas leves o permanece asintomática, en algunos casos puede causar complicaciones graves como colitis, hepatitis y lesión renal aguda. **Descripción del caso:** Mujer de 65 años, sin antecedentes médicos relevantes, acudió al servicio de urgencias debido a evacuaciones diarreicas de 2 días de evolución, de inicio insidioso y progresivo inicialmente con estrías sanguinolentas y posteriormente hematoquecia. Adicionalmente refiere pérdida de peso no intencional de aproximadamente 5 libras en la última semana, astenia, adinamia y vómitos de 3-4 episodios diarios de contenido alimentario. Al examen físico se observó la presencia de tinte icterico, así como tacto rectal positivo para hematoquecia. Las pruebas laboratoriales revelaron leucocitosis y anemia leve; con incremento de creatinina sérica y BUN, con oliguria, por lo que se le indicó hemodiálisis de rescate. Pruebas de función hepática presentaron un patrón de lesión hepatocelular. La tomografía reveló colitis ulcerativa y esteatosis hepática. Se realiza colonoscopia la cual reporta lesiones planas en colon izquierdo de aspecto infiltrativo. Las pruebas para VIH, leptospirosis, hepatitis B y C, y marcadores autoinmunes y tumorales fueron negativas. La IgG para CMV resultó positiva. La biopsia de colon reportó presencia de células con citomegalia, sugiriendo efecto citopático viral por CMV. La carga viral PCR CMV que se encontraba en 2059 IU/ml. Se dio tratamiento con valganciclovir por una semana, con normalización de la función hepática y renal. Egreso asintomático. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este caso destaca la necesidad de considerar infecciones virales como el CMV en pacientes con cuadros de colitis crónica.

116TL ECTOPIA RENAL CRUZADA FUSIONADA.

Oscar Díaz¹, Carlo Ortiz¹, Lorenzo Paz². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Radiología; Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Radiología; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La ectopia renal cruzada se define como un riñón que no se encuentra en su sitio anatómico normal, sino que se localiza en el lado opuesto en relación con su posición embriológica; con frecuencia se descubre incidentalmente durante exámenes por otras indicaciones y por lo general los pacientes son asintomáticos. Se reporta mayor prevalencia en hombres, y con mayor prevalencia en lado derecho. El tipo fusionado es más frecuente, se presenta aproximadamente en el 90% de los casos; el no fusionado solamente en el 15%. En la mayoría de los casos, el riñón cruzado se fusiona al polo inferior del riñón contralateral. Se conocen cuatro tipos de ectopia renal cruzada por imágenes, siendo una de estas la fusionada. Seis tipos de fusión han sido descritos. **Descripción del caso:** Paciente de 71 años, con antecedente de DM II, con 10 días intrahospitalarios por celulitis en miembro inferior izquierdo. Presentó elevación de los azoados e hiperpotasemia por lo que se solicitó Ultrasonido renal encontrando riñón derecho de presentación ectópica en retroperitoneo por enfrente de los vasos retroperitoneales, con su extremo fusionado con el polo inferior del riñón izquierdo. Uro tomografía de adquisiciones axiales

con reconstrucciones multiplanares, identificó riñón derecho ectópico de aspecto supernumerario fusionado con polo inferior de homólogo ortotópico izquierdo (en "L"). **Conclusiones/Recomendaciones:** La Ectopia renal cruzada es un hallazgo infrecuente, descubierto generalmente de manera incidental. Es de importancia conocer su presentación para un adecuado diagnóstico imagenológico.

117TL SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WÜNDERLINCH COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR PÉLVICO EN ADOLESCENTES. Jorge Díaz¹, Victoria Díaz-Cerrato², Caridad Canales², Andres Portillo², Juan F. Paz³. ¹Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Departamento de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras; San Pedro Sula, Honduras. ³Clínica Diagnos; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción. El síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich es un trastorno raro del tracto urogenital caracterizado por útero didelfo, agenesia renal ipsilateral y hemivagina ciega, con una incidencia del 0.8% al 1.3% del total de las anomalías müllerianas. **Descripción del Caso.** Paciente latina de 13 años sin antecedentes personales patológicos relevantes e historia de pubarquia, telarquia y menarquia a los 12 años. Refirió amenorrea secundaria de cuatro meses de evolución, dolor abdominal de tres meses, intermitente en su comienzo, pero agudizándose en la última semana y obligando su ingreso a la sala de emergencias. Al examen físico se encontró masa en hipogastrio y conducto vaginal no permeable con pared vaginal anterior bloqueando el paso y evitando la palpación del cérvix. Ultrasonido abdominal y Tomografía Axial Computarizada contrastada evidenciaron agenesia renal derecha, hematometra y hemato-colpos, útero didelfo y septum vaginal. Paciente fue intervenida por ginecología con evolución satisfactoria. **Conclusiones/Recomendaciones.** Este caso atípico de dolor abdominal en femenina adolescente en edad fértil demuestra la importancia de la sospecha y/o valoración temprana de pacientes por posibles malformaciones müllerianas. Asimismo, se ilustran las manifestaciones clínicas características del síndrome, con el fin de alcanzar un diagnóstico oportuno y evitar complicaciones como piohematocolpos, piosalpix y pelviperitonitis.

118TL ELIZABETHKINGIA MENINGOSEPTICA. René Santos¹, Sharon Hefzi-Ba Pineda Guevara¹, Alex Francisco Cardona². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. ²Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Infectología; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El género *Elizabethkingia* comprende bacterias gramnegativas no fermentadoras. Las especies más relevantes clínicamente son *Elizabethkingia meningoseptica* y *Elizabethkingia anophelis*. Un desafío significativo en el manejo de *Elizabethkingia* es su resistencia intrínseca a múltiples antibióticos, incluyendo β -lactámicos, aminoglucósidos y carbapenémicos.

Descripción del caso: Paciente masculino de 75 años, de Yoro, con antecedentes de DM2, HTA y EPOC, refiere tos de 15 días de evolución, expectoración verdosa, exacerbada ante la actividad física; fiebre, con diaforesis y escalofríos de igual evolución; y disnea, progresiva, de medianos a pequeños esfuerzos, sin ortopnea. Se recibe normotenso, con oxígeno fio2 30% saturando 95%, taquipneico, afebril. Con Glasgow 14, deshidratado, con Tórax en tonel, uso de músculos accesorios de la respiración. Se auscultan vibraciones vocales aumentadas, con crépitos bibasales y sibilancias bilaterales espiratorias audibles en todos los campos pulmonares. En hemograma se observa leucopenia, con linfopenia marcada, VIH negativo, reactantes de fase aguda elevados; se ingresa a la UCI para Ventilación mecánica no invasiva y cobertura antibiótica con Piperacilina tazobactam, cumpliendo 5 días de estancia en UCI, en sala de Medicina de Hombres presenta fiebres de 39-40°C, Glasgow 12, descartándose causas vasculares y metabólicas. Se obtiene cultivo positivo por *Elizabethkingia meningoseptica* por lo que se presenta al servicio de infectología quien inicia Vancomicina, con mejoría parcial, por lo que se añade ciprofloxacina, mostrando evidente mejoría clínica siendo egresado a los 7 días. **Conclusiones/Recomendaciones:** La *Elizabethkingia meningoseptica* es una bacteria gramnegativa que se encuentra ampliamente distribuida en el medio ambiente, conocida por ser un patógeno nosocomial emergente, suele encontrarse frecuentemente en las unidades de cuidados intensivos, es notable por su resistencia a múltiples antibióticos, esto se debe a los genes que codifican para beta lactamasas de amplio espectro, como metalo-beta lactamasa BlaB, que confiere resistencia a carbapenémicos.

119TL ASOCIACIÓN ENTRE TURNOS LABORALES FATIGA LABORAL Y TRASTORNOS DEL SUEÑO EN TRABAJADORES TEXTILES CHOLOMA, HONDURAS. Marcos Fernando Gonzales Amaya. Universidad Católica de Honduras, Salud Pública; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Examinamos la relación entre los turnos de trabajo y la aparición de fatiga laboral y trastornos del sueño en trabajadores de empresa textil en Choloma, Cortés, Honduras, durante junio a agosto de 2024. **Objetivo:** Determinar la asociación entre los turnos de trabajo y la aparición de fatiga laboral y trastornos del sueño en los trabajadores de una empresa textil en Choloma, Cortés, Honduras, en 2024. **Materiales y Métodos:** Utilizamos una metodología cuantitativa con un diseño descriptivo y cuasiexperimental. La muestra aleatoria incluyó 180 empleados, divididos equitativamente entre turnos fijos y rotativos. Se emplearon el Cuestionario de Síntomas de Fatiga Laboral de Yoshitake y los criterios diagnósticos del DSM-5 para evaluar la fatiga y los trastornos del sueño. Los datos se analizaron con SPSS, aplicando pruebas t, ANOVA y regresión logística. **Resultados:** Los empleados con turnos rotativos tienen niveles de fatiga más altos (media = 4.5) comparados con los empleados con turnos fijos (media = 3.2). La prevalencia de insomnio es mayor entre los trabajadores con

turnos rotativos (45%) comparados con los turnos fijos (25%). La regresión logística indica que los empleados con turnos rotativos tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos del sueño (OR = 2.5). **Conclusiones/Recomendaciones:** Es necesario desarrollar políticas y estrategias que optimicen la organización de los turnos y horarios de trabajo para mejorar la salud y el bienestar de los empleados en esta industria. Recomendamos implementar programas de bienestar que aborden la gestión del sueño y la fatiga, optimizar los horarios de trabajo y proporcionar apoyo psicológico y médico a los trabajadores afectados. Estas intervenciones mejorarán la calidad de vida y rendimiento laboral de los empleados. El estudio tiene limitaciones, como la restricción de la muestra a una sola empresa textil en Honduras. Para futuras investigaciones, recomendamos realizar estudios longitudinales y ampliar la muestra a diferentes industrias y regiones.

120TL EFECTOS DE *MORINDA CITRIFOLIA* EN MODELOS ANIMALES E IN VITRO: IMPLICACIONES BIOACTIVAS Y METABÓLICAS. Suiyen María Zelaya Ham. Clínica Ferraro; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La *Morinda citrifolia*, perteneciente a un árbol de la familia Rubiaceae, ha sido utilizada en la medicina tradicional polinesia durante más de 2000 años por sus propiedades antiinflamatorias, analgésicas, anticancerígenas, antilipémicas, antihipertensivas y antisépticas. Actualmente, el uso de la medicina natural ha cobrado relevancia, especialmente en países en desarrollo, como tratamiento primario o coadyuvante de diversas patologías. **Objetivo:** Analizar, mediante una revisión de la literatura existente, si el consumo de *M. citrifolia* se asocia con efectos beneficiosos sobre la salud en modelos animales con patologías de base o sometidos a dietas ricas en grasas, así mismo como evaluar la presencia de efectos bioactivos en modelos animales e in vitro. **Materiales y Métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica utilizando PubMed como base de datos, obteniendo 23 estudios en modelos animales e in vitro que investigan los efectos del consumo y uso de extractos de *M. citrifolia*, en los sistemas inmune, metabólico, neuropsiquiátrico, microbiológico y oncológico. **Resultados:** Los estudios evidenciaron que *M. citrifolia* modula el sistema inmune regulando la expresión de citoquinas inflamatorias y óxido nítrico, presenta efectos anticancerígeno mediante la inducción de apoptosis, y posee propiedades neuroprotectores. Además, impacta positivamente en el metabolismo lipídico y glucídico, ejerciendo un efecto protector sobre la función hepática y renal. Se observó una mejora en la ganancia de peso y disminución en la acumulación de grasa visceral, sin alteraciones histológicas en órganos evaluados. **Conclusiones/Recomendaciones:** La *Morinda citrifolia* presenta efectos inmunomoduladores, neuroprotectores, anticancerígenos y reguladores del metabolismo, con impacto positivo en la función hepática y renal, particularmente en el contexto de dietas ricas en grasas. También exhibe propiedades antimicrobianas y antiparasitarias. Se recomienda la realización de estudios adicionales para evaluar su potencial terapéutico

en enfermedades humanas de origen metabólico, infeccioso, inflamatorio y oncológico.

121TL RIFAXIMINA Y LACTICASEIBACILLUS RHAMNOSUS EN EL TRATAMIENTO POR SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO INTESTINAL EN NIÑOS. Alejandro Andrés Fernández García¹, Andrea Alejandra Fernández García¹, Marlon Fernández Aragón¹. ¹Hospital CEMESA, Unidad de Gastroenterología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Rifaximina ha mostrado eficacia en el tratamiento del sobrecrecimiento intestinal bacteriano (SIBO) entre el 60 al 70% en la población general. El uso de algunos probióticos podría ayudar en el tratamiento reduciendo la carga bacteriana y favoreciendo su prevención. **Objetivo:** evaluar la eficacia de la combinación rifaximina y lacticaseibacillus rhamnosus (LGG) en el tratamiento por *sobrecrecimiento intestinal bacteriano* (SIBO) en niños escolares a través de la prueba de hidrógeno/metano en aire espirado. **Materiales y Métodos:** Se incluyó niños entre los 6 y 12 años que acudieron a la consulta externa de la unidad de Gastroenterología pediátrica del Hospital Cemesa, entre enero a diciembre del 2024, con diagnóstico positivo de SIBO mediante prueba de hidrógeno/metano en aire espirado. Se administró tratamiento con rifaximina 30mg/kg/día y Lacticaseibacillus rhamnosus GG 5 x 10⁹ UFC 2 veces al día, durante 7 días. Una segunda prueba de aire espirado fue realizada entre 3 y 5 semanas después de la finalización del tratamiento. **Resultados:** Total de 42 pacientes, 59% de género femenino y 41% masculino. La edad media de 9 años, 62% residían en áreas urbanas y 38% en áreas rurales. En relación a sintomatología 100% presentaron dolor abdominal recurrente, 51% distensión abdominal/sensación llenura, 39% hiporexia, 38% episodios de diarrea, 32% flatulencia, 21% náuseas. 98% recibieron otros y diversos tratamientos en los últimos 6 meses. El tratamiento rifaximina/LGG presentó 5% efectos secundarios, que incluyó náuseas y sensación de llenura. La segunda prueba de aire espirado mostró en 32 pacientes (76%) resultado *negativo* para SIBO. **Conclusiones/Recomendaciones:** La combinación de rifaximina con LGG es bien tolerado, eficaz en el 76% por efecto sinérgico para el tratamiento por sobrecrecimiento intestinal bacteriano en niños.

122TL OCLUSIÓN DE LA ARTERIA DE PERCHERÓN, RECONOCIENDO EL PATRÓN. Kathleen Verence Nolasco Ferrera¹, Vilma Alejandra Gómez Lara¹, Javier Lagos Servellón². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Nacional Mario C. Rivas; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La arteria de Percherón, es una variante anatómica en la que ambos tálamos y el mesencéfalo rostral están irrigados por un único tronco común o arteria de Percherón. La oclusión de la arteria es poco frecuente y representa sólo el 0,17% de los ictus isquémicos. Los embolismos cardiogénicos y la aterotrombosis son actualmente las causas más frecuen-

tes. La clínica más frecuente: presión arterial sistólica >140, deterioro de la conciencia y diplopía. La presentación inespecífica complica el diagnóstico de ictus isquémico agudo. En las primeras horas el diagnóstico puede pasar desapercibido en un estudio de Tomografía, por lo que el estudio de elección es la Resonancia magnética. **Descripción del caso:** Hombre de 18 años, sin antecedentes personales patológicos, que ingresa con alteración súbita del estado de conciencia de más de 24 horas de evolución; Glasgow 6 puntos, sin focalización motora; en TC Cerebral se observa hipodensidad en ambos tálamos. Por Angiotac cerebral se confirmó origen de la isquemia en arteria de Percherón. Sin ventana para fibrinolíticos, se indicó manejo con atorvastatina y ácido acetil salicílico. Se realizó TSH, T4 libre dentro de valor normal, anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia negativo, anticuerpos antifosfolípidos negativos. Con evolución satisfactoria, posterior a 8 días hospitalizado Glasgow 14 puntos, se egresa con seguimiento en consulta externa de neurología y rehabilitación. **Conclusiones/Recomendaciones:** El ictus de la Arteria de Percherón, constituye alta morbilidad a largo plazo, su pronóstico depende de la afección del mesencéfalo y el tiempo desde la presentación hasta su diagnóstico. Por lo tanto, ante la sospecha del mismo, el estudio de imagen certero y el tratamiento oportuno son de trascendental importancia en su abordaje.

123TL ARTERITIS DE TAKAYASU. Kathleen Verenice Nolasco Ferrera¹, Génesis Sarahí Chávez Paredes¹, José Raúl Mata Hernández². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Mario C. Rivas, Departamento de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La arteritis de Takayasu es una vasculitis rara de grandes vasos que afecta con mayor frecuencia a mujeres jóvenes. Es más conocida en Asia y América del Sur. Afecta a la aorta y sus ramas principales. Los estudios de imagen se utilizan cada vez más para su diagnóstico. El manejo terapéutico se basa en intervenciones endovasculares, además, terapia inmunosupresora para disminuir lesión endotelial y citocinas proinflamatorias. **Descripción del caso:** Se trata de paciente masculino de 23 años, sin antecedentes personales patológicos, quien acude a la emergencia con historia de cefalea de 1 semana de evolución, inicio insidioso, predominio occipital derecho e irradiado a región cervical, pulsátil, intensidad 4/10, 3 días posteriores aumenta a intensidad 8/10, atenuada con analgésico oral, acompañándose de visión borrosa. Al examen físico signos vitales presión arterial miembro superior izquierdo 190/160 mmHg, miembro inferior izquierdo 180/140 mmHg, Miembro Superior Derecho 280/160 mmHg, miembro inferior derecho 230/140 mmHg, FC 86 lpm, FR 20 rpm, T 37°C, SatO2 96%, FIO2 21%, ECG 15 puntos, región cervical izquierda soplo carotídeo grado III, cardiopulmonar soplo holosistólico grado II foco aórtico y pulmonar, región mesogastrio soplo grado II, extremidades hemicuerpo izquierdo con retraso en la palpación de

pulsos, disminuidos, con tendencia a la frialdad distal, llenado capilar 4 segundos, hemicuerpo derecho sin anormalidades. Angiotomografía cerebral estenosis arteria cerebral media izquierda. Angiotomografía toracoabdominal estenosis arterial renal derecha y obstrucción por trombo arteria renal izquierda. Se inició metotrexate y prednisona, logrando mejoría clínica y egresándose con plan de seguimiento por servicio de nefrología y cirugía vascular. **Conclusiones/Recomendaciones:** La arteritis de grandes vasos constituye causa importante, aunque poco frecuente de hipertensión arterial secundaria. Por lo tanto, se debe tener en cuenta su diagnóstico en la práctica diaria, así como la terapia oportuna y el seguimiento posterior de sus complicaciones

124TL REACCIÓN PARADÓJICA AL TRATAMIENTO ANTI-FÍMICO EN PACIENTE CON MENINGOENCEFALITIS POR TUBERCULOSIS. Sara Daniela Sahury¹, Diana Varela², Eimy Barahona¹. ¹Hospital Escuela, Servicio de Infectología; Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Servicio de Infectología, Instituto de Investigación en Parasitología y enfermedades infecciosas "Antonio Vidal"; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La tuberculosis (TB) es una de las enfermedades infecciosas más antiguas y persistentes, que ha desafiado a la medicina a lo largo de la historia. A pesar de los avances en el tratamiento antifímico, algunos pacientes experimentan empeoramiento temporal del cuadro clínico tras el inicio del tratamiento. Este fenómeno, conocido como reacción paradójica (RP), plantea interrogantes sobre la respuesta inmune del huésped y la eficacia de los medicamentos. En la literatura se reporta una frecuencia del 6-30%. Las reacciones paradójicas de TB pulmonar (TBP) más frecuentes se presentan como progresión del cuadro pulmonar, y aunque infrecuente, también se han reportado reacciones paradójicas extrapulmonares. Las convulsiones pueden presentarse hasta en un 35% de los pacientes con RP. Presentamos caso de TBP con RP de meningitis tuberculosa. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 32 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, VIH negativo, sin inmunosupresión, quien fue diagnosticado con tuberculosis pulmonar en septiembre de 2024. Inició tratamiento antifímico acortado de primera línea, al cual tenía adherencia. Se presenta a la emergencia 2 meses después del inicio de tratamiento, por finalizar fase intensiva, con crisis epilépticas focales sin pérdida de la conciencia, tipo clónicas en miembro superior izquierdo. Se realizó Xpert MTB/rif en LCR que resultó positivo, estableciendo el diagnóstico de TBP diseminada al sistema nervioso (SNC) como reacción paradójica. Se decide ampliar la fase intensiva del tratamiento y agregar levofloxacina intravenosa y corticosteroides, en espera de estudios de fármaco resistencia. El paciente evoluciona satisfactoriamente y egresó para seguimiento ambulatorio. **Conclusiones/Recomendaciones:** La identificación oportuna de una RP es crucial para ajustar el tratamiento y mejorar los resultados clínicos.

125TL SÍNDROME DE NICOLAU: UNA COMPLICACIÓN RARA Y GRAVE DE LA ADMINISTRACIÓN INTRAMUSCULAR DE MEDICAMENTOS.

Luis Fernando Bardales Díaz del Valle¹, Alejandra Karolina Lara Avalos¹, Ingrid Gabriela Reyes Zuniga². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El síndrome de Nicolau es una complicación rara, pero potencialmente grave, asociada a la administración intramuscular de fármacos, siendo el diclofenaco el más reportado. La incidencia en pacientes pediátricos no está establecida claramente debido a escasez de datos. Se caracteriza por isquemia y necrosis tisular en la zona de inyección, pudiendo evolucionar a fascitis necrotizante, rhabdomiólisis y fallo multiorgánico. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 13 años sin antecedentes médicos, quien recibió una inyección intramuscular en la región glútea izquierda de dexketoprofeno y dexametasona. A las 48 horas presentó dolor intenso, eritema y edema en la zona de aplicación, evolucionando a necrosis cutánea con secreción purulenta y extensión del daño hasta el muslo. Se inició tratamiento con antibióticos intravenosos y drenaje quirúrgico, sin mejoría significativa. Desarrolló rhabdomiólisis severa (CKMB: 34,618 U/L) y lesión renal aguda estadio III (creatinina: 5.44 mg/dL), requiriendo hemodiálisis de urgencia. La evaluación por Cirugía Pediátrica evidenció fascitis necrotizante, por lo que se realizó desbridamiento quirúrgico extenso con resección de tejido necrótico. Tras intervención multidisciplinaria, incluyendo terapia antibiótica empírica con ceftazidima y metronidazol, soporte renal y cirugías de limpieza, el paciente mostró una evolución favorable. La función renal mejoró progresivamente sin necesidad de nuevas sesiones de hemodiálisis. El cultivo de tejido resultó negativo, y la cicatrización avanzó sin complicaciones secundarias. **Conclusiones/ Recomendaciones:** este caso resalta la importancia del diagnóstico temprano y manejo agresivo del síndrome de Nicolau para prevenir complicaciones sistémicas. La vigilancia en la administración de inyecciones intramusculares y la educación médica sobre esta patología pueden reducir su incidencia y mejorar los desenlaces clínicos.

126TL LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA: RESISTENCIA A LA PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO.

Karel Iracema Escoto Pineda¹, Laura Sofia Castellon Paz², Carlos Armando Mejía Aly², Karen Enamorado Martínez². ¹Hospital Santa Bárbara Integrado, Servicio de Medicina Interna; Santa Bárbara, Honduras. ²Universidad Católica de Honduras, Hospital Santa Bárbara Integrado, Santa Bárbara, Honduras.

Introducción: En las Américas en el periodo de 2001-2020 se registraron 1 067 759 casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea. El 99% de casos de leishmaniasis en Honduras tienen una presentación cutánea típica y menos del 1% de ellos presenta resistencia a antimoniales pentavalentes (Glucanti-

me®). Se describe un caso atípico con progresión multifocal y fracaso terapéutico, resaltando los desafíos según el protocolo nacional. **Descripción del caso:** Hombre de 66 años, diabético e hipertenso, originario de Lempira, con lesiones ulcero granulomatosas en miembro inferior derecho, brazo derecho, codo izquierdo y región maxilar derecha, las cuáles iniciaron en octubre de 2024. Se confirmó diagnóstico de leishmaniasis mediante frotis de la lesión (observando amastigotes) en diciembre de 2024, e inició tratamiento el día 27 del mismo mes con Glucantime a dosis de 20 mg/kg/día por vía intramuscular, completando 28 días de terapia. El 27 de enero se presenta al servicio de urgencias del Hospital Santa Bárbara Integrado con mismas lesiones sin reducción del tamaño y además con sobreinfección bacteriana. La biopsia post tratamiento de las lesiones confirmó la persistencia de los amastigotes. En marzo de 2025 las lesiones continúan del mismo tamaño. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El caso cumple criterios de resistencia primaria a antimoniales (según OPS 2023), por lo que el paciente requiere segunda línea terapéutica con anfotericina B, aunque su acceso es limitado en el primer y segundo nivel de atención. Se destaca la brecha terapéutica en Honduras ya que solo se dispone de antimoniales y anfotericina B convencional (no liposomal), con alternativas como miltefosina inaccesibles por costo. Se recomienda la monitorización temprana en pacientes de riesgo y fortalecimiento de la red de laboratorios para PCR, y seguimiento a largo plazo de los pacientes, y actualizar protocolos nacionales, con disponibilidad de tratamientos de segunda línea en hospitales regionales y capacitación del personal de salud.

127TL EVALUACIÓN DE LA RESISTENCIA A LA INSULINA EN ADULTOS GARÍFUNAS MEDIANTE EL ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS-GLUCOSA Y SU COMPARACIÓN CON EL ÍNDICE HOMA-IR.

Eduardo Smelin Perdomo Domínguez¹, Sara Elizabeth Milla Salguero². ¹Clínica Médica Villanueva; Villanueva, Cortés. ²Hospital Nacional Mario C. Rivas; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La resistencia a la insulina (RI) es clave en el desarrollo de enfermedades cardiometabólicas y afecta desproporcionadamente a ciertos grupos étnicos. En comunidades garífunas, no existen datos sobre su diagnóstico. El índice HOMA-IR, aunque ampliamente usado, requiere insulina sérica, lo que limita su aplicación en contextos poblacionales de bajos recursos. El índice Triglicéridos-Glucosa (TyG) se propone como una alternativa accesible y de bajo costo. Este estudio compara ambos índices para el diagnóstico de RI en una comunidad garífuna de Balfate, Colón. **Objetivo:** Comparar el rendimiento diagnóstico del índice TyG frente al índice HOMA-IR para la detección de resistencia a la insulina en adultos garífunas. **Materiales y Métodos:** Un total de 63 adultos garífunas fueron evaluados mediante variables clínicas, antropométricas y bioquímicas. El HOMA-IR se calculó con la fórmula: $\text{insulina en ayunas } (\mu\text{IU/mL}) \times \text{glucosa en ayunas } (\text{mg/dL}) / 405$. Se definió RI con HOMA-IR >2.96 en hombres y

>2.53 en mujeres. El índice TyG se calculó como $\ln(\text{glucosa (mg/dL)} \times \text{triglicéridos (mg/dL)} / 2)$, con puntos de corte >4.66 para hombres y >4.57 para mujeres. Se realizó análisis de curva ROC y se estimaron valores predictivos, razones de verosimilitud y correlaciones mediante Spearman. **Resultados:** El 75% presentó RI según HOMA-IR y 76.2% según TyG. El índice TyG mostró un punto de corte óptimo de 4.64 (AUC = 0.79, IC95%: 0.69–0.89), con sensibilidad del 90% y especificidad del 65%. El valor predictivo positivo fue 87.5%, y el negativo 66.7%. La razón de verosimilitud positiva fue 2.57 y la negativa 0.15. Existió una correlación significativa entre HOMA-IR y TyG ($r = 0.610$, $p < 0.01$). **Conclusiones/Recomendaciones:** La prevalencia de RI en esta comunidad fue elevada. El índice TyG mostró buena correlación con HOMA-IR y adecuado rendimiento diagnóstico, siendo una herramienta práctica y accesible para su uso en entornos con recursos limitados.

128TL RELACIÓN ENTRE SECUELAS FÍSICAS, ECONÓMICAS Y PSICOLÓGICAS POST INFECCIÓN POR LA COVID-19 EN UNIVERSITARIOS. Tania Soledad Licona Rivera¹, José Rafael Mondragón Serrano¹, Kenssy Jackeline Licona², Julio Cesar Figueroa Castillo³, Medardo Miguel Galindo Mendoza⁴, Rosa Alba Ordoñez Avila⁵. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ²Universidad Tecnológica Centroamericana, Ingeniería en Gestión Logística; San Pedro Sula, Honduras. ³Universidad Tecnológica Centroamericana, Mercadotecnia; San Pedro Sula, Honduras. ⁴Universidad Tecnológica Centroamericana, Departamento de Ciencias y Matemáticas; San Pedro Sula, Honduras. ⁵Universidad Tecnológica Centroamericana; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La pandemia por la COVID-19 causó un determinante antes y después, continúa repercutiendo en la salud de muchas personas. **Objetivos:** Establecer la relación entre secuelas físicas, psicológicas y económicas post COVID-19 en estudiantes y docentes: Centro universitario Tecnológico Centroamericano (CEUTEC) y Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), campus Cortés, 2022 y 2023. **Materiales y Métodos:** Enfoque cuantitativo, transversal, alcance descriptivo correlacional. Población; 27,826 estudiantes, 1,030 docentes. Muestreo probabilístico, IC: 95%; 702 estudiantes y 236 docentes. Instrumento tipo encuesta elaborado en Microsoft forms. Se incluyó: preguntas sociodemográficas, preguntas para determinar el grado de severidad de la COVID-19, escala de estado funcional Post Covid19, escala de depresión de Zung y Conde y preguntas socioeconómicas. Análisis en SPSS versión 24. **Resultados:** 281 participantes se contagiaron antes de iniciar su esquema de vacunación contra la COVID-19, 217 (77%) eran estudiantes. Se encontró que en 171 (61%) la enfermedad fue leve y 7 (2%) la enfermedad fue crítica. En relación con la limitación funcional, midiendo la escala funcional post COVID-19, se encontró que 66 (32%) tenía limitación funcional insignificante 4 semanas después de sufrir la COVID-19, y 14 (4.5%) tenían limitación funcional moderada 6 meses después; 198 (71%) sufrieron algún grado de depresión; 26 (9%) sufrie-

ron depresión severa: 24 estudiantes/ 2 docentes; 114 (41%) sufrieron depresión moderada. Se encontró que 150 (53%) se vieron afectados por la COVID-19, 230 (82%) tuvieron familiares contagiados por la COVID-19. Se encontró una relación significativa, entre la severidad de la COVID-19 y la edad, la correlación de Pearson: 0.207, $p = 0.00$ y entre severidad y estado funcional 4 semanas después de sufrir la COVID-19, correlación de Pearson: 0.294, $p = 0.00$. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las secuelas por la Covid 19 aún persisten en estudiantes y docentes universitarios.

129TL MÁS ALLÁ DE LA DIARREA: ÚLCERAS ANALES POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE VULNERABLE. Sara Sahury¹, Víctor Funez², Diana Varela³. ¹Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Servicio de Gastroenterología y Endoscopia; Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Escuela, Servicio de Infectología; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El citomegalovirus (CMV) es una causa significativa de infecciones graves en pacientes inmunodeprimidos. Este virus, que pertenece a la familia de los herpesvirus, debe ser considerado en el diagnóstico y tratamiento de pacientes que presentan diarrea crónica. **Descripción del caso:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 61 años, con antecedentes de hipertensión y prediabetes. Durante un año, el paciente fue tratado en múltiples ocasiones por episodios de diarrea sin obtener mejoría. En su última consulta, se presentó deshidratado y con signos de bajo gasto, lo que llevó a su ingreso hospitalario y a un abordaje exhaustivo de la diarrea crónica. Las pruebas iniciales resultaron positivas para Cryptosporidium, y posteriormente se diagnosticó VIH. Durante la evaluación, se observaron úlceras anales, por lo que se tomó una muestra para realizar un estudio específico para citomegalovirus. Se inició un tratamiento que incluyó terapia antirretroviral, antiparasitaria y antiviral. Gracias a este enfoque integral, el paciente mostró una evolución satisfactoria, logrando una remisión completa del 100%. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este caso resalta la importancia de considerar el citomegalovirus en pacientes inmunodeprimidos con diarrea crónica, así como la efectividad de un tratamiento multidisciplinario en la mejora de la salud del paciente.

130TL FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES AMBULATORIOS. Jennifer Marie Medina¹, Kathy Argentina Euceda¹, Katherine Suyapa Arias¹, Oscar Sosa¹, Manuel Sierra¹. ¹Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Ciencias de la Salud; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales problemas de salud pública en América Latina; 20%-40% de adultos latinoamericanos tienen HTA; es una de las principales causas de enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y enfermedad renal crónica. En América Latina menos del 50% de los pacientes hipertensos tiene buena adherencia.

Objetivo: Determinar frecuencia de No-Adherencia (NA) y factores asociados. **Materiales y Métodos:** Estudio realizado por médicos en servicio social de FCS-UNITEC (2024-2025) en tres unidades de salud ambulatorias. El protocolo fue aprobado por el Comité de Bioética de UNITEC. Se usó una muestra de conveniencia de adultos que asistieron consecutivamente a consulta por HTA. **Resultados:** Participaron 161 pacientes (80% mujeres); 42% con edad de 55-69 años; 90% sedentarios; 66% sobrepeso-obesidad; 21% diabéticos; 48% tenían 5-10 años de ser hipertenso; 63.4% (95% IC: 55.7%-70.4%) presentaron NA. Principales razones de NA: carencia de medicamentos en la Unidad de Salud Ambulatoria (52.2%); olvidar tomar medicamentos (35.4%); razones personales (11.2%). La NA fue mayor en mujeres y en menor escolaridad ($p<0.01$). **Conclusiones/Recomendaciones:** Los hipertensos hondureños tienen múltiples factores de riesgo. La HTA sigue siendo la principal causa de muerte cardiovascular en adultos. Se necesita desarrollar una estrategia de abordaje integral para el manejo de la HTA en Honduras.

131TL ANEMIA HEMOLÍTICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE CASO. Juan Antonio Mejía Godoy¹, Genesis Sarahi Chávez Paredes¹, Cinthia Gabriela Madrid García¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La Anemia Hemolítica es una afectación frecuente que pasa desapercibida, puede poner en riesgo la vida de los pacientes y encontrarse como primera manifestación en lupus eritematoso sistémico (LES). Se ha propuesto que el LES es una enfermedad autoinmune con manifestaciones proteicas causadas por producción de anticuerpo y depósito de complemento, las manifestaciones pueden variar desde afectación en piel, articulaciones, renal, hematológico y cardiovascular. **Descripción del caso:** Paciente mujer de 25 años, sin antecedente patológico personal, acude con historia de ictericia de 3 días evolución que inicia en esclera y un día posterior se generaliza en todo el cuerpo, náuseas y vómitos de igual evolución, 3 episodios de contenido alimentario, no sanguinolento, y fiebre igual evolución no cuantificada, sin predominio de horario, que se atenúa con acetaminofén. Examen físico Presión Arterial 110/80 mmHg, FC 114 lpm, Pulso 114 ppm, FR 22 rpm T° 37.5 ° C, SatO₂ 98%, FiO₂ 21%. ECG 15 puntos, esclera y mucosa oral icterica, cardiopulmonar con presencia de taquicardia, abdomen normal, extremidades con úlcera en maléolo tibial derecho, sin secreción, doloroso, borde definido. En hemograma anemia severa macrocítica hiperocrómica, bilirrubina total 5.9 mg/dl bilirrubina indirecto 5.30 mg/dl, LDH 942 U/L, Coombs directo positivo, reticulocitos 11.70%. Frotis presencia anemia Macroscópica hipocrómica con datos de lisis, anisocitosis, poiquilocitosis. C3 98 mg/dl, C4 2 mg/dl, ANA X ifi 1:80 patrón centrómero, anticoagulante lúpico positivo, anticardiolipina positivo y B2 glicoproteína positivo. Inició tratamiento con pulso metilprednisolona, azatioprina, hidroxycloquina, egresó con

mejoría clínica y plan de seguimiento. **Conclusiones/Recomendaciones:** El LES es una enfermedad heterogénea ya que afecta varios sistemas del organismo. El diagnóstico se realiza mediante medición ANA X IFI 1.80, hipocomplementemia, Anti DNA, anticuerpo antifosfolípido positivo.

132TL ECTOPIA RENAL CRUZADA FUSIONADA. Daniel Eduardo Mendoza Sabillon¹, Hector Ivan Mendoza Sabillon², Sergio Fidel Funes Melendez³, Karel Iracema Escoto Pineda⁴. ¹Hospital Santa Bárbara Integrado, Servicio de Emergencia; Santa Bárbara, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Servicio Social; Santa Bárbara, Honduras. ³Universidad Católica de Honduras, Servicio Social; Santa Bárbara, Honduras. ⁴Hospital Santa Bárbara Integrado, Servicio de Medicina Interna; Santa Bárbara, Honduras.

Introducción: Las malformaciones congénitas del tracto urinario corresponden a un amplio espectro de alteraciones relacionadas con defectos originados desde la etapa embrionaria. La ectopia renal cruzada (ERC) se define como un riñón que se localiza en el lado opuesto a su origen embriológico, donde el uréter del riñón ectópico tiene una inserción normal en la vejiga, es decir, ipsilateral a su posición embrionaria inicial. La ectopia renal cruzada fusionada es la variante más frecuente con una incidencia de 1:1000 nacidos vivos con ERC, usualmente la ectopia se presenta de izquierda hacia derecha y suele cursar asintomática hasta que se descubre incidentalmente a través de estudios de imagen abdominal. **Descripción del caso:** Femenina de 21 años, sin antecedentes patológicos de relevancia, hospitalizada por neumonía adquirida en la comunidad quién, al ser estudiada por causas de inmunosupresión, se le realiza ultrasonido abdominal que reporta un riñón fusionado unilateral derecho por lo que se corrobora hallazgo con urografía por tomografía computarizada la cuál evidencia dos riñones de lado derecho, con el polo superior del riñón ectópico fusionado con el polo inferior del riñón ortotópico, conservando cada uno sus sistemas pielocaliciales y con sus uréteres normalmente insertados en la vejiga. La paciente no presentó alteraciones en la función renal y evolucionó satisfactoriamente de su cuadro respiratorio, siendo egresada con seguimiento en consulta externa de medicina interna. **Conclusiones/Recomendaciones:** Dar seguimiento a largo plazo ya que algunos estudios han demostrado que la función renal del riñón ectópico decrece con el tiempo. En Honduras no existe reporte de casos en la literatura médica sobre ectopia renal cruzada fusionada, hasta la fecha solo se encuentra un caso pediátrico de ectopia renal simple en el año 2011.

133TL PREVALENCIA DE NIVELES SUFICIENTES DE VITAMINA "D" EN TRABAJADORES DE AGUAS DE SAN PEDRO. Angel Gabriel Martínez Fernández. Sistema Médico de Empresas IHSS en Aguas de San Pedro, Honduras.

Introducción: La vitamina D es una prohormona liposoluble fundamental para múltiples funciones fisiológicas. Su deficien-

cia se asocia con trastornos osteomusculares, metabólicos e inmunológicos. Se sintetiza principalmente por exposición cutánea a radiación ultravioleta, factores como la vida sedentaria, el uso de bloqueadores solares y entornos laborales cerrados han incrementado la prevalencia de hipovitaminosis D, incluso en regiones tropicales. En Honduras, existe escasa evidencia sobre este problema en el ámbito laboral. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de suficiencia sérica de 25-hidroxivitamina D en trabajadores de Aguas de San Pedro, y su asociación con el área laboral y la suplementación vitamínica. **Materiales y Métodos:** Es un estudio observacional, descriptivo y transversal entre enero y febrero de 2025. La muestra incluyó 70 trabajadores seleccionados por conveniencia: 53 con funciones administrativas y 17 con funciones operativas. A cada participante se cuantificó la 25-hidroxivitamina D sérica, utilizando inmunoensayo automatizado estandarizado, y se aplicó un cuestionario estructurado que recopiló datos sobre consumo de suplementos vitamínicos. Los datos se procesaron con estadística descriptiva, incluyendo medidas de tendencia central, dispersión y comparación de proporciones entre subgrupos laborales. **Resultados:** La media general fue de 23.8 ng/mL. Sólo el 22.9% presentó suficiencia (≥ 30 ng/mL); el 31.4% insuficiencia y el 45.7% deficiencia. El personal operativo mostró mayores niveles promedio (25.9 ng/mL) frente al administrativo (23.2 ng/mL). El 12.9% reportó uso de suplementos, siendo estos quienes alcanzaron valores óptimos. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se encontró alta prevalencia de hipovitaminosis D, especialmente en personal administrativo. El uso de suplementos y la exposición solar regular son estrategias efectivas. Se recomienda integrar intervenciones nutricionales y de promoción de la salud en políticas institucionales.

134TL TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES.

Diego Sebastián Ortega López¹, Jorge Eduardo Ortega². ¹Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Posgrado de Medicina Interna; Cuautla, Morelos, México. ²Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La trombosis de senos venosos cerebrales (TSVC) es la formación de un coágulo, dentro de los senos venosos cerebrales y venas afluentes, que obstruye el drenaje sanguíneo normal del cerebro. La incidencia es de 2.5 pacientes por año por millón de habitantes, y representa del 0.5 al 1% de los Ictus. Un 78% de los pacientes tienen menos de 50 años, y es más frecuente en mujeres. Se presenta con diversidad de síntomas y manifestaciones clínicas, por lo que se puede demorar el inicio del tratamiento. **Descripción de serie de casos:** Ocho pacientes fueron atendidos por el Servicio de Neurocirugía del Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas" de enero de 2010 a diciembre del 2015, a quienes se les confirmó el diagnóstico de TSVC. Seis pacientes eran mujeres (75%); tres eran menores de 40 años (37.5%), y dos mayores de 60 años (25%). La sintomatología más frecuente fue cefalea holo craneana seguido de convulsiones tónico-clónicas. El tiempo hospitalario para establecer el diagnóstico fue de 4 a 16 días.

A los 8 pacientes se les realizó tomografía simple de cerebro al ingreso, se reportó normal en 5 pacientes (62.5%), edema difuso en 3 pacientes (37.5%); a 5 pacientes se les pidió estudio con medio de contraste, pero sólo a uno se le pidió fase venosa. A seis pacientes se les realizó resonancia magnética de cerebro (75%), sin ser concluyente para el diagnóstico. En 4 pacientes se confirma el diagnóstico mediante angiografía cerebral por sustracción digital (ACSD). Fallecen 4 pacientes (50%), dos mayores de 60 años. **Conclusiones/Recomendaciones:** Para diagnosticar la TSVC se necesita una sospecha inicial y estudios de neuroimagen con medio de contraste, incluyendo la fase venosa, o resonancia magnética en tiempo de vuelo (TOF). No se necesita hacer rutinariamente ACSD. Hay mayor riesgo en mujeres, y se incrementa con el uso de anticonceptivos orales, o embarazo.

135TL CROMOBLASTOMICOSIS. Cynthia Madrid¹, Karin Villalobos². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina interna; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Mario C. Rivas, Departamento de Infectología; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Infección fúngica de piel y tejido subcutáneo causada por hongos dematiáceos de regiones tropicales y subtropicales. Infección crónica granulomatosa, causada por la introducción traumática de hongos Chaetothyriales y Herpotrichiellaceae del suelo, plantas, y madera en descomposición. Progresas lentamente, llamada cromomicosis, dermatitis verrugosa, micosis de Lane-Pedroso, enfermedad de Fonseca. La especie más prevalente (90%) *Fonsecae pedrosoi*. Clínicamente: variedades nodular, verrugosa, tumoral, cicatricial, en placa y mixta, La mayoría en miembros inferiores con prurito y dolor, complicadas con degeneración carcinomatosa. El diagnóstico se realiza al identificar estructuras fúngicas en el examen directo, histopatológico o cultivo. El tratamiento con bajas tasas de curación y alta recurrencia. **Descripción del caso:** Hombre de 78 años, agricultor, residente de Potrerillos, hipertenso, diabético y con enfermedad renal crónica. Con cuadro de 10 años de evolución, lesiones que iniciaron con una pápula en la cara lateral del pie derecho y posteriormente se presentó en la cara anterior, con aumento de tamaño y extensión, no delimitadas, prurito, dolor, ulceraciones superficiales y lesiones costrosas. Al examen físico se evidenció placas verrucosas en parte lateral de la pierna derecha, en la cara anterior de la pierna, con múltiples lesiones de varias características, nodulares de aspecto tumoral, en placa psoriasiforme, verrugosa o vegetante, cicatricial y con lesiones hipo e hiperpigmentadas. Se tomaron muestras de tejido, mediante una biopsia por exéresis, realizándose diferentes tinciones con resultados negativos. Al examen microscópico con KOH y estudio histopatológico se evidenciaron células ovaladas, color café oscuro, de paredes gruesas, algunas tabicadas, con aspectos de granos de café (células fumagoides o cuerpos escleróticos). Se dio tratamiento con itraconazol. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se muestra la necesidad de conocer y sospechar de esta enfermedad,

de forma especial en etapa temprana, por las complicaciones, las bajas tasas de curación, y recurrencia si no se impone un tratamiento oportuno

136TL PROPORCIÓN DE DISFAGIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES CON ICTUS, HOSPITALES NACIONALES, HONDURAS, FEBRERO-ABRIL 2025: DATOS PRELIMINARES. Ela Xiomara Rivera¹, Guillermo José Oviedo², Marlene Bonilla Isabel Bonilla¹, José Elpidio Sierra², Leonardo Ramsés Sierra², Edna Janeth Maradiaga³. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado Medicina de Rehabilitación; Tegucigalpa, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento Rehabilitación; Tegucigalpa, Honduras. ³Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Departamento de Salud Pública; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La disfagia tras Ictus puede presentarse en 20-90% de los casos, sus manifestaciones clínicas son sutiles pudiendo pasar inadvertida y generando mayor morbimortalidad, en Honduras no ha sido estudiada. **Objetivo:** Determinar la proporción de disfagia y características clínicas en pacientes internados por Ictus en cuatro hospitales nacionales, febrero-abril de 2025. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, y analítico en pacientes confirmados con Ictus en los hospitales nacionales del Instituto Hondureño de Seguridad Social y Secretaría de Salud, en Tegucigalpa y San Pedro Sula, aplicándose criterios de inclusión/exclusión, previo consentimiento informado. Se aplicó escala Gugging Swallowing Screen (GUSS) donde puntaje <20 se consideró disfagia; se consignó antecedentes personales, manifestaciones clínicas de ictus y síntomas/signos de disfagia. Se realizó análisis univariado y bivariado con pruebas t-Student, valor de $p < 0.05$ fue considerado significativo. Se obtuvo aval institucional y dictamen de Comité Bioética de Facultad de Ciencias Médicas-UNAH. **Resultados:** Han sido evaluados 55 pacientes con edad de 67.8 ± 15.0 años, 28 (50.9%) masculinos, 30 (54.5%) criterio de desnutrición, 50 (92.6%) antecedente de hipertensión arterial, 18 (34.0%) cardiopatía, 15 (27.8%) antecedente de tabaquismo. En 42 (76.4%) hubo ictus isquémico, afectando a 26 (47.3%) arteria cerebral media, puntaje NIHSS 9.4 ± 6.5 y Glasgow 13.0 ± 2.4 , 45 (81.8%) con alteraciones en comunicación, 27 (61.4%) disartria. Se encontró disfagia en 38 (69.1%), puntaje GUSS para grupo con disfagia 12.4 ± 5.1 , en grupo sin disfagia 20.0 ($p < 0.01$), la severidad fue moderada-severa en 21 (55.3%). Síntomas más frecuentes fueron carraspeo 29 (52.7%), tos post deglución 25 (45.4%) y voz húmeda 23 (41.8%). Hubo diferencias en edad comparando disfagia/sin disfagia (70.8 ± 14.1 versus 60.9 ± 15.3), Categoría cognitiva ERLA (6.1 ± 1.5 versus 7.3 ± 1.4), $p < 0.05$. **Conclusiones/Recomendaciones:** en Honduras existe alta proporción de disfagia tras ictus cuyo puntaje de severidad exige cuidado especial por las complicaciones que supone. Los servicios de salud deben ser capaces de reconocerla y tratarla con recurso humano adecuado.

137TL CARCINOMA BASOCELULAR SOBRE INFECTADO CON MIASIS EXTRAHOSPITALARIA. Joshua Carlo Andreé Jaco Leiva¹, Martha Consuelo Norris Mencias², Karin Patricia Villalobos Flores³, Johan Osman Murcia Velasquez¹, María Fernanda Sandoval Aguilera¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. ³Servicio de Infectología; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El carcinoma basocelular (CCB) es la neoplasia maligna más común en humanos, representando el 80% de los tumores cutáneos. Su crecimiento es lento y rara vez se metastatiza, pero puede ser destructivo si no se trata a tiempo. Es más frecuente en hombres y su diagnóstico suele darse en mayores de 68 años. La miasis es una infestación por larvas de dípteros en vertebrados vivos, incluyendo humanos, se clasifica en cutánea, visceral y cavitaria, y es más común en regiones tropicales y subtropicales. Factores de riesgo incluyen mala higiene, heridas expuestas y condiciones de vulnerabilidad social. Se han reportado casos de CCB infectados con miasis cutánea, aunque son poco frecuentes. **Descripción del caso:** Paciente con lesión ulcerosa de 10x10 cm en región fronto-parietal izquierda, extendida a la cola de la ceja, con compromiso del cuero cabelludo hasta la cortical craneal. Presentaba bordes irregulares, granulomatosos y sangrantes, con miasis extrahospitalaria y secreción serosa. La tomografía cerebral mostró lesión de tejidos blandos sin afectación ósea. La biopsia confirmó CCB sólido ulcerado. Se inició tratamiento antiparasitario y antibiótico, seguido de resección amplia con reconstrucción mediante autoinjerto de piel de espesor parcial. **Conclusiones/Recomendaciones:** La miasis cutánea es una afección frecuente en países tropicales y su aparición en lesiones malignas agrava el pronóstico. Factores socioeconómicos como pobreza extrema y abandono social aumentan el riesgo de infestación.

138TL CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE LEISHMANIASIS. Jhony Manuel Barahona Escobar¹, José Isaac Rubí Hernández¹, Raúl Edgardo Cerna Rosa¹. ¹Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Ciencias de la Salud; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La leishmaniasis es una enfermedad tropical causada por parásitos del género *Leishmania*, transmitidos por la picadura de flebótomos. A nivel mundial, se estima que entre 700,000 y 1 millón de nuevos casos ocurren anualmente, siendo la leishmaniasis cutánea (LC) la forma más común y la visceral (LV) la más grave. En Honduras la forma cutánea es la más común, con manifestaciones ulceradas y no ulceradas, y se ha observado una alta incidencia en Colón, Yoro, Olancho, Choluteca, Cortés, Francisco Morazán, Santa Bárbara y Valle. Diversas especies de *Leishmania* están presentes en el país, incluyendo *L. (V.) braziliensis*, *L. (V.) panamensis*, *L. (L.) infantum* chagasi y *L. (L.) mexicana*, cada una asociada a diferentes formas clínicas y distribuciones geográficas. **Materiales y**

Métodos: El propósito de esta investigación es determinar las características clínicas y epidemiológicas de los casos de Leishmaniasis captados y manejados por el Policlínico de Catacamas durante el período comprendido entre enero de 2023 y octubre de 2024. **Resultados:** En el período se registraron 34 casos; 28 (82%) eran hombres y 6 (17.6%) mujeres; promedio de edad fue 27.3 años; predominan los casos en enero (13 casos). Los casos provienen de 7 comunidades sin mostrar una agregación espacial. La Leishmaniasis cutánea es la forma más común (88%) y la mucho-cutánea en segundo lugar (12%). Solamente un 44% de los casos se reportaron como curados; 3% no se curaron; 3% abandonó el tratamiento y el resto seguían en tratamiento. **Conclusiones/Recomendaciones:** Olancho sigue siendo una zona endémica de leishmaniasis. Existen retos para el diagnóstico como acceso limitado a técnicas de diagnóstico, baja sensibilidad de métodos tradicionales (microscopía), demora en el diagnóstico, y poca disponibilidad de tipificación de especies. A nivel de tratamiento, regímenes prolongados y costosos, toxicidad de medicamentos disponibles, y una limitada disponibilidad de opciones terapéuticas.

139TL MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA ASOCIADA AL EMBARAZO Y POSPARTO. Jorge Díaz¹, Andrea Corado², Katherine Rodríguez³. ¹Hospital Nacional Dr. Mario C. Rivas, Servicio de Nefrología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ³Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Ginecología; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La microangiopatía trombótica (MAT) constituye un grupo de patologías caracterizadas por la formación de trombos en la microvasculatura y daño multiorgánico, con una presentación clínica compleja en el contexto del embarazo. Las MAT asociadas al embarazo (p-MAT) presentan un desafío diagnóstico, dado que sus manifestaciones clínicas se superponen con otras entidades como la preeclampsia, el síndrome HELLP, la púrpura trombótica trombocitopénica (PTT) y el síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa). El síndrome HELLP es la causa más frecuente de p-MAT, con una prevalencia del 0,5-1 %, caracterizándose por elevación de enzimas hepáticas, trombocitopenia y daño endotelial. El tratamiento definitivo es la interrupción del embarazo. La MAT mediada por complemento (CM-MAT) representa una forma menos frecuente pero severa, en la cual se requiere diagnóstico oportuno e inicio temprano de terapia con eculizumab. **Descripción del caso:** Paciente de 17 años de edad, primigesta, 37 semanas de gestación, es ingresada para inducción de trabajo de parto, presentando pérdida del bienestar fetal, evacuando producto vía cesárea. Durante su puerperio inmediato presenta cifras tensionales elevadas y valores laboratoriales asociados a Síndrome de Hellp, (LDH 1198, Plaquetas: 71,000, BT: 4.9 BI: 2.2 TGO: 4662), posteriormente presenta datos laboratoriales asociados a deterioro renal, con criterios de hemodiálisis (Creat: 4.28, BUN: 64, TFG: 21 ml/min/1.73m2), iniciando terapia de reemplazo renal. Se

realizó biopsia renal reportando glomérulos con proliferación mesangial difusa y endocapilar leve, asociada a necrosis tubular aguda. Finalizó diálisis durante su hospitalización con mejoría de su presión de perfusión renal, dando seguimiento por consulta externa. **Conclusiones/Recomendaciones:** La p-MAT es un diagnóstico complejo debido a varias características superpuestas entre las 4 etiologías más comunes. Una historia clínica completa, datos de laboratorio pertinentes y la identificación temprana de patrones de lesión pueden ayudar con el diagnóstico. La demora en el diagnóstico conduce a retraso del tratamiento y a complicaciones irreversibles.

140TL CONDICIONES DE EMPLEO, TRABAJO Y SALUD EN TRABAJADORES DE PELUQUERÍAS Y BARBERÍAS EN COMAYAGUA Y TEGUCIGALPA, MARZO-ABRIL DEL 2023. Iris Johany Argüelles Guevara¹, Iris Jomaly Argüelles Guevara¹, Federico Alejandro Moncada¹, Lino Carménate Milián¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Los trabajadores que se dedican a la peluquería y barbería pueden verse afectados por diversos riesgos asociados a su actividad profesional, estos pueden provocar graves problemas de salud como trastornos músculo esqueléticos, afecciones cutáneas, enfermedades respiratorias y cáncer. **Objetivo:** Establecer las Condiciones de empleo, trabajo y Salud en trabajadores de peluquería y barberías en Comayagua y Tegucigalpa. **Materiales y Métodos:** Estudio Cuantitativo, analítico, de corte transversal tipo poblacional. Se seleccionó la muestra por conveniencia, con un total de 92 trabajadores. Se aplicó el cuestionario básico sobre condiciones de trabajo, empleo y salud en América Latina y el Caribe (CTESLAC) y los cuestionarios nórdicos de percepción de síntomas musculoesquelético (NMQ) y el de enfermedades cutáneas de origen profesional (NOSQ-2022). Los datos obtenidos se analizaron estadísticamente con el programa SPSS versión 22. **Resultados:** (Comayagua/Tegucigalpa) *Perfil sociodemográfico* la edad prevalente fue de 18-29 años (62.8%/69.4%), sexo femenino (44.2%/55.1%), solteros (48.8%/55.1%), escolaridad secundaria (39.5%-32.7%). *Condiciones de empleo:* promedio semanal de horas trabajadas 41-60 horas (76.70%-55.10%); derechos laborales: afiliación a un sistema de Jubilación (4.7%-14.3%), días feriados (67.4%-63.3%), incapacidad médica (79.1%-98.1%), vacaciones pagadas (39.5%-59.2%); cargo en su trabajo: trabajador dependiente (55.8%/100%); ingreso mensual promedio: salario mínimo (48.80%-40.80%). *Condiciones de Trabajo:* ergonomía, con alguna frecuencia mantienen posturas incómodas (41.90%/32.70%), realizan movimientos repetitivos (53.70%/81.60%). *Condiciones de Salud:* No ha sufrido accidente (86%/77.6%) o enfermedad (88.4%/79.6%) a causa del trabajo en el último año. Problemas del aparato locomotor: Espalda alta (48.80%/73.50%). eczema en manos (16.30%/18.40%). Existe asociación significativa entre las jornadas de trabajo y problemas musculoesqueléticos en los últimos 12 meses en espalda alta, en ambas ciudades; no se encontró asociación entre condiciones de empleo y signos

dermatológicos. **Conclusiones/Recomendaciones:** Estos trabajadores están expuestos a múltiples riesgos que pueden afectar primordialmente al sistema musculoesquelético. Se recomienda la aplicación de normas de salud y seguridad que regulen sus actividades.

141TL PRESENTACIÓN DE ADENOCARCINOMA PRIMARIO DE PULMÓN EN MUJER JÓVEN NO FUMADORA.

Marco Antonio Quiñonez Sánchez¹, Emma Waleska Mencia Reyes², Juan Fernando Paz Arias³, Andrea Yacenia Carbajal Vásquez⁴, Carlos Andrés Portillo Muñoz⁴. ¹ Hospital Nacional Doctor Mario Catarino Rivas, Neumología y Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Nacional Doctor Mario Catarino Rivas Patología; San Pedro Sula, Honduras. ³Clínica Diagnos; San Pedro Sula, Honduras. ⁴Hospital Nacional Doctor Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El adenocarcinoma de pulmón es un cáncer de célula no pequeña fuertemente asociado al tabaquismo, con una edad media de diagnóstico de 71 años. En las últimas 4 décadas, se ha visto un incremento marcado del diagnóstico en mujeres, compartiendo el mismo factor de riesgo. Sin embargo, un pequeño porcentaje de los diagnósticos se realizan en personas jóvenes no fumadoras, siendo un problema importante para la salud pública. **Descripción del caso:** Mujer de 31 años, no fumadora, presenta pérdida de peso de 11 kilogramos, disnea de medianos esfuerzos y tos productiva de más de 5 meses de evolución, estudiada inicialmente por tuberculosis pulmonar, con dos resultados de genexpert de esputo no detectables. Acude nuevamente por presentar 10 episodios de esputo hemoptóico, por lo cual se refiere al servicio de neumología. Al realizar tomografía de tórax se evidencia masa sólida de márgenes irregulares en lóbulo inferior derecho y compromiso del bronquio del lóbulo inferior derecho con atelectasia asociada y elevación de hemidiafragma. Se realiza videobroncoscopia que evidencia bronquio derecho con compresión extrínseca y compromiso de mucosa bronquial por inflamación y posible extensión tumoral, reduce 90% entrada bronquio intermediario y 40% bronquio lóbulo superior derecho. La biopsia reportó neoplasia epitelial maligna conformada por estructuras glandulares complejas, con TTF-1 positivo nuclear, confirmando origen pulmonar, y mutación del gen receptor del factor de crecimiento epidérmico positivo, convirtiéndola en candidata a tratamiento vía oral con erlotinib. **Conclusiones/Recomendaciones:** El adenocarcinoma primario de pulmón en una paciente femenina, joven y no fumadora es un diagnóstico poco común, sin embargo, no descartable. Representan a un grupo selecto de pacientes que puede tratarse de forma diferente a los pacientes fumadores en un futuro previsible.

142TL COMPLICACIONES ASOCIADAS A DIAGNÓSTICO TARDÍO EN PACIENTE CON NEOPLASIA MALIGNA TERATOMATOSA CON COMPONENTE DE CARCINOMA EMBRIONARIO.

Luis Fernando Bardales Díaz del Valle¹, Roxana Martínez². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ²Instituto Hondureño de Seguridad Social y Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Hemato Oncología; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El carcinoma embrionario es un tumor maligno de células germinales que afecta a adolescentes y adultos jóvenes. Un diagnóstico tardío aumenta el riesgo de metástasis, reduce la tasa de supervivencia, además, se asocia con mayores tasas de recurrencia y la necesidad de tratamientos más agresivos, lo que incrementa los efectos secundarios a largo plazo. **Descripción del caso:** Adolescente de 16 años previamente sano, ingresó con dolor abdominal en la fosa iliaca izquierda, fiebre intermitente, pérdida de peso y vómitos postprandiales. Un ultrasonido mostró hidronefrosis moderada en el riñón izquierdo, y una pielotac evidenció una lesión sólido-quística de 17.7 x 8.5 cm, sugiriendo linfoma o tumor retroperitoneal con uropatía obstructiva. La biopsia de muestras intra y retroperitoneales reportó implantes de células en patrón sólido, compatibles con metástasis de carcinoma. La citología peritoneal fue positiva para células malignas. Se sugirió realizar estudios inmunohistoquímicos y búsqueda de tumores primarios en testículo, retroperitoneo y tracto urológico, pero no se realizaron por razones económicas. Al ingreso, presentaba hipertensión y una masa abdominal gigante y dolorosa. Se sospechó linfoma y lesión renal aguda obstructiva. Desarrolló síndrome de lisis tumoral y recibió metilprednisolona y hemodiálisis. Una tomografía mostró linfangitis carcinomatosa y una lesión neoplásica maligna. Se realizó una laparotomía exploratoria, hallándose una masa vascularizada retroperitoneal. Posteriormente, presentó fiebre nosocomial e infección por *Burkholderia cepacia*. La biopsia confirmó una neoplasia maligna teratomatosa con carcinoma embrionario (50%), con alfafetoproteína en 1088 ng/ml y beta-HGC en 3748 mIU/ml. Su estado se deterioró rápidamente con encefalopatía y sangrado intraabdominal hasta su fallecimiento. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este caso resalta la importancia de la detección temprana, así como el tratamiento oportuno ambos son fundamentales para mejorar los resultados clínicos y reducir morbilidad.

143TL CONDUCTO ARTERIOSO PERSISTENTE EN EL ADULTO. Larissa Margarita Valladares¹, Bayron Josue Degrandes², Luis Alberto Fernandez³, Ólman Gradis Santos⁴. ¹Instituto Nacional Cardiopulmonar, UNICAH. ²Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. ³Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Cardiología clínica y Ecocardiografía; Tegucigalpa, Honduras. ⁴Universidad Católica de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El conducto arterioso persistente (PCA) es una anomalía congénita caracterizada por la comunicación entre la arteria pulmonar y la aorta, lo que genera un cortocircuito de izquierda a derecha. Aunque el diagnóstico del PCA es más frecuente en la infancia, algunos casos pueden permanecer sin detectarse y manifestarse en la adultez, su detección ocurre de manera incidental o cuando el paciente desarrolla síntomas relacionados con la sobrecarga de volumen del ventrículo izquierdo, hipertensión pulmonar o insuficiencia cardíaca. **Descripción del caso.** Paciente femenina de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, con mal apego al tratamiento. Presenta cuadro de dolor precordial y datos de insuficiencia cardíaca. Evaluada en Emergencia del Instituto Nacional Cardiopulmonar, con franca insuficiencia respiratoria. Ingresó a la unidad de cuidados coronarios para su manejo, con Presiones arteriales altas 200/90, soplo mitral aórtico grado III y falla cardíaca; troponinas T 66 ng/dl y proNP 3000, electrocardiograma con ligera elevación del segmento ST cara lateral V5-V6, I-AVL, ecocardiograma con FEV normal y PCA con cortocircuito de izquierda derecha. Tomografía de tórax con evidencia de conducto arterioso persistente con calcificaciones periféricas, cardiomegalia GIV y derrame pleural bilateral. Se indica manejo con alto flujo, nitratos, diuréticos hasta estabilizarse; se realizó angioplastia coronaria con colocación de stent en la arteria circunfleja debido a una lesión significativa y resolución de cardiopatía isquémica crónica. La paciente presentó una evolución favorable tras la optimización del tratamiento médico hasta su egreso. **Conclusiones/Recomendaciones:** El PCA en adultos puede permanecer asintomático durante décadas, pero su coexistencia con otras enfermedades cardiovasculares puede descompensar la función cardíaca. Su diagnóstico debe considerarse en pacientes con insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica inexplicada. En casos seleccionados, el cierre percutáneo puede mejorar el pronóstico.

144TL OBESIDAD E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. Marlon Girón Amador¹, Bayron Josué Degrandes². ¹Hospital San Jorge; Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La obesidad es una pandemia no infecciosa que afecta a millones de personas en todo el mundo. Es un problema médico que aumenta el riesgo para muchas enfermedades y problemas de salud. Según la Organización Mundial de la Salud una de cada ocho personas en el mundo es obesa. **Des-**

cripción del caso: Paciente femenina 35 años, antecedentes asma bronquial desde 8 años edad, mal apego al tratamiento, manejado con salbutamol, múltiples crisis aproximadamente 5 veces por año, ultimo ingreso hace 3 años, sin vacunación completa, además de obesidad IMC 38. Hace 1 semana con disnea de grandes a medianos esfuerzos, progresando en 3 días hasta reposo. Acompañado de tos sin expectoración, fiebre subjetivamente alta 3 días de evolución y rinorrea, insuficiencia respiratoria, hipoxémica. Primera evaluación signos vitales, taquicardia, taquipnea importante, ST02 75% a pesar de mascarilla reservorio, tiraje subcostal, cianosis distal, sibilancias audibles. Estudios de laboratorio: leucocitos 4800, eosinófilos 500. Rx de tórax con infiltrado reticular mal definido, hiperglicemia 200 mg/dl, función renal y resto electrolitos normales, gases arteriales PO2 60, FilmArray PCR positivo influenza. Tomografía de tórax datos vidrio esmerilado bibasales. Se trasladó a la Unidad de cuidados intensivos para manejo: ventilación mecánica no invasiva, inhaloterapia, oxigenoterapia, oseltamivir y terapia de sostén. Al tercer día, destete de oxígeno, mejoría de hipoxemia, sin progreso de neumonía por Influenza. Egresó al séptimo día optimando manejo multidisciplinario. **Conclusiones/Recomendaciones:** La obesidad es la enfermedad metabólica más frecuente en el mundo y se encuentra asociada a distintas complicaciones pulmonares; La obesidad puede afectar a través de mecanismos inflamatorios y alteraciones ventilatorias, la función pulmonar, además se ha considerado como un factor que contribuye al desarrollo del asma.

145TL HEMANGIOMA ÓSEO COMO ETIOLOGÍA DE DOLOR LUMBAR. Carmen Ilyana Castillo Mencia. Por Salud; La Ceiba, Atlántida, Honduras.

Introducción: El hemangioma es un tumor óseo benigno, que puede aparecer en el 11-12% de la población. Se trata de un crecimiento de tejido vascular dentro de las vértebras. En menos del 1%, puede producir dolor local o radicular, y compresión medular. La mayoría cursa de forma asintomática y su hallazgo es incidental en estudios de imagenología. **Descripción del Caso:** Paciente masculino de 46 años con historia de dolor lumbar leve de aproximadamente tres meses de evolución intermitente controlado con analgésicos. El dolor aumentó a 8/10 en escala de dolor, e irradia al área posterior de pierna izquierda acompañado de parestesia y se exacerba al realizar cualquier tipo de movimientos. Al examen físico con dolor en área lumbar a la palpación. Estudio de Resonancia Magnética reportó rectificación de la lordosis fisiológica, discos intervertebrales normales, se descarta compresión radicular; en cuerpo vertebral L5 se observa lesión focal hiperintensa, oval, de 14 mm en ambas secuencias de imagen, T1 y T2, compatible con hemangioma óseo; cuerpo vertebral L4 con pequeña lesión de 8 mm, homogéneamente hiperintensa en secuencias T1 y T2 compatible con hemangioma óseo. Fue referido a Neurología y Medicina de Rehabilitación quienes indicaron manejo con Gabapentina, Dexketoprofeno, relajante muscular y fisioterapia. Las crisis dolorosas mejoraron. **Conclusiones/**

Recomendaciones: El dolor lumbar es un motivo de consulta muy frecuente, en el cual se debe considerar al hemangioma óseo como una rara, pero posible etiología. Se debe considerar estudios de imágenes como la Resonancia Magnética cuando no hay mejoría de síntomas.

146TL ASMA BRONQUIAL QUE AMENAZA LA VIDA. Elias Edgardo García Molina¹, Shery Elizabeth Rivera Pineda², Dairy Sthefhany Palacios Argeñal³, José Carlos Ordoñez Montes³. ¹Hospital Nacional Mario C. Rivas, Servicio de Medicina Crítica e Intensiva; San Pedro Sula, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. ³Hospital Nacional Dr. Mario C. Rivas; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El asma letal de aparición lenta se ha descrito como aquella en la que los pacientes presentan síntomas progresivos durante más de 12 horas, y en ocasiones hasta por una a tres semanas antes del desenlace fatal. **Descripción del caso:** Femenina de 27 años, con antecedente asma bronquial diagnosticada en la infancia, sin tratamiento, quien presentó rinorrea hialina de 4 días de evolución, que cedió de forma espontánea. Posteriormente presenta tos seca, se volvió productiva con expectoración hialina después de 24 horas, no cianotante ni emetizante. Desarrolló disnea, de moderados a pequeños esfuerzos. La paciente presentó un episodio exacerbado de tos seca a las 04:00 am y, posteriormente, a las 06:00 am manifestó palpitations. Fue llevada a la unidad de salud donde recibió nebulización. Debido a la gravedad de su estado, fue referida al Hospital Santa Bárbara Integrado, donde ingresó en mal estado general y con un marcado distrés respiratorio, por lo que requirió intubación inmediata bajo sedación y analgesia. Posteriormente, fue trasladada al Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, se recibió con ventilación a presión positiva, con pulmones silentes, se acopló a ventilación mecánica invasiva y posteriormente fue trasladada a unidad de cuidados intensivos. El estudio de gases arteriales al ingreso reportaron pH:7.29, pCO₂: 66.3 mmHg, pO₂: 67.7 mmHg, HCO₃: 31.4 mmol/L, lactato: 1.46 mmol/L. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Dado que se trata de una condición poco investigada, es relevante la presentación de este caso para su reconocimiento temprano, mejorar el diagnóstico y favorecer un tratamiento oportuno.

147TL DESARROLLO PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS Y SU IMPACTO EN EL CUIDADO Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE POSTOPERADO. Gabriela Alejandra Torres Canales¹, Omar Aquiles Suazo Fontana², Tomas Rolando Minueza². ¹Departamento de enfermería. ²Fundación Ruth Paz; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El desarrollo profesional del personal de enfermería se puede definir como “el proceso organizacional que permite la mejora continua de habilidades, o la adquisición de nuevos conocimientos dentro del ámbito laboral”, y cómo este influye significativamente en la calidad del cuidado postopera-

torio, y en la satisfacción de pacientes y médicos. **Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimientos del personal auxiliar de enfermería y su impacto en la recuperación de los pacientes y la satisfacción de ellos, así como la de los médicos. **Materiales y Métodos:** Se realizó estudio cuantitativo, no experimental y de corte transversal en marzo de 2025 en Hospital Fundación Ruth Paz en el que se incluyeron 16 auxiliares de enfermería, 23 médicos y 103 pacientes hospitalizados. **Resultados:** El personal de enfermería posee conocimientos en farmacología y procedimientos básicos, el 75% cuenta con certificación de BLS (basic life support). El 40% de los médicos no se encuentran satisfechos con el manejo. El uso de nuevas tecnologías hospitalarias limita al 50% del personal de enfermería, y la comunicación interprofesional. La mayoría de los pacientes reportaron altos niveles de satisfacción, un 91% expresó recibir atención rápida y profesional, un 13% manifestó la necesidad de mayor información durante el ingreso y el alta hospitalaria. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los médicos participantes mostraron interés en contribuir a la formación continua del personal de enfermería, destacando la importancia de la colaboración para mejorar los resultados clínicos. Existe una relación directa entre los conocimientos y habilidades técnicas del personal de enfermería, y la satisfacción de médicos y pacientes. La formación continua es un factor clave para fortalecer la calidad del cuidado postoperatorio, así como para fomentar un trabajo en equipo más eficiente y enfocado en la seguridad del paciente.

148TL MELANOMA DE EXTENSIÓN SUPERFICIAL EN COMISURA LABIAL DERECHA. Susely Villeda¹, Karen Santos², Rennie Medina³. ¹Liga Contra el Cáncer; San Pedro Sula, Honduras. ²Liga Contra el Cáncer, Servicio de Dermatología; San Pedro Sula, Honduras. ³Universidad Católica de Honduras; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El melanoma de extensión superficial es la variante histológica más común del melanoma, representando alrededor del 70% de los casos. Comienza creciendo en la epidermis en forma horizontal durante un periodo de meses o años antes de penetrar más profundamente en la piel. Usualmente se desarrolla en zonas de exposición solar intermitente como el tronco y las piernas en las mujeres y en el tronco de los varones. En raras ocasiones, puede aparecer en la comisura labial, lo que representa un desafío diagnóstico debido a su localización infrecuente. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 62 años, acude por presentar una lesión pigmentada, en la comisura labial derecha, asintomática, presente desde hacía tres meses. Al examen físico se observó una mácula negruzca, de aproximadamente 0.7 cm de diámetro, asimétrica, de bordes irregulares. La biopsia reveló una proliferación pagetoide de células melanocíticas confinadas a la epidermis, con discreta atipia celular y presencia de pigmento melánico. No se observó formación nodular ni invasión dérmica, pero se evidenció incontinencia pigmentaria. Se diagnosticó Melanoma de Extensión Superficial. Se realizó escisión quirúrgica de la lesión, con márgenes de seguridad para garantizar la remoción

completa del tumor y evitar posibles recurrencias. Se realizó exámen de extensión (Full Body Scan) sin presentar evidencia de metástasis. Actualmente la paciente tiene 11 meses post operada, sin evidencia de actividad tumoral. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La escisión quirúrgica con márgenes de seguridad sigue siendo el tratamiento de elección para evitar complicaciones y recurrencias. Debe considerarse la realización sistemática de biopsias en lesiones atípicas en áreas no foto expuestas, especialmente en pacientes con factores de riesgo asociados.

149TL PÉNFIGO SEBORREICO. Perla Iris Vásquez H¹, Benilda I. Martel Ramos², Nelly J. Sandoval Aguilar³. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado de Dermatología; Tegucigalpa, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Dermatología; Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Escuela Departamento de patología, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El pénfigo es un grupo de enfermedades autoinmunes caracterizadas por ampollas y erosiones en piel y mucosas, causadas por autoanticuerpos IgG contra proteínas desmosómicas, principalmente desmogleínas 1 y 3, lo que genera acantolisis y apoptosis de los queratinocitos. Se clasifica en pénfigo profundo (vulgar y vegetante) y superficial (foliáceo, eritematoso y seborreico). El pénfigo seborreico es una variante excepcional, descrita por Schyder en 1969, con una incidencia estimada entre 0.1-0.5 casos por cada 100,000 habitantes al año y una prevalencia de 0.5-3.2 por cada 100,000 habitantes. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 58 años, procedente de Comayagua, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia, con dermatosis generalizada bilateral y simétrica de inicio en la región centrofacial. Se caracterizaba por placas eritematosas bien definidas con escamas amarillas gruesas y oleosas, junto con hematocostras en la superficie. Las lesiones progresaron a áreas seborreicas (tórax anterior y posterior), con presencia de ampollas flácidas de contenido seroso, exulceraciones y signo de Nikolsky positivo. El estudio histopatológico reveló ampolla subcórnea, leve hiperqueratosis y paraqueratosis focal, leve acantosis regular en el estrato de Malpighi e infiltrado inflamatorio perivascular superficial linfocitario, confirmando el diagnóstico de pénfigo seborreico. Se administró metilprednisolona 1,000 mg/día por 5 días, seguida de prednisona 1.5 mg/kg/día en esquema piramidal, micofenolato de mofetilo 500 mg cada 8 horas, corticoides tópicos y antihistamínicos de primera generación. A las seis semanas, las lesiones disminuyeron en extensión y mejoraron clínicamente, permitiendo reducir progresivamente la dosis de corticoides sistémicos. **Conclusiones/Recomendaciones:** El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno son esenciales para evitar complicaciones. La documentación de nuevos casos es clave para mejorar el conocimiento epidemiológico y optimizar el manejo terapéutico de esta enfermedad rara, pero clínicamente relevante. Su similitud con otras patologías resalta la importancia de un abordaje clínico e histopatológico adecuado.

150TL TROMBOLISIS EFECTIVAS EN INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO. Natalia Isabel Muñoz Caballero¹, José Neptaly Leiva Membreño¹, Dylan Anthony Maldonado Castillo². ¹Hospital Santa Bárbara Integrado; Santa Bárbara, Honduras. ²Hospital Santa Bárbara Integrado, Servicio de Medicina Interna; Santa Bárbara, Honduras.

Introducción: El infarto agudo de miocardio (IAM) se define en patología como la muerte de células miocárdicas debido a isquemia prolongada. La necrosis completa de las células miocárdicas requiere 2-4 horas, dependiendo de si hay circulación colateral u oclusión arterial coronaria persistente o intermitente. La angiografía coronaria es el procedimiento de elección que permite la identificación ante un evento vasooclusivo para su revascularización directa, no obstante requiere de un centro médico avanzado. En sitios que no existen los medios, como un hospital básico, la trombolisis es un procedimiento que previene 3% de las muertes en las primeras 6 horas. El Hospital Santa Bárbara Integrado (HSBI) es un hospital básico y el de referencia que brinda atención al departamento y zonas aledañas. **Descripción de casos:** Caso 1: femenina, 72 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Durante su hospitalización sufre un síndrome coronario agudo tipo IAMCEST ADA Killip IV consignado mediante electrocardiograma tras referir dolor precordial. Se realiza revascularización exitosa con 1,500,000 UI de estreptoquinasa. Caso 2: es de un paciente masculino de 56 años con antecedente de HTA y DM2 con mal apego al tratamiento. Acude con dolor precordial de aproximadamente tres horas de evolución, irradiado a región mandibular izquierda, opresivo, moderada intensidad, diagnosticado con IAM oclusivo Killip I en territorio vascular de la arteria coronaria derecha. Posterior a la aplicación de 1,500,000 UI de estreptoquinasa, hubo una reducción mayor del 50% de la elevación del segmento ST y disminución del dolor. **Conclusiones/Recomendaciones:** El uso de fibrinolíticos está recomendado en las guías de manejo "2025 ACS guideline", recomendando la posterior remisión a un centro de mayor nivel de atención. Recomendamos capacitar al personal, y abastecer con los insumos necesarios para que se tomen decisiones oportunas que salven las vidas de nuestra población.

151TL EFICACIA Y SEGURIDAD DEL LISADO PLAQUETARIO ALOGÉNICO EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PEYRONIE. Yusnier Varona Varona¹, Marvin Rodríguez Moncada², Zaily Fuentes Díaz³, Annia Rivacoba⁴. ¹Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, Servicio de Urología; Camagüey, Cuba. ²Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, Posgrado de Urología; Camagüey, Cuba. ³Universidad Ciencias Médicas de Camagüey, Servicio de Anestesiología y Reanimación; Cuba. ⁴Universidad Ciencias Médicas de Camagüey, Servicio de Urología y Oncología, Cuba.

Introducción: La enfermedad de Peyronie es un trastorno que causa curvatura anormal del pene, dolor y disfunción eréctil, afectando significativamente la calidad de vida. Los tratamientos actuales tienen limitaciones, por lo que se exploró el lisado

plaquetario alogénico, un producto biológico derivado de sangre segura, como una alternativa terapéutica. **Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad del lisado plaquetario en pacientes con enfermedad de Peyronie, midiendo la reducción del ángulo de curvatura y la disminución del dolor. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio analítico, experimental, exploratorio, entre enero de 2022 y diciembre de 2024, con 33 pacientes con enfermedad de Peyronie, asignación aleatorizada, 3 grupos de estudio, un grupo con lisado plaquetario (LP), otro con plasma rico en plaquetas (PRP), y un tercero con tratamiento convencional (verapamilo). Se optimizó el proceso de obtención del lisado plaquetario mediante ciclos de congelación y descongelación. Se comparó la reducción del ángulo de curvatura y el dolor entre los grupos utilizando pruebas estadísticas. **Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 56 a 60 años. La reducción media del ángulo de curvatura a 1 año fue similar en los tres grupos (LP: -7.2° , PRP: -8.9° , Convencional: -8.9°). No se encontraron diferencias significativas en la reducción del dolor entre los grupos ($p>0.05$). La incidencia de efectos adversos graves fue comparable entre los grupos ($p>0.05$). El análisis longitudinal mostró una reducción significativa del ángulo con el tiempo ($\beta=-0.8^\circ$ por mes, $p<0.001$). **Conclusiones/Recomendaciones:** El lisado plaquetario demostró una eficacia y seguridad comparable a los tratamientos convencionales para la enfermedad de Peyronie. Aunque no se observó superioridad estadística, su perfil de seguridad lo convierte en una alternativa viable. Se recomiendan ensayos clínicos aleatorizados y doble ciego con un mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.

152TL INOCUIDAD Y CALIDAD DE LA MERIENDA ESCOLAR RURAL PÚBLICA EN HONDURAS, CONTRIBUCIÓN AL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR. Marvin Rodríguez Moncada. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, Servicio de Urología y Universidad Ciencias Médicas de Camagüey; Camagüey, Cuba.

Introducción: La salud pública en Honduras enfrenta desafíos críticos como la desnutrición infantil y la deserción escolar, especialmente en zonas rurales. El Programa Nacional de Alimentación Escolar (PNAE) surge como estrategia integral para abordar estos problemas mediante la provisión de raciones nutritivas y la articulación de servicios de salud en centros educativos. Con un alcance que cubre a más de 1.3 millones de estudiantes en 22,000 escuelas públicas, el programa combina objetivos nutricionales con el fortalecimiento de economías locales mediante compras a pequeños productores. **Descripción de la experiencia:** La estrategia propone la implementación de un modelo de intervención en el PNAE que integra cinco componentes clave: alimentación equilibrada y de calidad, articulación de servicios de salud, fomento de actividad física, ambientes educativos resilientes y educación alimentaria nutricional. La metodología incluye capacitaciones a docentes, padres de familia y comités locales, así como alianzas estratégicas con organismos como el PMA para garantizar transparencia en compras y distribución de insumos fortificados. En el

departamento de Francisco Morazán, por ejemplo, se prioriza la entrega de raciones secas (arroz, frijoles, harina y aceite) en zonas remotas, con impactos medibles en la matrícula escolar y la reducción de enfermedades transmitidas por alimentos. **Lecciones aprendidas:** La experiencia destaca la necesidad de fortalecer la articulación interinstitucional entre la Secretaría de Educación, SEDESOL y cooperantes internacionales para garantizar sostenibilidad financiera y técnica. Además, se evidencia que la vinculación con productores locales no sólo dinamiza economías, sino que también facilita la adaptación cultural de las raciones alimentarias. Un desafío persistente es la creación de marcos legales que faciliten compras directas a agricultura familiar, lo que requiere pilotajes y estándares de inocuidad claros. Finalmente, la educación alimentaria nutricional emerge como herramienta clave para transformar hábitos y reforzar el impacto del programa en salud y desarrollo infantil.

153TL FACTORES DE RIESGO PARA ALERGIAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. Rocío Mariela Pavón Castro¹, Claudia Almendarez¹, Manuel Sierra¹. ¹Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Ciencias de la Salud; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La alergia alimentaria (AA) es una respuesta inmunológica anormal a proteínas específicas de los alimentos, y su prevalencia ha aumentado globalmente en las últimas décadas. En América Latina, los datos son limitados. Entre el 2%-8% de los niños en América Latina sufren de alguna alergia alimentaria. **Objetivo:** Determinar factores de riesgo para alergias alimentarias en pacientes pediátricos. **Materiales y Métodos:** Estudio realizado por médico en servicio social de FCS-UNITEC (2024-2025) en clínicas privadas de alergología pediátrica de Tegucigalpa y San Pedro Sula. El protocolo fue aprobado por el Comité de Bioética de UNITEC. Se usó una muestra de conveniencia de pacientes pediátricos con diagnóstico de alergia alimentaria con registro médico. **Resultados:** Se obtuvieron registros de 346 pacientes (55% género femenino). La frecuencia de AA en menores de 2 años fue 30.1% y en 3-5 años, 28.9%. Los factores de riesgo identificados en el estudio fueron, antecedente de alergias en las madres (31.6%); nacimiento por cesárea (31.5%); antecedente paterno de alergia (28.6%); lactancia exclusiva menor 6 meses (19.7%); síndrome metabólico parental (8.1%); uso de antibióticos en recién nacido (4.9%); bajo peso al nacer (4.3%) y prematuridad (3.8%). **Conclusiones:** Nuestro estudio corrobora la presencia de diversos factores de riesgo para AA que han sido publicados. Los más frecuentes fueron los antecedentes familiares (maternos/paternos) de alergias, nacimiento por cesárea y lactancia exclusiva menor de seis meses. **Conclusiones/Recomendaciones:** Fomentar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y promover el parto vaginal cuando sea posible. Realizar evaluaciones tempranas en niños con antecedentes familiares de alergia para detectar y manejar oportunamente casos de AA. Se deben promover más estudios regionales con muestras amplias y diseño longitudinal para comprender mejor la epidemiología y los factores modificables de la AA en América Latina.

LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

ÍNDICE POR AUTOR Y CÓDIGO

TL: Trabajo Libre C: Conferencia Magistral

Autor	TL / C	Autor	TL / C
Acosta, Luis	114TL 139TL	Bardales, Luis	63TL 125TL 142TL
Acosta, Marjury	71TL	Bardales, Victor	100TL
Adjei, Prince	46TL	Barrueto, Emilio	2C
Aguilar, Cindy	99TL	Beltran, Jorge	42TL
Aguilar, Heily	24TL	Beltrán, Jorge	4TL 97TL 98TL
Aguilar, Josué	24TL	Benavides, Alexa	74C
Aguilar, Julio	107TL	Benitez, Karen	20TL
Aguilera, Miriam	27TL	Bertot, Yorkiel	84TL 85TL
Aguiluz, José	117C	Bonilla, Daniel	28TL
Alas, César	105TL	Bonilla, Isabel	136TL
Albada, Marina	46TL	Bonilla, Marlene	136TL
Alemán, Romary	49C	Bonilla, Paola	62TL
Alger, Jackeline	46TL	Breiullet, Christian	22C
Almazán, José	14TL	Briceño, Rosa	20TL
Almendarez, Claudia	153TL	Bueso, Andrea	114TL
Alvarado, Larissa	147C	Burgos, Angeli	39TL
Alvarado, Luis	91TL	Caballero, Arlen	110TL
Álvarez, Allan	112TL	Caballero, Hector	82C
Álvarez, Jairo	78TL	Calderón, Brigitte	110TL
Amaya, Yosvin	96TL	Calderón, Erika	56C
Anariba, Marissa	64TL	Calderón, Jorge	39TL
Andino, Rider	119C	Calderón, Karina	64TL
Araica, Juan	78C	Calix, Faviola	34TL 81TL
Araujo, Eugenia	62TL 72TL	Calix, Flory	83TL
Argeñal, Hilda	100C	Calix, Iris	103C
Argueta, Juan	80TL 81TL	Canales, Caridad	112TL 117TL
Argüelles, Iris	140TL	Cantillano, Edwin	63TL
Arias, Katherine	130TL	Carbajal, Andrea	29TL 108TL 109TL
Arita, Luis	61C 73TL		141TL
Arita, Reinaldo	81C	Cárcamo, Wendy	96C 99C
Avila, Alejandro	102TL	Cardona, Alex	118TL
Avilés, José	74TL	Carménate, Lino	140TL
Avilés, Sharon	87TL	Carranza, Eliar	21C
Ballester, Etni	24TL	Castellon, Laura	126TL
Banegas, Linda	59TL	Castillo, Carmen	145TL
Banegas, Marcela	53TL	Castillo, Christian	49TL
Banegas, Omar	24C	Castillo, Otsare	114TL
Banegas, Rocío	121C	Castro, Glenda	9TL
Barahona, Eimy	124TL	Castro, Nishme	84TL 85TL
Barahona, Jhony	138TL	Cedeño, Yasmany	84TL 85TL
Barahona, Sindy	113TL	Cerna, Alicia	95TL
Bardales, Gladys	100TL	Cerna, Raúl	138TL
		Cerrato, Alicia	25C 27C

Autor	TL / C	Autor	TL / C
Cerrato, Victoria	44TL	Estrada, Marlon	134C
Chang, Karen	142C	Euceda, Kathy	130TL
Chavarria, Jose	80TL	Fajardo, Marco	120C
Chavarria, José	34TL	Falck, Cinthia	19C
Chavarría, José	81TL	Fasch, Roberto	48C
Chávez, Catherine	114TL	Ferez, Juan	36C
Chávez, Génesis	7TL 82TL 86TL 123TL 131TL	Fernandez, Luis	143TL
Chinchilla, Daniel	41C	Fernández, Alejandro	21TL 121TL
Chinchilla, Josué	93TL 94TL 95TL	Fernández, Andrea	21TL 121TL
Chinchilla, Katherine	54TL	Fernández, Marlon	21TL 121TL 91C
Chinchilla, Sara	42C 126C	Ferrufino, Gamaliel	71TL
Chiuz, Hallan	24TL	Figueora, Jaqueline	27TL
Coello, Ámbar	1TL	Figueroa, Julian	5TL
Colindres, Gustavo	98TL	Figueroa, Julio	128TL
Contreras, Raysa	15TL 18TL	Florentino, Edgar	108C
Copeland, William	37TL	Flores, Brigitte	59TL
Corado, Andrea	59TL 70TL	Flores, Fausto	78TL
Corrales, Andrea	87TL	Flores, Linda	16TL 17TL
Craenotis, Juan	143C	Flores, Paola	73TL
Crespín, Miguel	31C 34C	Flores, Rene	91TL
Cruz, Francisco	48TL	Fuentes, Anna	112TL
Cruz, Marlen	12C 125C	Fuentes, Claudia	67TL
Cueva, José	3TL	Fuentes, Zaily	151TL
Dale, Adam	46TL	Funes, Sergio	132TL
Degrandes, Bayron	5TL 45TL 101TL 102TL 143TL 144TL	Fúnez, Álvaro	69C
Deras, Luz	80C	Funez, Víctor	129TL
Díaz, Carol	94C	Galeano, Raúl	3C
Díaz, Jorge	15C 70TL 117TL	Galeas, Borlin	100TL
Díaz, José	96TL	Galeas, Mélida	14C
Díaz, Oscar	116TL	Galeas, Norma	100TL
Díaz, Victoria	29TL	Galeas, Rubén	16C
Discua, Valeria	24TL	Galindo, Medardo	128TL
Díaz, Victoria	51TL 115TL 117TL	Gamez, Carlos	123C
Dubón, Sofía	11C	García, Carlos	41TL 65TL 72TL 84C
Echeto, María	43C	García, Elias	146TL
Egas, María	37C	García, Fernando	100TL
Elvir, Patricia	131C	García, José	112C 114C
Enamorado, Angela	29C	García, Mónica	97C 102C 104C
Enamorado, Maydi	33TL	García, Olga	79C
Erazo, Karen	12TL 13TL 89TL 89C	Girón, Luis	74TL
Escoto, Karel	126TL 132TL	Girón, Marlon	144TL
Escoto, Karen	14TL	Godoy, Celenia	92C
Escoto, Nora	55TL	Gómez, Alex	46C
Escoto, Valeria	33TL	Gómez, Annie	55TL
Espinoza, Carlos	44C 45C	Gómez, Carlos	83TL
Espinoza, Manuel	71C	Gómez, Dalio	51C
Estrada, Harlis	9TL	Gómez, José	52C 140C
Estrada, María	90TL	Gómez, Vilma	2TL 4TL 42TL 51TL 97TL 98TL 115TL 122TL

Autor	TL / C
Gonzáles, Andrés	86C
Gonzales, Natalia	22TL
Gonzales, René	24TL
González, Marcela	54TL
González, Miriam	55TL 106TL
Goyenechea, Francisco	84TL 85TL
Guardado, Gabriela	62TL
Guevara, Carlos	44TL 51TL
Gutierrez, Emy	8C
Gutiérrez, Isaí	113C
Guzmán, Jessy	105TL
Ham, Kinto	81TL
Ham, Laura	1TL
Henríquez, Dulce	77TL
Henríquez, Génesis	132C
Henríquez, Juan	16TL 58TL
Hernández, Víctor	37TL
Hernández, Angel	84TL 85TL
Hernández, Ivania	17C 93TL 94TL
Hernández, Pastora	107C
Herrera, Félix	24TL
Herrera, María	58C
Herrera, Oscar	32C
Iraheta, Edgardo	34TL
Izaguirre, Allan	23TL
Izaguirre, Carlos	47C
Jaar, Juan	30C 98C
Jaco, Joshua	40TL 137TL
Jáuregui, Walter	87TL
Jimenez, Isela	106TL
Jovel, Iván	38C
Kattán, Astor	105C
Kattan, Ingrid	62TL
Khan, Fawad	4C
Lagos, Javier	122TL
Lainez, Kevin	3TL 10TL 28TL 52TL 103TL
Lambur, Cindy	33TL
Lang, Trudie	46TL
Lara, Alejandra	19TL 22TL 125TL
Lara, Glendi	112TL
Leiva, Daniel	48TL 96TL
Leiva, José	150TL
Leiva, Marlene	1TL
Leversedge, Fraser	139TL
Licon, Kenssy	128TL
Licon, Tania	128TL
Lima, Jorge	2TL
Livio, Tito	60C

Autor	TL / C
Lizama, Marlon	11TL 75TL
López, Ada	104TL
López, Darwin	149C
López, Gladys	113TL
López, Maynor	99TL
López, Roberto	10C
López, Rolando	138C
Madrid, Anuar	113TL
Madrid, Cinthia	4TL 25TL 82TL 86TL 107TL 131TL 135TL
Madrid, Wilmer	14TL 41TL
Maldonado, Carlos	43TL
Maldonado, Dylan	150TL
Maldonado, Jenny	6C
Maldonado, José	3TL 52TL 77TL
Maldonado, Manuel	127C 128C
Manzanares, Sebastián	111TL
Maradiaga, Bryain	46TL
Maradiaga, Edna	136TL
Maradiaga, Fabricio	36TL
Maradiaga, Jorge	47TL
Marie, Giovanni	32TL
Marie, Giovannie	58TL 23C
Marie, Jennifer	130TL
Marriaga, Isaac	44TL
Martel, Benilda	104TL
Martinez, Daniela	68TL
Martínez, Enrique	66C
Martínez, Belkis	66TL
Martínez, Karen	126TL
Martínez, Pedro	7C
Martínez, Roxana	142TL 20TL 22TL 87C
Mata, Jose	123TL
Medina, Carlos	53C 54C
Medina, Frederick	76TL
Medina, Marco	76C
Medina, Rennie	148TL 149TL 57TL
Mejia, Isabel	43TL
Mejía, Carlos	126TL
Mejía, Gabriela	41TL
Mejía, Juan	7TL 131TL 82TL 86TL
Mejía, Sayda	79TL
Melgar, Carlos	2TL 4TL 42TL 97TL 98TL
Melgar, Moises	13C
Mencia, Emma	141TL
Mendoza, Daniel	132TL
Mendoza, Hector	132TL
Mendoza, Siham	9C

Autor	TL / C
Milla, Sara	8TL 127TL
Minueza, Thomas	114TL 147TL 73TL
Minueza, Thomás	139TL
Molinero, Isaac	5C
Moncada, Federico	140TL
Mondragón, José	128TL
Montes, Santos	1TL
Montoya, Sergio	50C
Moran, Javier	37TL
Moreno, Elton	114TL
Morotti, Denise	68TL
Munguía, Carlos	24TL
Muñoz, Gabriela	40C
Murcia, Johan	137TL
Muñoz, Edgardo	108TL
Muñoz, Natalia	150TL
Napky, Bader	146C
Nolasco, Katlheen	6TL 122TL 123TL
	36TL
Nolasco, Lourdes	49TL
Norris, Martha	137TL 40TL
Ochoa, Fernando	24TL
Ochoa, Gineth	102TL
Olsen, Thor	32TL
Ordoñez, Ana	76TL
Ordoñez, José	146TL
Ordoñez, Juan	38TL 92TL
Ordoñez, Manuel	118C
Ordoñez, Rosa	128TL
Orellana, Mauricio	26TL
Ortega, Alejandro	145C
Ortega, Diego	134TL
Ortega, Jorge	134TL
Ortega, Julio	18C
Ortega, Roger	57C
Ortiz, Carlo	116TL
Osorio, Jorge	20C
Oviedo, Guillermo	136TL
Padilla, Joshua	84TL 85TL
Pagoada, Josue	25TL
Palacios, Dairy	146TL
Palau, Ricardo	26C 35C
Palma, Luisa	141C
Panameño, Oscar	111C
Pavón, Rocío	153TL
Paz, Juan	109TL 117TL 141TL
	83TL
Paz, Lorenzo	116TL
Paz, Zahory	10TL 103TL 28TL

Autor	TL / C
Pazzetti, Daniel	39C
Peralta, Diana	137C
Perdomo, Eduardo	8TL 127TL 50TL
Pieneda, Sharon	118TL
Pineda, Andrés	24TL
Pineda, Gonzalo	55C
Pineda, Maryury	144C
Pineda, Misael	90C
Pineda, Sharon	44TL
Pinto, Mario	68TL
Ponce, Aldo	73C
Ponce, Oscar	85C
Ponce Barahona, Oscar	148C
Portillo, Andres	117TL
Portillo, Carlos	108TL 141TL 29TL
Portillo, Silvia	53TL 93TL 94TL 95TL
Portillo, Stephany	54TL
Portillo, Vilma	53TL 93TL 94TL 95TL
Pérez, María	24TL
PSI	62C
Puerto, Gina	124C
Quesada, Ovidio	69TL
Quiñonez, Marco	108TL 141TL 29TL
Ramirez, Ileana	75TL
Ramirez, Jose	88TL
Ramos, Benilda	56TL
Ramos, Hector	27TL
Ramírez, Belkis	24TL
Ramírez, Diana	88C
Ramírez, Eunice	75C
Ramírez, José	48TL
Ramírez, Luis	93TL 94TL 95TL
Ramírez, Marcia	65TL
Ramírez, Mario	95C 101C
Rápalo, Heidy	67C 68C
Reyes, Alejandra	53TL 93TL 94TL 95TL
Reyes, Ingrid	125TL
Rivacoba, Annia	151TL
Rivas, Ricardo	28C 106C
Rivera, Daniela	54TL
Rivera, Ela	136TL
Rivera, Gabriela	19TL
Rivera, Shery	146TL
Rivera, Tatiana	77C
Rocha, Manuel	70C
Rodas, Andrea	74TL
Rodas, Scarlet	111TL
Rodriguez, Katherine	70TL

Autor	TL / C
Rodriguez, Luis	111TL
Rodríguez, Denis	10TL 103TL 28TL
Rodríguez, Gabriel	90TL
Rodríguez, Karen	93C
Rodríguez, Luis	136C
Rodríguez, Marvin	151TL 152TL 27TL
Rodríguez, Mónica	112TL
Rojas, Diego	80TL 81TL
Romero, Carla	34TL
Romero, Luis	110TL
Rosales, Mario	33C
Rubio, Miguel	115TL 29TL 51TL
Rubí, José	138TL
Ruiz, Nicolle	35TL
Rápalo, Diego	24TL
Sabio, Óscar Castejón Cesar	47TL
Sahury, Sara	9TL 124TL 129TL
Salgado, Fabiola	4TL
Salgado, Genevieve	24TL
Salgado, Raquel	10TL
Salgado, Rocío	2TL 42TL 97TL 98TL
Salguero, Sara	50TL
Salinas, Iván	139C
Sandoval, María	137TL
Sandoval, Nelly	104TL 55TL 56TL
Santos, Karen	148TL 149TL 57TL
Santos, Rene	6TL 36TL
Santos, René	118TL
Santos, Ólman	143TL
Segura, Dulce	2TL 40TL
Serrano, Carol	31TL
Sierra, José	136TL
Sierra, Leonardo	136TL
Sierra, Manuel	130TL 153TL 24TL
Sociedad de Endocrinología	129C
Sociedad de Gastroenterología	64C
Sociedad de Hipertensión Arterial	130C
Sociedad de Oncología	63C
Sociedad de Ortopedia	135C
Soler, Omar	109C
Somoza, César	72C
Soriano, Elvia	76TL
Sosa, Oscar	130TL
Sosa, Suyapa	105TL
Soto, Maria	80TL
Stayerman, Celina	51TL
Suazo, Jorge	53TL 93TL 94TL 95TL
Suazo, Omar	147TL

Autor	TL / C
Sánchez, Isaira	64TL
Torres, Allan	59C
Torres, Gabriela	147TL
Torres, Maira	5TL 10TL 28TL 101TL 102TL 103TL
Tróchez, Maureen	90TL
Turcios, Diego	111TL
Turcios, Vilma	105TL
Umanzor, Daysi	30TL
Umaña, Blanca	122C
Umaña, Josué	65C 93TL 94TL
Valerio, Jaan	87TL
Valladares, Josué	24TL
Valladares, Larisa	101TL
Valladares, Larissa	143TL
Valladares, Milicent	40TL
Valladares, Rubén	68TL
Valle, Juan	115TL
Valle, Seheji	1TL
Valles, Juan	51TL
Vaquero, Rodrigo	79TL
Varela, Diana	124TL 129TL
Varona, Yusnier	151TL
Vásquez, Osly	115C 116C
Velásquez, Angel	110C
Velásquez, César	99TL
Velásquez, Mario	77TL
Ventura, Alejandra	49TL
Ventura, Ana	42TL
Ventura, Jorge	37TL
Verde, Jazmina	97TL
Videa, Elvin	54TL
Villacorta, Jorge	14TL
Villalobos, Karin	1C 135TL 137TL
Villeda, Susely	56TL 57TL 148TL
Villeda, Walter	6TL
Vásquez, Marcelo	24TL
Vásquez, Perla	149TL
Williams, Cindy	80TL 81TL
Yáñez, Erik	105TL
Young, Alejandro	133C
Zablah, Jenny	39TL
Zavala, Mauricio	26TL
Zeeshan, Salvia	46TL
Zelaya, Raúl	53TL 93TL 94TL 95TL
Zelaya, Suiyen	120TL
Zúniga, Carol	17TL 60TL 61TL 83C

INFORMACIÓN DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL

TELA, ATLÁNTIDA 2026

Tema Central: Innovando la Medicina con evidencia, diseñando la salud del mañana

Homenaje a:

Dra. Itza Suyapa Acosta Schrunder

Comité Organizador:

Presidente: Dra. Rosalina Dubon Ramos
Secretaria: Dra. Linda Elizabeth Molina Murillo
Tesorero: Dr. Ricardo José Barrientos Barrientos

Comité Científico

Dr. Lenin Paz (Coordinador)
Dra. Isis Sarahi George Guzmán (Coordinadora)
Dra. Karin Villalobos
Dr. Julio Alberto Perez
Dra. Zeida Gissela Aguirre
Dr. Roberto Alonso Garcia
Dr. Gabriel Arnulfo Lazo
Dra. Dioxana Catalina Lopez
Dra. Gina Marisela Robinson
Dra. Lylian Karina Lozano
Dra. Milixsa Dixiana Ordoñez
Dr. Oscar Ivan Salinas (Pend)
Dr. Anward Fabian Mejia Taylor

Comité Social y Cultural

Dra Fabiola Fabiola Cárdenas Damas (coordinadora)
Dr. Edwin Edmin Rodríguez Calderón (coordinador)
Dra. Ana Gabriela Alberty
Dra. Josseline Carolina Fuentes
Dr. Ivan Elias Portillo Avila
Dra. Belkis Elizabeth Mendez
Dra. Paola Giselle Sabillon
Dra. Kelly Yoselin Lopez Andino
Dra. Greysi Paola Flores
Dra. Karen Julissa Hernandez
Dr. Juan David Sabillon
Dr. Kevin Enrique Alvarez
Dra. Marta Rocio Madrid

Comité de Logística

Dr. Carlos Alberto Hernández (Coordinador)
Dra. Maria Gladis Menjivar (Coordinadora)
Dr. Kevin Javier Lopez
Dra. Lurvin Mariana Viera
Dra. Evelyn Janine Ortez
Dra. Norma Janine Echeverria
Dra. Kenia Osiris Cortes
Dra. Estella Larissa Echeverria
Dra. Jeissy Elizabeth Alvarenga
Dr. Fernando Medina Herrera

Comité de Publicidad y Propaganda

Dr. Joel Vargas Roriguez (Coordinador)
Dr. Pedro MiguelAngel Barahona (Coordinador)
Dra. Maria Menjivar
Dr. Jorge Cuellar
Dr. Jimmy Aguilar
Dra. Heydy Young
Dra. Nataly Martinez
Dra. Andrea Jimenez

LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

PATROCINADORES



LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

PATROCINADORES



OCHSNER • FINLAY • GSK • PAILL • KARNELL • NEW PORT • GUTIS • MC
• ULTIMATE • ANALIZA • LABORATORIO BENESSI • CATALYSIS • MEYKO
• EXPOMED • AGENCIA MATAMOROS • LABORATORIO BUESO ARIAS • FARMACIA
KIELSA • OIMAS • ABBOTT • FARDEL • CASBIENESRAICES • BENDAÑA
• NESTLÉ • SENOSIAN.

PREPARACIÓN DE RESÚMENES (CONFERENCIAS Y TRABAJOS LIBRES) DEL CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2026 PARA SER INCLUIDOS EN EL SUPLEMENTO DE LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

Lea las instrucciones antes de completar el Resumen y revise ejemplos publicados en los números de la Revista Médica Hondureña de los años 2024 y 2025, 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 enero 2025). Enviar el resumen al correo electrónico proporcionado por el Comité Organizador. Fecha límite de recepción: 09 de marzo de 2026.

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).
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.
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.

A continuación, se describe brevemente cada categoría:

Trabajo Libre Científico: Texto dividido en los siguientes subtítulos de forma continua: Introducción, Objetivo, Métodos, Resultados y Discusión.

Trabajo Libre Clínico: Texto dividido en los siguientes subtítulos de forma continua: Introducción, Descripción del caso o casos clínicos (criterios clínicos, epidemiológicos, laboratorio, manejo y desenlace), Conclusión.

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

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

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

9. 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.
10. Se premiarán los primeros lugares por cada categoría (a definir cuantos lugares) de forma separada entre los trabajos libres de presentación oral o cartel.
11. Los autores deben declarar los conflictos de interés en relación con el trabajo libre que se está sometiendo, de acuerdo al formato proporcionado.
12. 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.

INFORMACIÓN GENERAL DE LOS TRABAJOS LIBRES Y CONFERENCIAS

Envío del resumen: según instrucciones del Comité Organizador

Fecha límite de recepción: 09 de marzo 2026

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

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

☐ Trabajo Libre Científico

☐ Trabajo Libre Clínico

☐ Trabajo Libre Experiencia

☐ Conferencia

TÍTULO DEL TRABAJO O CONFERENCIA

DATOS DEL O LOS (AS) AUTORES

Nombre

Grado académico

Afiliación institucional, ciudad, país

DATOS DEL EXPOSITOR

Nombre completo

Correo electrónico

Teléfono fijo y móvil

Grado académico

Afiliación institucional, ciudad, país

DIRECTRICES PARA EL ENVÍO DE RESÚMENES CIENTÍFICOS DEL COMENAC A LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

TRABAJO LIBRE CIENTÍFICO

Encabezado: Título, nombre de autor(es), instituciones (según jerarquía de mayor a menor), ciudad, país.

Cuerpo del resumen: Introducción, Objetivo, Métodos, Resultados y Discusión.

TRABAJO LIBRE CLÍNICO

Encabezado: Título, nombre de autor(es), instituciones (según jerarquía de mayor a menor), ciudad, país.

Cuerpo del resumen: Introducción, Objetivo, Métodos, Resultados y Conclusión.

TRABAJO LIBRE EXPERIENCIA

Encabezado: Título, nombre de autor(es), instituciones (según jerarquía de mayor a menor), ciudad, país.

Cuerpo del resumen: Introducción, Descripción de la experiencia y Lecciones aprendidas.

CONFERENCIA

Encabezado: Título, nombre de autor(es), instituciones (según jerarquía de mayor a menor), ciudad, país.

Cuerpo del resumen: texto no estructurado o sea sin subtítulos, debe incluir la información relevante que se presentará en la conferencia.

El cuerpo del resumen no debe exceder de 300 palabras.

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 CONFLICTOS:

- **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)

- **Título del Resumen, Autores e Instituciones**
- Conflictos de interés identificados de acuerdo a la categoría (describa los vínculos e intereses. Si no tiene intereses, escriba ninguno).
- **¿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: _____

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

INFORMACIÓN GENERAL E INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

Junio 2025

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/>). La revista es de acceso abierto (open access, OA), lo que significa que el acceso a los artículos es gratuito y no se cobran tarifas por el procesamiento de los manuscritos. 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, Dimensions, 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 metaanálisis, entre otros. 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 innovadores y experiencias relevantes. Secciones: Introducción, Métodos, Resultados y Discusión (IMRYD). Las secciones de la experiencia: Introducción, Descripción de la experiencia y Lecciones aprendidas. 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. Secciones: Introducción, Descripción del caso o casos clínicos y Conclusión. 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 con el 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 autor 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 con el 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 con el 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 con el 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 autores. 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 consideran apropiadas a la misión y visión de la Revista.

1.2.14 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.

1.2.15 Anuncios

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

1.2.16 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 deben hacer constar antes de presentar la solicitud a la autoridades correspondientes.

1.3 ESTÁNDARES DE PUBLICACIÓN

La Revista Médica Hondureña se apeg 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 apeg 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 abril 2025).

1.3.2 Red EQUATOR

Los artículos presentados deberán apegarse 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 con el 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 en 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 Disseminación, 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 con el 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 con 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. O abierta si el revisor par a si lo prefiere.

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 (titulillo) de un máximo de 5 palabras. El titulillo 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: Introducción, Objetivo, Métodos, Resultados y Discusión. El resumen de los artículos de caso clínico se divide en Introducción, 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 introducción, propósito, métodos, aspectos relevantes, conclusión, dependiendo de lo que aplica al tipo de artículo. En inglés: ABSTRACT. Artículo original: Introduction, Objective, Methods, Results, Discussion. Artículo caso clínico: Introduction, 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 indización 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 esta. 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 con 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/7x2ylm/>.

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 ampliada 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, Pfaffler 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 suscripción.

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

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.

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

GENERAL INFORMATION AND INSTRUCTIONS FOR MANUSCRIPT SUBMISSION

June 2025

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/>)). The journal is open access (OA), which means that access to the articles is free and no fees are charged for manuscript processing. 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, Dimensions, 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. Sections: Introduction, Methods, Results and Discussion (IMRaD). 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

Presents preliminary results of research on innovative topics and relevant experiences. Sections: Introduction, Methods, Results and Discussion (IMRYD). The sections of the experience: Introduction, Description of the experience and Lessons learned. 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. Sections: Introduction, Description of the clinical case(s), and Conclusion. 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.

1.2.14 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.

1.2.15 Announcements

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

1.2.16 Supplements

These are issues on specific topics that appear as separate issues within a volume, with sequential numbering. Their length should 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 before submitting the application to the corresponding authorities.

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 April 2025).

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. Or open if the reviewer prefers.

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: Introduction, Objective, Methods, Results and Discussion. The abstract for clinical case articles is divided into Introduction, 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 Introduction, purpose, methods, relevant aspects,

conclusion, depending on what applies to the type of article. In English: Abstract. Original article: Introduction, Objective, Methods, Results, Discussion. Clinical case article: Introduction, 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/7x2ylm/>.

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. 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 committee 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.



LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL

Dr. Feizal Joaquín Selman-Housein López

SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

Del 9 al 12 de julio del 2025