

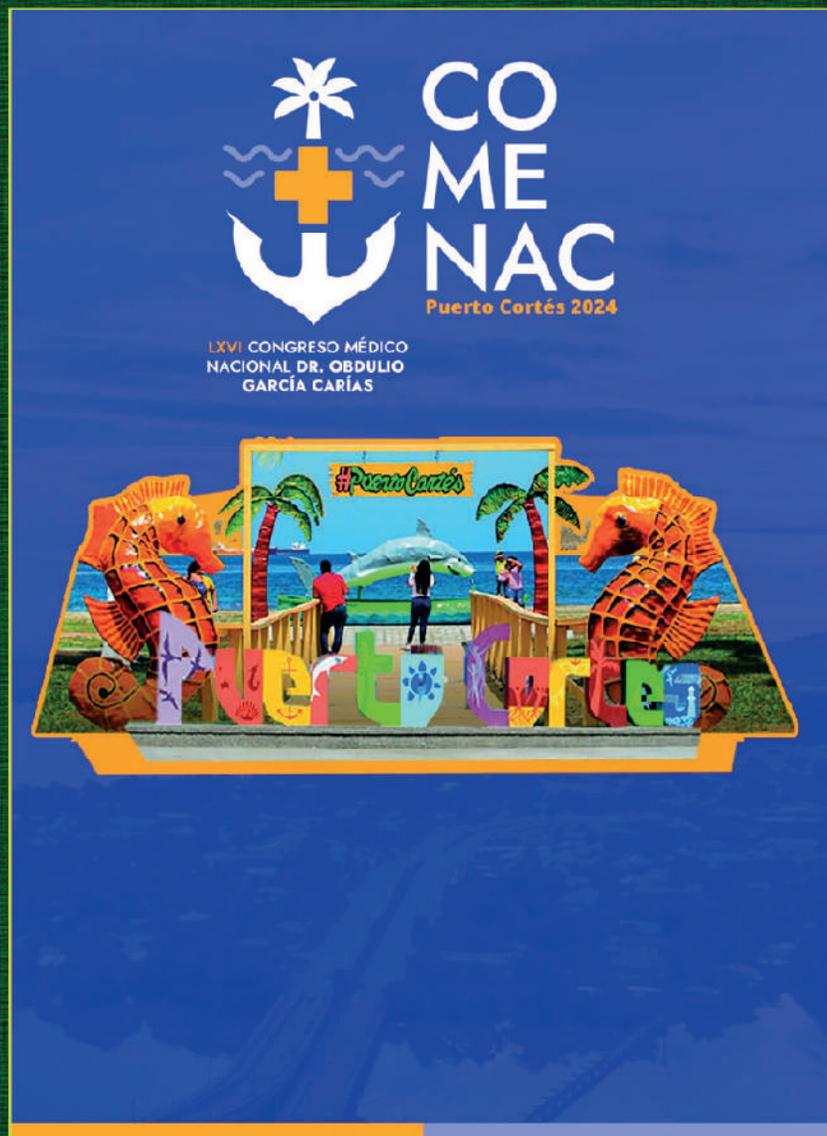


Órgano oficial de difusión
y comunicación científica
del Colegio Médico de Honduras

Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112
ISSN 1995-7068

Vol. 92 (Suplemento No. 1)
2024 pp. S1-98



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. 92 (Suplemento No. 1)
2024 pp. S1-98

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

La Revista Médica Hondureña es el órgano oficial de difusión y comunicación científica del Colegio Médico de Honduras. Fomenta y apoya la investigación científica y la educación médica continua, especialmente del gremio médico nacional. Su publicación es semestral, se apega 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, AmelCA, 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	Helga Codina, Reumatóloga
Carlos A. Fortín M., Ortopeda y Traumatólogo	Martha Cecilia García, Doctora en Química y Farmacia
Marco T. Luque, Pediatra Infectólogo	Enma Molina, Fisiatra
Gustavo Moncada, Cardiólogo Intervencionista	Fanny Jamileth Navas, Cirujana
César Ponce, Endocrinólogo	Edith Rodríguez, Médica Epidemióloga
Gissela Vallecillo, Gineco-Obstetra	Diana Varela, Internista Infectóloga

EDITORES INTERNACIONALES

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

CONSEJO EDITORIAL 2022-2025

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; Servicio de Emergencia, Instituto Nacional Cardiopulmonar; 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.
norarmendez@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.
yanethavilacarranza@gmail.com

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

LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL

Dr. Obdulio García Carías

FORTALEZAS Y DESAFÍOS DE LA MEDICINA EN LA ERA POST PANDEMIA

PROGRAMA CIENTÍFICO Y RESÚMENES

Puerto Cortés, Cortés
10 al 13 de julio 2024

CONTENIDO

ORGANIZACIÓN DEL CONGRESO

Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras 2024-2026	7
Comité Organizador del LXVI Congreso Médico Nacional.....	8
Comité Científico del LXVI Congreso Médico Nacional	9

BIENVENIDA E INAUGURACIÓN

Mensaje del Secretario de Asuntos Educativos y Culturales del Colegio Médico de Honduras	10
Mensaje de bienvenida del Presidente del Comité Organizador.....	11
Mensaje de bienvenida del Coordinador del Comité Científico.....	12
Palabras de inauguración del Presidente del Colegio Médico de Honduras	13
Reseña biográfica del Dr. Obdulio García Carías	14

PROGRAMA CIENTÍFICO

Curso Precongreso Ética Médica	15
Curso Precongreso Taller de Recursos de Información de Salud.....	16
Curso Precongreso Taller de Escritura y Publicación de Artículos Científicos	18
Curso Precongreso Taller de Espirometría y Uso de Dispositivos de Inhalación.....	19
Curso Precongreso Taller de Insulinas.....	20
Programa Científico del Congreso Médico.....	21

CEREMONIA INAUGURAL

33

RESÚMENES

Resúmenes de Conferencias Magistrales.....	34
Resúmenes de Trabajos Libres (TL)	64

ÍNDICE DE AUTOR.....

74

INFORMACIÓN SOBRE LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2025.....

76

PATROCINADORES.....

77

Instrucciones para la preparación de resúmenes (Conferencias y Trabajos Libres) del Congreso Médico Nacional 2025 para ser incluidos en el Suplemento de la Revista Médica Hondureña.....

78

INSTRUCCIONES PARA AUTORES 2025.....

82

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS 2025

90

**LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024**

**COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
JUNTA DIRECTIVA, PERÍODO 2024-2026**



De izquierda a derecha:

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. Ingrid Urbina Hollmann | Fiscal |
| 2. Víctor Gerardo Castejón | Secretaría de Acción Social y Laboral |
| 3. Tirzo Israel Godoy Torres | Secretaría de Asuntos Educativos y Culturales |
| 4. Sayda Lizeth Pejuán Uclés | Vocalía |
| 5. Samuel Francisco Santos | Presidencia |
| 6. Elena Ninoska Reyes Flores | Secretaría de Finanzas |
| 7. Haroldo Arturo López García | Vice-Presidencia |
| 8. Xaviera Alexa Caballero | Secretaría de Actas y Correspondencia |
| 9. Isaí Gutiérrez Andino | Secretaría de Colegiaciones |

LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024

COMITÉ ORGANIZADOR



De izquierda a derecha:

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| 1. Dra. Glirian García | Presidenta Comité Social |
| 2. Dra. Kenia Mendieta | Presidenta Comité Logística |
| 3. Dr. Guillermo Salinas | Presidente del COMENAC |
| 4. Dra. Dora Vega | Presidenta Comité de Publicidad |
| 5. Dr. Carlos Morales | Presidente Comité Científico |
| 6. Dra. Kathia García | Secretaria |
| 7. Dra. Iveth Arzú | Tesorera |

LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024

COMITÉ CIENTÍFICO



De izquierda a derecha

1. Dr. Carlos Morales (Coordinador)
2. Dr. Ricardo Castro
3. Dra. Claudia Gutiérrez
4. Dr. Marco Aurelio Matamoros
5. Dra. Hariana Solórzano
6. Dr. Christian Moisés Toledo
7. Dr. Gaspar Rodríguez
8. Dra. Keren Serrano
9. Dr. Roberto Valenzuela

LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024

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



Respetables Colegas:

El Centro Nacional de Educación Médica Continua se honra en brindarles la más cordial bienvenida al LXVI Congreso Médico Nacional. Magno evento, cúspide de la educación médica continua a nivel nacional, cuyo lema este año es: “Fortalezas y Desafíos de la medicina en la era post pandemia” realizado en la turística ciudad de Puerto Cortés en homenaje en esta ocasión al prestigiado Dr. Obdulio García Carías (Q.D.D.G).

El Congreso Médico Nacional (COMENAC) es nuestro evento científico más importante como Colegio Médico de Honduras, reuniendo un prestigiado grupo de ponentes nacionales e internacionales, con temáticas actualizadas y del más alto nivel educativo y una vitrina para la divulgación de artículos de revisión y estudios de interés médico.

Este evento cuenta con un florido programa científico, resaltado por cursos precongreso, conferencias magistrales, trabajos libres y debates con destacados profesionales nacionales e internacionales en el campo de la salud.

Agradezco al Comité Organizador conformado por los doctores: Guillermo Alberto Salinas Inestroza, Iveth Jarely Arzú Sandoval, Kathia Joaquina García Martínez, Kenia Yolibeth Mendieta Bustillo, Dora Argelia Vega, Glirian Janeth García Martínez y Carlos Lizandro Morales Silva, además del aporte valioso del Comité Editorial de la Revista Médica Hondureña y los comités asociados que enaltecen este evento.

Mi mayor respeto y gratitud a cada ponente, reconociendo el esfuerzo en todo lo que implica la preparación de los temas expuestos, mismos que hacen la diferencia, elevando más este Congreso.

El reto es cada año ser un ejemplo en educación médica continua, de calidad y a la vanguardia de los cambios en la medicina actual.

Dr. Tirzo Israel Godoy Torres

Secretario de Asuntos Educativos y Culturales
Colegio Médico de Honduras

LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024

MENSAJE DE BIENVENIDA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR



Queridos colegas:

Han pasado 11 años desde la última vez que se realizó el evento científico más grande de nuestro país en la ciudad de Puerto Cortés el “COMENAC 2013”. Es un placer y un orgullo formar parte del Comité Organizador y tomar el reto de realizar dicho evento en nuestra bella ciudad de Puerto Cortés el LXVI Congreso Médico Nacional 2024; evento al cual invitamos a todo el gremio médico y de la salud a formar parte de esta fiesta de conocimiento científico.

Tomando en cuenta la participación de múltiples exponentes del ámbito nacional e internacional que nos compartirán conocimiento fresco y actualizado de mucha importancia para el desenvolvimiento científico de nuestro evento.

Desde el 2013 hasta el presente la medicina ha dado un vuelco importante con muchísimos avances científicos, pasando desde una pandemia de la cual nos dejó una nueva forma de ver la medicina con una gran cantidad de aportes y conocimientos en el diagnóstico de nuevas enfermedades, razón por la cual nuestro congreso llevará por tema central “Fortalezas y desafíos de la medicina en la era post pandemia”.

De la misma manera hacemos reconocimiento a un gran médico quien dio su vida al igual que otros colegas que se entregan arduamente a su profesión sin importar los riesgos en la cual a veces nos sometemos los médicos; al Dr. Obdulio García (Q.D.D.G.), un gran maestro, un gran amigo, un gran ser humano; muy dedicado a su profesión, a quien le debemos en gran parte la realización de dicho evento.

Nos satisface de tal manera recibirlos en nuestra ciudad y compartir aparte del conocimiento científico, un sinnúmero de actividades de recreación cultural, nuestra gastronomía, turismo, la calidez de nuestra gente; y así hacer de nuestro COMENAC 2024 un evento que deje huella en nuestra memoria y corazones acercando y uniendo más al excelentísimo gremio médico.

Les esperamos en el LXVI Congreso Médico Nacional.

Dr. Guillermo Alberto Salinas
Presidente
Congreso Médico Nacional 2024

LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024

MENSAJE DE BIENVENIDA DEL COORDINADOR DEL COMITÉ CIENTÍFICO

Estimados colegas:

Es un gran placer dirigirme a ustedes para darles una cordial bienvenida a nuestro LXVI Congreso Médico Nacional 2024, que se realizará en nuestra ciudad de Puerto Cortés, el cual lleva por nombre “Fortalezas y desafíos de la medicina en la era post pandemia” dedicado al Dr. Obdulio García, médico que dejó huella en nuestra ciudad.

Hemos preparado este evento con un temario atractivo para los asistentes, además de presentar trabajos libres producto del interés y esfuerzo de colegas que mantienen el deseo de investigar.

Queremos que su estadía en este puerto sea agradable, que disfruten de sus alrededores, su cultura y la gastronomía que nos caracteriza. Agradezco el apoyo recibido por los colegas al confiar en mi persona y tomar la responsabilidad para enaltecer a nuestro gremio.

Dr. Carlos Morales

Coordinador del Comité Científico



LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024

PALABRAS DE INAUGURACIÓN DEL PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

Saludos colegas de Honduras en especial a mis compañeros de la Junta Directiva Central del Colegio Médico de Honduras y a los colegas del Comité Organizador de este LXVI Congreso Médico Nacional, que hoy nos honra con el nombre de un gran médico y ser humano, compañero y amigo entrañable; Dr. Obdulio García, para él todo nuestro cariño y aprecio hasta el cielo donde nuestro Padre Celestial lo tiene en un lugar especial, hoy hacemos realidad tu sueño querido Lulo, realizar el COMENAC en tu ciudad, Puerto Cortés, celebramos tu vida con este magno evento.

La comunidad médica del mundo entero se enfrenta a grandes retos en post pandemia, porque muchos cimientos que creíamos pilares indestructibles fueron debilitados en estos oscuros días en que la humanidad se conmocionó ante tal desastre, causante de millones de muertes. Pero también fuimos testigos como se llegó a romper hasta hace poco tiempo la insustituible relación médico/paciente, para convertirse en una relación; prestador de servicio de salud/cliente, con lo que se aceleró la degradación de acto médico y la importancia de la dolencia del paciente se convirtió en una estadística más, pudiendo incluso evitarse el contacto directo entre ambos por la virtualidad limitada debido a la distancia y el tiempo, lo que devalúa la anamnesis y como consecuencia lógica, el diagnóstico y el tratamiento.



También fue víctima de la pandemia otro de nuestros pilares: la medicina basada en la evidencia, cambiando de la noche a la mañana la medicina basada en ocurrencia, sin trabajos de investigación serios sometidos a la rigurosidad del método científico, lo que nos llevó a la aparición de múltiples “tratamientos” con siglas de acuerdo a la ocurrencia de turno, dejando a la población en un estado de miedo por la poca seriedad mostrada por la comunidad médica que retrocedió un siglo en su capacidad investigativa y su doctrina de medicina basada en la evidencia. De tal manera que nuestro reto fundamental, es rescatar la relación médico paciente con la presencialidad y el antiguo arte de interrogar, auscultar, palpar y diagnosticar al paciente para que vuelva este último a sentirse un ser bio-psico-social y no un número en las estadísticas oficiales. Y retomar la seriedad del acto médico practicando una medicina responsable, seria y científica, rigurosa y verificable.

Esperamos que este y los próximos congresos médicos sean una herramienta útil para médicos, y permita rescatar esos dos pilares fundamentales que por ahora están debilitados, pero no destruidos.

Deseamos que sea para todos ustedes de mucho provecho este magno evento científico y nos reencontremos en las diferentes actividades sociales que nos tienen preparados nuestros colegas del Comité Organizador de este LXVI Congreso Médico Nacional. Saludos a todos en nombre del Colegio Médico de Honduras.

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

LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024

RESEÑA BIOGRÁFICA DEL DR. OBDULIO GARCÍA CARÍAS



El Dr. Obdulio García Carías (Q.D.D.G.), nació en la ciudad de Puerto Cortés el 10 de junio de 1964, hijo del Sr. Obdulio García Castro y la Sra. Mercedes Carías Milla. Contrajo matrimonio con la Dra. Liliam Yadira Valladares Barahona en 1989 en Puerto Cortés, de este matrimonio procreó tres hijas: Mercedes, Ana y Karen, sus nietos Joseph, María José y César Obdulio.

Cursó su educación primaria en la Escuela Rubén Alvarado Peña y Benigno Augusto Estrada y su secundaria en el Instituto Franklin Delano Roosevelt graduándose de Bachiller en Ciencias y Letras. En el año 1982 ingresa a la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), de donde en 1989 egresa con el título de Médico y Cirujano. Continúa sus sueños académicos ingresando al programa de Post grado de Pediatría de la UNAH egresando en 1992.

Durante su vida profesional desempeñó cargos importantes dejando huellas en la salud de Puerto Cortés y Omoa como ser Socio fundador del Hospital Centro Médico Cortés (CEMECO), Director Médico del Hospital de Área de Puerto Cortés, donde modernizó y tecnificó los servicios médicos y administrativos, fue comisionado municipal de transparencia.

Fue representante de la subdelegación médica de Puerto Cortés y Omoa por tres periodos, impulsando el COMENAC 2024 donde se desempeñó como un líder al servicio del gremio médico, de la comunidad y gobierno local donde fue nombrado asesor médico municipal en la pandemia, pieza fundamental en la atención médica de pacientes COVID.

También formó parte del equipo fundador de la tasa de salud al servicio del municipio, laborando como miembro en representación del Colegio Médico de Puerto Cortés durante la pandemia de COVID-19 en la Comisión de Emergencia Municipal (CODEM), fue víctima de la pandemia y falleció el 5 de agosto de 2020.

Estos méritos como médico, amigo, y por su don de servicio a la comunidad permitieron que la Sociedad Médica de Puerto Cortés y Omoa y el comité organizador del COMENAC, brindáramos honor a quien honor merece.

Hasta el cielo un abrazo de todo el gremio médico y la población de Puerto Cortés Dr. Obdulio García Carías.

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024**

**CURSO PRECONGRESO
ÉTICA MÉDICA**

**MIÉRCOLES 10 DE JULIO 2024
HOTEL COSTA AZUL – SALÓN 1**

MODERADORES: Dr. Carlos Morales y Dr. Christian Toledo

HORA	TEMA	EXPOSITOR
7:30	Inscripciones	Equipo de CENEMEC
8:00	Apertura del evento	Dr. Tirzo Godoy Torres Presidente CENEMEC
8:05	Palabras inaugurales	Dr. Samuel Santos Presidente CMH
8:10	Relación médico paciente	Dr. Ángel Cruz Dermatólogo
8:40	Colegio Médico	Dr. Lázaro Molina Neurólogo
9:10	Derecho humano a la Salud	Dra. Karin Clare Radióloga
9:40	Aspectos médico legales de la emisión de certificación de incapacidad laboral	Dra. Belinda Paredes Doctora en Salud Ocupacional, Máster en Seguridad de Servicios Hospitalarios
10:10	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	
10:20	REFRIGERIO	
10:40	Ética en la práctica médica	Dr. Lázaro Molina Neurólogo
11:10	El médico como servidor público	Dr. Said Álvarez Doctor en Medicina y Cirugía Máster en Servicios de Salud
11:40	Ética en redes sociales	Dra. Carolina Fortín Especialista en Cirugía General
12:10	Seguridad del paciente	Dra. Carolina Fortín Especialista en Cirugía General
12:40	Problemas legales que genera la administración de servicios de salud	Dr. Mario Javier García Medicina Legal y Forense
13:10	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	
13:20	DESPEDIDA	

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024**

CURSO PRECONGRESO

TALLER DE RECURSOS DE INFORMACIÓN DE SALUD

**MIÉRCOLES 10 DE JULIO 2024
HOTEL COSTA AZUL – SALÓN 2**

OBJETIVOS

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

METODOLOGÍA

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

FACILITADORES:

Msc. Ovidio Padilla, Bibliotecarias Sandra Barahona, Karla Zúniga, Biblioteca Médica Nacional.

PROGRAMA

MODERADOR: Dr. Marco Aurelio Matamoros

HORA	TEMA	EXPOSITOR
7:30	Inscripciones	Equipo de CENEMEC
08:00	Instrucciones generales	Equipo Biblioteca Médica Nacional
08:10	Bienvenida e inauguración	Dr. Tirzo Godoy Torres Presidente CENEMEC
08:15	Biblioteca Virtual en Salud de Honduras; Vitrinas del Conocimiento – Un nuevo concepto para destacar información en salud en la BVS	MSc. Ovidio Padilla Bibliotecaria Sandra Barahona
08:25	Decs/mesh Finder nueva edición: herramienta de apoyo a la investigación. Búsqueda automática de Palabras clave	Bibliotecaria Karla Zúniga
08:40	Sistema de Autenticación programas RESEARCH4LIFE Aula E-Learning Colegio Médico de Honduras Aula virtual BVS-HN	MSc. Ovidio Padilla
09:00	Plataforma RESEARCH4LIFE: Hinari, AGORA, OARE, ARDI y GOALI Creación de perfil personal HINARI: Acceso a revistas, libros, bases de datos y otras fuentes de referencia. <ul style="list-style-type: none"> • Portal de contenido unificado: Colecciones • Estrategias para una búsqueda bibliográfica eficaz. • Summon: Búsqueda por país • Revistas Nacionales en HINARI: Revista Médica Hondureña • Medicina basada en evidencia: Cochrane Library PRÁCTICAS	Bibliotecarias: Sandra Barahona y Karla Zúniga
10:00	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	
10:10	RECESO	
10:30	Herramientas para evaluar la investigación y de análisis bibliométrico: Scopus, the Lens, Dimensions, Web of Sciences, altmetrics, Incites, Scival	Bibliotecarias: Sandra Barahona y Karla Zúniga
11:00	Gestores de referencias bibliográficas, auxiliar para evitar el plagio involuntario. Gestores y organización del conocimiento: CITAVI, ZOTERO. -Descarga e instalación del Software -Características -Ejercicios	MSc. Ovidio Padilla Bibliotecaria: Sandra Barahona
12:10	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	
12:15	CIERRE	

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024**

**CURSO PRECONGRESO
TALLER DE ESCRITURA Y PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS**

**MIÉRCOLES 10 DE JULIO 2024
HOTEL COSTA AZUL – SALÓN 2**

OBJETIVO:

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

FACILITADORES:

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

MODERADORA: Dra. Hariana Solórzano

HORA	TEMA	EXPOSITOR
12:30	Inscripción	Equipo de CENEMEC
13:00	Inauguración del evento	Dr. Tirzo Godoy Torres Médico Internista
13:15	Revista Médica Hondureña (RMH) en el contexto de la publicación científica en Honduras	Dra. Edna Maradiaga Médica Salubrista
13:30	Revistas depredadoras	Dra. Ana Ligia Chinchilla Ginecobstetra
13:50	RMH: Instrucciones para autor y pautas internacionales de publicación	Dra. Rosa María Duarte Médica Salubrista
14:10	Actividad Interactiva	
14:30	Artículos científicos originales y su estructura	Dra. Edna Maradiaga Médica Salubrista
14:50	Características de los artículos tipo caso clínico	Dra. Nora Rodríguez Epidemióloga, Pediatra
15:10	Características de otros tipos de artículos: historia, opinión, imagen.	Dra. Rosa María Duarte Médica Salubrista
15:30	Actividad Interactiva	
15:50	Características de otros tipos de artículos: revisión bibliográfica, <i>Ad libitum</i> y otros	Dra. Ana Ligia Chinchilla Ginecobstetra
16:10	RECESO	
16:30	Ética de la investigación y de la publicación	Dra. Eleonora Espinoza Médica Salubrista
16:50	Flujo editorial y recursos para autores y revisores pares	Dr. José Sierra Fisiatra
17:10	Actividad Interactiva	
17:20	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	
17:30	CIERRE	

PROGRAMA CIENTÍFICO LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024

CURSO PRE-CONGRESO

TALLER DE ESPIROMETRÍA Y USO DE DISPOSITIVOS DE INHALACIÓN

MIÉRCOLES 10 DE JULIO 2024
HOTEL VILLAS DEL SOL – SALÓN 2da PLANTA

MODERADOR: Dr. Ricardo Castro

HORA	TEMA	EXPOSITOR
8:00	INSCRIPCIÓN	Equipo de CENEMEC
9:00	Taller de espirometría: <ul style="list-style-type: none">• Concepto• Indicaciones y contraindicaciones de la espirometría• Utilidad clínica• Como realizar una espirometría• Interpretando la espirometría• De la teoría a la práctica	Dra. Zahdia Saavedra Neumóloga Dr. Roberto Valenzuela Doctor en medicina y cirugía, fellow en pruebas de función pulmonar
10:30	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	
10:40	RECESO	
11:00	Taller de uso de dispositivos de inhalación: <ul style="list-style-type: none">• ¿Que son los inhaladores?• Eligiendo el inhalador adecuado• Uso correcto y particulares de cada inhalador• Aerocámaras de inhalación• Nebulizantes	Dra. Zahdia Saavedra Neumóloga
12:30	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	
12:40	CIERRE	

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024**

**CURSO PRECONGRESO
TALLER DE INSULINAS**

**MIÉRCOLES 10 DE JULIO 2024
HOTEL VILLAS DEL SOL – SALÓN 2da PLANTA**

MODERADOR: Dr. Carlos Morales

HORA	TEMA	EXPOSITOR
13:00	Inscripciones	Equipo de GENEMEC
13:30	Introducción y objetivos	Dra. Alejandra Ramos Médica Internista y Endocrinóloga
13:35	Insulinas análogas vrs. humanas 101	Dra. Alejandra Ramos Médica Internista y Endocrinóloga
13:50	Dispositivos y técnicas de aplicación	Dra. Lesby Espinoza Pediatra Endocrinóloga
14:15	Cómo iniciar insulina basal en pacientes con diabetes tipo 2	Dra. Alejandra Ramos Médica Internista y Endocrinóloga
14:25	RECESO	
14:35	Uso de insulinas en emergencia casos clínicos	Dr. Guillermo Villatoro Pediatra Endocrinólogo Dra. Alejandra Ramos Médica Internista y Endocrinóloga
15: 25	Cómo hacer correcciones y ajustes a las dosis de insulina esquema basal más otros inyectables en DM2 caso clínico	Dra. Alejandra Ramos Médica Internista y Endocrinóloga
15:40	Cómo hacer correcciones en pacientes con esquema basal bolus DM1 parte 1	Dr. Guillermo Villatoro Pediatra Endocrinólogo Dra. Lesby Espinoza Pediatra Endocrinólogo
15:55	RECESO	
16:35	Correcciones práctica supervisada	Dr. Guillermo Villatoro Pediatra Endocrinólogo Dra. Lesby Espinoza Pediatra Endocrinóloga Dra. Alejandra Ramos Médica Internista y Endocrinóloga
16:55	Manejo de hipoglucemias	Dra. Lesby Espinoza Pediatra Endocrinóloga
17:10	Uso de nuevas tecnologías en diabetes	Dra. Alejandra Ramos Médica Internista y Endocrinóloga
17:30	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024**

C (Conferencias) TL (Trabajos libres)

**JUEVES 11 DE JULIO 2024
HOTEL COSTA MAR – SALÓN 1**

MODERADORES: Dra. Hariana Solórzano y Dr. Roberto Valenzuela

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
8:00	1C	Abordaje del Pie Diabético	Dra. Jeimy Cardoza Endocrinóloga
8:30	2C	Síndrome Metabólico	Dr. Luis Rodríguez Médico Internista
9:00	3C	ABC del manejo actualizado del paciente que vive con diabetes	Dra. Alejandra Ramos Médica Internista, Endocrinóloga
9:30	1TL	Hígado graso no alcohólico en diabetes mellitus tipo 2 en la clínica de CAMI	Dra. Ginalizia Murillo Doctora en Medicina y Cirugía
9:45	2TL	Descripción de enfermedades crónicas en pacientes atendidos en Danlí, El Paraíso. Octubre 2018-Mayo 2019	Dra. Miriam Ordoñez Epidemióloga y Salud Pública
10:00	3TL	Cuerpo extraño en vía digestiva alta	Dr. Carlos Morales Médico Internista, Endoscopia Digestiva Alta Diagnóstica y Terapéutica
10:15	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
10:25	REFRIGERIO		
10:45	4TL	Factores protectores o detonadores de efectos adversos en personas inoculadas con vacunas COVID-19, Honduras, 2022	Ada Yosleny García Epidemiología
11:00	5TL	Prevalencia de síndrome post COVID-19 y su asociación con severidad del primer episodio de COVID-19	Dra. María José Rodas Palma Doctora en Medicina y Cirugía
11:15	6TL	Sistemas más afectados por síndrome post COVID-19	Dra. May Len Quan Gálvez Doctora en Medicina y Cirugía
11:30	4C	Enfermedad renal en paciente diabético	Dr. Dany Tábora Nefrólogo
12:00	5C	Síndrome cardiovascular-riñón-metabólico	Dr. Manuel Rocha Médico Internista, Nefrología

12:30	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
12:40	ALMUERZO		
13:30	6C	Perlas del diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca	Dr. Manuel Espinoza Médico Internista, Cardiólogo Intervencionista
14:00	7TL	Taponamiento Cardíaco	Dr. Carlos Morales Médico Internista
14:15	8TL	Variabilidad de la presión arterial nocturna en pacientes diagnosticados con hipertensión de bata blanca	Dr. Manuel Espinoza Médico Internista, Cardiólogo Intervencionista
14:30	7C	Diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo	Dr. Manuel Espinoza Médico Internista, Cardiólogo Intervencionista
15:00	9TL	Infarto agudo de miocardio por bebidas energizantes	Dr. José García Doctor en Medicina y Cirugía
15:15	10TL	Infarto en paciente joven por consumo de metanfetaminas	Dr. Luis Alfredo Rodríguez Médico Internista
15:30	11TL	Implante transcatóter de válvula aortica como tratamiento definitivo de estenosis aórtica severa	Dr. Manuel Espinoza Médico Internista, Cardiólogo Intervencionista
15:45	12TL	Miocardiopatía hipertrófica, Revisión de una serie de casos	Dra. Maryury Acosta Lara Doctora en Medicina y Cirugía
14:00	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024**

C (Conferencias) TL (Trabajos libres)

**JUEVES 11 DE JULIO 2024
SALÓN LA VELA – SALÓN 2**

MODERADORES: Dr. Ricardo Castro y Dr. Christian Toledo

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
8:00	8C	Hablemos de resistencia bacteriana	Dr. Daniel Pazzeti Otorrinolaringólogo
8:30	9C	Tips prácticos para el abordaje de la patología rinosinusal crónica	Dra. Ivan Jovel Otorrinolaringólogo
9:00	10C	Porque el dengue nos sigue ganando las batallas, sesión de casos clínicos	Dr. José Antonio Samra Pediatra
9:30	13TL	Trombosis neonatal severa secundaria a deficiencia de proteína C y S	Dra. Karen Carrasco Pediatra
9:45	14TL	Inmunodeficiencia combinada severa asociada a infecciones respiratorias recurrentes	Dr. José Antonio Samra Pediatra
10:00	15TL	Atresia de vías biliares e infecciones congénitas por CMV	Dra. Glenda Rivera Pediatra
10:15	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
10:25	REFRIGERIO		
10:40	16TL	Gastroenteritis aguda con evolución tórpida en lactante menor de 7 meses	Dr. Marco Aurelio Matamoros Pediatra
10:55	17TL	Pacientes con epilepsia de etiología genética en un hospital de San Pedro Sula, Honduras	Dra. Carol Zúniga Neuróloga Pediatra, Neurogenética
11:15	18TL	Utilidad Escalas BROSJOD vs WOOD DOWNES FERRES para determinar gravedad en pacientes con bronquiolitis aguda	Dra. Claudia Fuentes Umaña Doctora en Medicina y Cirugía
11:30	11C	Síndromes genéticos asociados a talla baja	Dra. Paola Bonilla Endocrinóloga Pediatra
12:00	12C	Dolor Abdominal, cuando remitir	Dr. Giovanni Marie Cirujano Pediatra

12:30	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
12:45	ALMUERZO		
13:30	19TL	Mortalidad y morbilidad del virus del dengue en niños atendidos en el IHSS	Dr. José Antonio Samra Pediatra
13:45	20TL	Adrenoleucodistrofia presentación de dos casos clínicos, Hospital Mario Catarino Rivas	Dra. Carol Zúniga Neuróloga Pediatra, Neurogenética
14:00	13C	Enfermedades neuromusculares en pediatría	Dra. Carol Zúniga Neuróloga Pediatra Neurogenética
14:30	14C	Detención temprana de autismo	Dr. Misael Pineda Psiquiatra Pediatra
15:00	15C	Abordaje del dolor abdominal en recién nacido y lactantes	Dr. Luis Jovel Gastroenterólogo Pediatra
15:30	21TL	Humanización de los cuidados intensivos	Dr. Bayron Degrandes Medicina Interna
15:45	22TL	Intoxicación por rodenticidas	Dra. Maira Torres Master Medicina en Urgencia, Emergencia y Catástrofes
16:00	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024**

C (Conferencias) TL (Trabajos libres)

**VIERNES 12 DE JULIO 2024
HOTEL COSTA MAR – SALÓN 1**

MODERADORES: Dra. Claudia Gutiérrez y Dr. Carlos Morales

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
8:00	16C	El impacto de los efectos cardio-renales de los ISGLT2 en prevención primaria	Dr. Chih Hao Chen Ku Endocrinólogo, Master en Farmacología y Toxicología
8:30	17C	Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoidea	Dra. Gabriela Guzmán Medicina Interna, Reumatología
9:00	18C	Lupus eritematoso sistémico novedades en diagnóstico y tratamiento	Dra. Sinthia Solorzano Medicina Interna, Reumatología
9:30	19C	Enfermedades reumatológicas más frecuentes.	Dra. Gabriela Guzmán Medicina Interna, Reumatología
10:00	23TL	No adherencia al tratamiento antirretroviral en un servicio de atención integral en San Pedro Sula	Dra. Martha Consuelo Norris Doctora en Medicina y Cirugía
10:15	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
10:25	REFRIGERIO		
10:45	24TL	Síndrome de shock tóxico en pediatría	Dra. Claudia Fuentes Pediatra
11:00	25TL	Síndrome de Nicolau en pediatría	Dra. Claudia Fuentes Pediatra
11:15	26TL	Cáncer de piel en población del Hospital del Sur enero 2019 a julio 2022	Dra. Katherine Morales Doctora en Medicina y Cirugía
11:30	27TL	Eritroqueratodermia variabilis progresiva	Dra. Erika Castro Dermatóloga
11:45	28TL	Granuloma anular elastolítico de células gigantes en piel no foto expuesta	Dra. Varinia Urrutia Dermatóloga
12:00	20C	Actualización de protectores solares	Dra. Judith Pineda Dermatóloga
12:30	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
12:40	ALMUERZO		

13:30	21C	Dermatoscopia en la práctica clínica diaria	Dra. Karina Alvarenga Dermatóloga
14:00	22C	Urgencias Dermatológicas	Dr. Heriberto Osorio Dermatólogo
14:30	23C	Manifestaciones ungueales en enfermedades sistémicas	Dra. Claudia Gutiérrez Dermatóloga
15:00	29TL	Abandono de terapias nutricionales en pacientes con sobrepeso y obesidad en Puerto Cortes, Honduras	Dra. Kathia García Nutrióloga, Máster en Nutrición Clínica. Coaching Nutricional
15:15	30TL	Evolución tórpida de paciente en el tratamiento integral de la obesidad	Dra. Kathia García Nutrióloga, Máster en Nutrición Clínica. Coaching Nutricional
15:30	24C	Obesidad y manejo anorexígeno, abordaje del paciente con sobrepeso y obesidad	Dr. Tirzo Israel Godoy Torres Medicina Interna, Fellow en Nutrición Clínica con Orientación en Obesidad y Sobrepeso. Medicina del Deporte
16:00	25C	Dieta mediterránea, desde Europa a nuestra mesa	Dra. Kathia García Nutrióloga. Máster en Nutrición Clínica Coaching Nutricional
16:30		PREGUNTAS Y RESPUESTAS	

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024**

C (Conferencias) TL (Trabajos libres)

**VIERNES 12 DE JULIO 2024
SALÓN LA VELA – SALÓN 2**

MODERADORES: Dr. Roberto Valenzuela y Dr. Christian Toledo

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
8:00	26C	Resonancia magnética e inteligencia artificial el nuevo futuro de la radiología	Dra. Lisseth Espinoza Neuroradióloga
8:30	27C	Rol de los estudios de imagen en el diagnóstico de patología mamaria	Dra. Magaly Enríquez Radióloga. Sub Imagen e Intervención en Mama
9:00	28C	Abordaje médico y quirúrgico de patología mamaria, diagnóstico de precisión	Dr. Manuel Maldonado Cirujano Oncólogo Mastólogo
9:30	31TL	Tromboembolia bilateral pulmonar en niño con virus influenza	Dra. Pastora Hernández Doctora en Medicina y Cirugía
9:45	32TL	Características sociodemográficas y gineco-obstétricas de madres de pacientes pediátricos con microcefalia asociada a ZIKA	Dra. Angélica Urquía Doctora en Medicina y Cirugía
10:00	33TL	Sobrevida de pacientes pediátricos con microcefalia asociada a ZIKA	Dra. Angélica Urquía Doctora en Medicina y Cirugía
10:15	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
10:25	REFRIGERIO		
10:45	34TL	Caracterización clínica y laboratorial del dengue en niños, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa 2020-2021	Dra. Ada Yosleny García Epidemióloga
11:00	35TL	Infecciones respiratorias agudas atendidas en la Emergencia de Pediatría en el Hospital Enrique Aguilar Cerrato	Dra. Dolores Orellana Doctora en Medicina y Cirugía
11:15	36TL	Prevalencia de enfermedades mentales en estudiantes de pregrado de la Facultad de Ciencias Médicas	Dr. Manuel Antonio Sierra Doctorado en Salud Pública
11:30	37TL	Enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de pregrado de la Facultad de Ciencias Médicas	Dr. Manuel Antonio Sierra Doctorado en Salud Pública
11:45	38TL	Programa de atención primaria de salud municipio de Dolores, Copán Honduras	Dr. Engels Sandoval Epidemiólogo

12:00	39TL	Registro médico electrónico de código abierto y gratuito en clínicas de atención primaria en Honduras	Dr. Fernando Villatoro Doctor en Medicina y Cirugía
12:15	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
12:25	ALMUERZO		
13:30	29C	El Dengue	Dra. Gabriela Rivera Vega Doctora en Medicina y Cirugía
14:00	30C	Adicción a la nueva tecnología	Dr. Misael Pineda Psiquiatra Pediatra
14:30	40TL	Raquitismo hipofosfatémico ligado al cromosoma X y otras anomalías	Dra. Paola Bonilla Endocrinóloga Pediatra
14:45	41TL	Epilepsia como manifestación inusual en paciente con trisomía 22	Dr. José Barahona Doctor en Medicina y Cirugía
15:00	42TL	Linfocitosis hemofagocítica en un niño con citomegalovirus	Dra. Alejandra Lara Doctora en Medicina y Cirugía
15:15	43TL	<i>Clostridium difficile</i> en emergencia	Dr. Marlon Amador Doctor en Medicina y Cirugía
15:30	44TL	Herpes zóster facial, implicación inusual	Dr. Abner Baquedano Doctor en Medicina y Cirugía
15:45	45TL	Toxoplasmosis cerebral en paciente pediátrico inmunocomprometido	Dra. Karen Lizeth Escoto Doctora en Medicina y Cirugía
16:00	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		

**PROGRAMA CIENTIFICO LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024**

C (Conferencias) TL (Trabajos libres)

**SABADO 13 DE JULIO 2024
HOTEL COSTA MAR – SALÓN 1**

MODERADORES: Dra. Hariana Solórzano y Dr. Carlos Morales

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
8:00	31C	Ataque Isquémico Transitorio un desafío clínico	Dr. Arnold Thompson Neurología, Epilepsia
8:30	32C	Diagnóstico y manejo de polineuropatías	Dr. Allan Álvarez Neurología, Neurofisiología
9:00	33C	Epilepsia y tratamiento	Dr. Thompson Neurología, Epilepsia
9:30	46TL	Síndrome de McCune Albright en paciente adolescente	Dra. Pastora Hernández Doctora en Medicina y Cirugía
9:45	47TL	Conocimientos sobre epilepsia en Día de la Epilepsia 2024 en el Hospital Mario Catarino Rivas	Nohely Portales Estudiante de Pregrado de Medicina y Cirugía
10:00	34C	Actualización de Migrañas	Dr. Allan Álvarez Neurología, Neurofisiología
10:30	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
10:40	REFRIGERIO		
11:00	48TL	Endoscopia en gastritis aguda y crónica en adultos en Puerto Cortés. Enero a diciembre 2022	Dr. Christian Fernández Doctor en Medicina y Cirugía
11:15	49TL	Síndrome de Charles Bonnet, seis casos clínicos en una unidad de Hemodiálisis en San Pedro Sula, Honduras	Licenciada Beatriz Otero Psicología Clínica
11:30	35C	Phoenix Sepsis Score	Dra. Karen Escoto Cruz Doctora en Medicina y Cirugía
12:00	36C	Escroto agudo	Dra. Norma Oviedo Cirujana Pediatra
12:30	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
12:40	ALMUERZO		
13:30	50TL	Complicaciones postoperatorias tempranas y tardías de labio y paladar hendido en un programa quirúrgico	Dra. María Fernanda Cruz Doctora en Medicina y Cirugía
13:45	51TL	Pustulosis exantemática generalizada aguda no asociado a fármacos en paciente pediátrico	Dr. Rafael Sánchez Maldonado Doctor en Medicina y Cirugía
14:00	37C	Indicación de cistoscopia	Dra. Keemberlee Vilchez Uróloga
14:30	38C	Craneotomía descompresiva, indicaciones y casos quirúrgicos	Dr. Francisco López Neurocirujano
15:00	39C	Patologías anorrectales más frecuentes	Dr. Saúl Ortíz Coloproctólogo
15:30	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		

**PROGRAMA CIENTÍFICO LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024**

C (Conferencias) TL (Trabajos libres)

**SABADO 13 DE JULIO 2024
SALÓN LA VELA – SALÓN 2**

MODERADORES: Dra. Keren Serrano y Dr. Marco Aurelio Matamoros

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
8:00	40C	Sistema integral de salud y APS	Dr. Engels Sandoval Epidemiólogo
8:30	41C	Inteligencia artificial en asma	Dra. Zahdia Saavedra Neumóloga
9:00	42C	Predicción y prevención de Preeclampsia	Dra. Mónica García Ginecóloga, Medicina Materno Fetal
9:30	43C	Importancia de la terapia hormonal en la menopausia	Dra. Cinia Perdomo Endocrinología Ginecológica
10:00	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
10:15	REFRIGERIO		
10:30	44C	Parto Instrumentado Siglo XXI	Dr. Marco Antonio Urquía Ginecólogo
11:00	45C	Diagnóstico y tratamiento de cáncer de cérvix estadio temprano	Dr. José Manuel Palomo Ginecólogo Oncólogo
11:30	46C	Vacunación COVID-19 en el embarazo y la lactancia, últimas recomendaciones	Dra. Sandra Castillo Ginecóloga, Bióloga en Reproducción
12:00	47C	Manejo laparoscópico de las diferentes patologías ginecológicas	Dr. Mario Pinto Ginecólogo
12:30	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
12:40	ALMUERZO		
13:30	52TL	Inseminación Artificial	Dr. Eduardo Bueso Ginecólogo, Medicina Reproductiva
13:45	53TL	Trombocitopenia en el embarazo, Hospital Mario Catarino Rivas	Dra. Cinia Perdomo Ginecóloga
14:00	48C	Síndrome de ovario poliquístico	Dr. Eduardo Bueso Ginecólogo, Medicina Reproductiva
14:30	49C	Manejo de la paciente con riesgo de parto prematuro	Dr. Arlín Varela Ginecólogo, Fellow Medicina Materno Fetal
15:00	50C	Cirugía de columna mínimamente invasiva, aspectos actuales	Dr. Isaí Gutiérrez Neurocirujano
15:30	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		

**LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024**

**TRABAJOS LIBRES (TL)
PRESENTACIÓN MODALIDAD POSTER**

VIERNES 12 DE JULIO 2024

SALÓN 3, HOTEL COSTA MAR

HORA	CÓDIGO	TEMA	AUTOR
8:00-9:00	54TL	Tumoración intraluminal colónica en un niño	Dr. Juan Carlos Henríquez Doctor en Medicina y Cirugía
8:00-9:00	55TL	Experiencia en clínica ambulatoria de enfermedades crónicas: una alternativa hacia el fortalecimiento y manejo integral	Dra. Odalis Janeth Cerrato Medicina Interna
8:00-9:00	56TL	Mucormicosis rinosinusal y maxilar en huésped inmunosupreso	Dra. Alejandra María Ferrera Reyes Doctora en Medicina y Cirugía
8:00-9:00	57TL	Incontinencia pigmenti: una genodermatosis mutisistémica	Dr. Abner Bladimir Baquedano Médico en Servicio Social
8:00-9:00	58TL	Purpura trombocitopénica trombótica: entidad rara en pediatría	Dra. Pastora Hernández Doctora en Medicina y Cirugía
9:00-10:00	59TL	Wolf Parkinson White en emergencia	Dr. Olman Santos Doctor en Medicina y Cirugía
9:00-10:00	60TL	Acrodermatitis enterohéptica en un niño	Dra. Zamir Duarte Doctora en Medicina y Cirugía
9:00-10:00	61TL	Impacto de las redes sociales en la salud mental, año 2023	Dra. Polet Portillo Cálix Salud Pública
9:00-10:00	62TL	Espondilodiscitis por brucelosis	Dra. Sharon Pineda Doctora en Medicina y Cirugía
9:00-10:00	63TL	Pentalogía de Cantrell	Dra. Dacia Zavala Doctora en Medicina y Cirugía
10:00-11:00	64TL	Trombosis venosa cerebral en paciente puerpera	Dr. Leonel Perdomo Estudiante Pregrado de Medicina
10:00-11:00	65TL	Ectima gangrenoso como presentación inicial de lupus eritematoso sistémico en un paciente pediátrico	Dra. Daphne Antúnez Doctora en Medicina y Cirugía
10:00-11:00	66TL	Síndrome de CHILD	Dra. Claudia Gutiérrez Dermatóloga
10:00-11:00	67TL	Mielomeningocele cervical en recién nacido	Dr. Luis Bardales Doctor en Medicina y Cirugía

10:00-11:00	68TL	Síndrome de Guillián Barré Atípico	Dra. Vilma Gómez Doctora en Medicina y Cirugía
11:00-12:00	69TL	Epignatus: teratoma inmaduro orofaríngeo en un recién nacido	Dra. Nora Villeda Doctora en Medicina y Cirugía
11:00-12:00	70TL	Encefalitis por anticuerpos ANTI-NMDAr. Serie de casos	Dr. Kevin Díaz Pediatra
11:00-12:00	71TL	Síndrome de encefalopatía posterior reversible causa de estado convulsivo en paciente con enfermedad renal crónica	Dr. Josué Reyes Pediatra
11:00-12:00	72TL	Síndrome del ángulo pontocerebeloso derecho secundario a schwannoma del nervio acústico	Dra. Sonya Díaz Doctora en Medicina y Cirugía
13:00-14:00	73TL	Síndrome de Jordán	Dra. Carmen Pineda Doctora en Medicina y Cirugía
13:00-14:00	74TL	Más allá del VIH, el objetivo de la rehabilitación	Dra. Nadia cubas Doctora en Medicina y Cirugía
13:00-14:00	75TL	Defecto innato de la glicosilación por PGM3 patológico en lactante mayor con infecciones respiratorias recurrentes	Dr. Julio Ortega Pediatra Neumólogo
13:00-14:00	76TL	Síndrome de Herlin-Werner Wunderlich. Hallazgo incidental en autopsia forense	Dr. Marlon Lizama Doctor en Medicina y Cirugía
13:00-14:00	77TL	Decapitación secundaria a accidente de tránsito	Dra. Alejandra Ventura Medicina Legal

**LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024**

CEREMONIA INAUGURAL

Programa

COCTEL DE BIENVENIDA

Miércoles 10 de Julio del 2024

Restaurante La Vela 7:00 pm a 10:00 pm

Show de fuegos pirotécnicos en playas municipales

NOCHE CULTURAL

Jueves 11 de Julio del 2024

Playa Municipal 6:00 pm a 11:00 pm

Cuadro de Danza Garífuna

Cuadro de Danza Brassavola School

Presentación de artistas locales

Degustación de comidas típicas

Fiesta Bailable Orquesta Sound del Caribe (Vestir de Blanco)

FIESTA DE GALA

Viernes 12 de Julio del 2024

Salón Hotel Costa Mar

Clausura 8:00 pm a 2:00 am

Presentación del Grupo Osmosis, fiesta bailable (Vestir de Negro)

RESÚMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES

1C. ABORDAJE DEL PIE DIABÉTICO. Jamie Patricia Cardoza Rivera. Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Endocrinología y Nutrición, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

Las úlceras y las amputaciones son complicaciones frecuentes en la diabetes. Normalmente, son consecuencias de varios factores, entre ellos se incluye la neuropatía periférica, enfermedad arterial periférica y las deformidades en pies. Además de una historia clínica detallada se debe examinar por lo menos una vez al año los pies de los pacientes con bajo riesgo y en cada visita aquellos de alto riesgo, existe una tabla para estratificar el riesgo según las características de cada sujeto. La evaluación de la pérdida de sensibilidad se realiza con el monofilamento de 10g y el uso de otro instrumento de examinación neurológica (percepción de temperatura, reflejos de tobillo o percepción vibratoria). La evaluación de la enfermedad arterial periférica se identifica con los pulsos de las extremidades, llenado capilar y venoso entre otros. Las deformidades en pies deben ser evaluadas por podólogos y en ocasiones precisan calzado especializado. Basta la educación en diabetes y autocuidados para aquellos pacientes de bajo riesgo, pero aquellos de riesgo moderado y alto precisan un equipo interdisciplinario. Las recomendaciones iniciales van encaminadas a la inspección diaria de los pies, uso de agentes humectantes, evitar la manipulación de callos y otras deformidades por parte del paciente. Respecto al manejo de las úlceras, cabe mencionar que se han desarrollado avances en su manejo, que van desde terapia con presión negativa, agentes de crecimiento, terapia de células madre, terapia hiperbárica con oxígeno hasta la más reciente terapia con oxígeno tópica. A pesar de los últimos tratamientos mencionados para las úlceras, existe un porcentaje que se convertirá en crónicas y precisarán una terapia avanzada.

2C. SÍNDROME METABÓLICO EN EL PACIENTE JOVEN. Luis Alfredo Rodríguez Castellanos. Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Interna, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

El sedentarismo, hábitos dietéticos y la predisposición genética, son algunos factores involucrados en el desarrollo de enfermedades crónicas en pacientes jóvenes. La obesidad, en particular la abdominal, está asociada a resistencia al efecto de la insulina sobre la glucosa periférica, condicionando mayor riesgo de diabetes tipo 2. La resistencia a la insulina, hiperinsulinemia e hiperglucemia aunadas a la disfunción en la secreción de las adipocinas condicionan disfunción endotelial vascular, perfil anormal de lípidos, hipertensión e inflamación

vascular. La coexistencia de estos factores condiciona la génesis del Síndrome Metabólico, definido por la presencia de 3 de los siguientes rasgos: aumento circunferencia abdominal, triglicéridos ≥ 150 mg/dL, bajos niveles de lipoproteínas de baja densidad (HDL < 40 mg/dL en hombres o < 50 en mujeres), presión arterial $\geq 130/85$ mmHg y glucosa en ayuno ≥ 100 mg/dL; o estar recibiendo terapia farmacológica para niveles anormales de estos. Se debe identificar los pacientes que se verán beneficiados con modificaciones agresivas del estilo de vida, basándose en la reducción de peso y el incremento del ejercicio, así como el empleo de terapia farmacológica o intervención quirúrgica en quienes persistan los factores de riesgo a pesar de estos cambios. El enfoque glucocéntrico para el control metabólico no es suficiente, en pacientes con terapia farmacológica se deben emplear medicamentos con evidencia en reducción de peso y riesgo cardiovascular como los inhibidores de SGLT2 y los análogos de GLP-1. La presencia de síndrome metabólico podría considerarse un factor que aumenta el riesgo coronario, por lo que podría justificar el uso de estatinas en pacientes cuyo riesgo no podría calcularse o no alcanza el umbral para tratamiento. En personas jóvenes con al menos un factor de riesgo se deben hacer evaluaciones al menos cada 3 años, que incluya medición de la presión arterial, circunferencia abdominal, perfil de lípidos y glucosa en ayunas.

3C. ABC DEL MANEJO ACTUALIZADO DEL PACIENTE QUE VIVE CON DIABETES. Alejandra Ramos. Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Interna, Endocrinóloga, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

4C. ENFERMEDAD RENAL EN PACIENTES DIABÉTICOS. Dany Alexander Tábora López. Especialista en Nefrología, Hospital del Valle, Hospital del Caribe y Diálisis de Honduras, San Pedro Sula, Honduras.

El estudio DAPA-CKD, es un ensayo clínico, se publicó a finales del 2022, donde su objetivo principal fue evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo de la dapagliflozina, un ISGLT2 en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), con o sin diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), dicho ensayo clínico fue realizado de manera aleatorizado, doble ciego con una muestra de 4304 pacientes, de los cuales el mayor porcentaje eran diabéticos con algún grado de ERC. Cabe destacar que el estudio DAPA-CKD tiene como antecedentes directos el ensayo DECLARE-TIMI, donde se estudió la seguridad cardiovascular de la dapagliflozina, donde se planteó la hipótesis del efecto reno protector de este Inhibidor del cotransportador sodio glucosa Tipo 2, el cual fue confirmado por el estudio CREDENCE. En el estudio DECLARE, con 60% de pacientes aproximadamente en atención primaria

de salud, se obtuvo un efecto beneficioso con relación a la hospitalización por insuficiencia cardíaca y en la progresión de la ERC. Al finalizar el estudio los autores concluyeron que los pacientes con ERC, independientemente un 50%, en enfermedad renal crónica estadio terminal o muerte de origen renal o cardiovascular, fue significativamente inferior a los tratados con placebo. Como mensaje clave para los profesionales de atención primaria de salud, el resultado del estudio DAPA-CKD, posiciona a la dapagliflozina como un fármaco de utilidad en pacientes con ERC, DMT2 o no diabéticos.

5C. SÍNDROME CARDIOVASCULAR-RIÑÓN-METABÓLICO (CKM). Manuel Rocha. Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Interna y Nefrología, Hospital Bendaña, San Pedro Sula, Honduras.

El síndrome cardiovascular-renal-metabólico (CRM) es un problema médico que afecta el corazón, los riñones y el metabolismo (los procesos del organismo para obtener energía de los alimentos). Aparece cuando estas tres partes del organismo no funcionan como es debido. El síndrome CRM es un problema médico nuevo que ha sido definido por expertos que estudian la vinculación existente entre la enfermedad cardiovascular, la enfermedad renal, la diabetes de tipo 2 y la obesidad. Los expertos han descubierto que las personas con enfermedades cardíacas (que también se llaman enfermedades cardiovasculares o ECV) tienen una mayor probabilidad de padecer otras afecciones de salud, como enfermedades renales, diabetes tipo 2 y obesidad. Asimismo, las personas con enfermedades renales, diabetes tipo 2 u obesidad también tienen mayores probabilidades de sufrir enfermedades cardíacas. El síndrome CRM resalta la fuerte conexión y los factores de riesgo compartidos para todas estas condiciones. Los factores de riesgo son cosas que le dan una mayor probabilidad de tener una condición de salud. Según la Asociación Estadounidense del Corazón, 1 de cada 3 adultos en los Estados Unidos tiene tres o más factores de riesgo de enfermedad cardíaca, diabetes o enfermedad renal. El síndrome CRM tiene 5 etapas: Síndrome CRM en etapa 0: No hay factores de riesgo de síndrome CRM en esta etapa, su atención se centra en prevenir la CKM. No hay necesidad de tratamiento. Síndrome CRM en etapa 1: Primeras señales de advertencia. Síndrome CRM en etapa 2: Aparecen los primeros problemas de salud. Síndrome CRM en etapa 3: Comienzan los problemas en el corazón y los vasos sanguíneos. Síndrome CRM en etapa 4: Signos y síntomas de problemas cardíacos.

6C. PERLAS DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA. Manuel Armando Espinoza Rueda. Médico Especialista en Medicina Interna, Cardiología Clínica, Cardiología Intervencionista, Intervencionismo Estructural de Válvula Aórtica, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

La insuficiencia cardíaca es un síndrome clínico complejo con síntomas y signos que resultan de cualquier deterioro estructural

o funcional del llenado ventricular o la eyección de sangre. Su prevalencia es del 1-3% de la población general. La mortalidad sigue siendo alta desde el 2-3% a 30 días hasta llegar a 50-75% a los 5 años. Dentro de las etiologías más frecuentes están la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, cardiopatía valvular, miocarditis infecciosa y no infecciosa. Su clasificación actual varía de acuerdo a la fracción de expulsión de ventrículo izquierdo (FEVI), encontrando los siguientes estadios: con FEVI deprimida, FEVI levemente deprimida y FEVI preservada. El diagnóstico y tratamiento médico oportuno impacta en la sobrevida, calidad de vida, re-hospitalizaciones y pronóstico a futuro. En el abordaje diagnóstico debe incluir primordialmente la clínica, ecocardiograma, electrocardiograma, marcadores séricos de NT-PROBNP, BNP, los cuales serán diagnóstico y pronóstico, y orientarán la pauta terapéutica a seguir. En la actualidad existen varios fármacos que modifican el curso de la enfermedad, tales como beta-bloqueadores, inhibidores SGLT2, antagonista de receptor de aldosterona, inhibidor del receptor de angiotensina-neprilisina o inhibidores de enzima convertidora de angiotensina. El uso de fármacos como diurético, digitálicos, ivabradina como fármacos de segunda línea, se ha demostrado que reducen las hospitalizaciones y mejoran clase funcional. Es de suma importancia el papel de rehabilitación cardíaca y su impacto en sobrevida.

7C. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO. Manuel Armando Espinoza Rueda. Especialista en Medicina Interna, Cardiología Clínica, Cardiología Intervencionista, Intervencionismo Estructural de Válvula Aórtica, 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, náusea, vómito, diaforesis, disnea y síncope. El diagnóstico se confirma con electrocardiograma y los marcadores séricos como troponinas, Creatinincinasa-MB y debe ser realizado a la brevedad posible a su ingreso. El tratamiento médico va de acuerdo al 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 manejo médico consiste en uso de ácido acetilsalicílico, clopidogrel o ticagrelor, estatinas, beta-bloqueador, heparina, manejo de dolor, oxígeno suplementario si la saturación es menor de 90%, nitratos. En el infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST debe ser detectado en los primeros 10 minutos hospitalarios, la revascularización no debe retrasarse, si el hospital no cuenta con servicio de hemodinámica o está a más de 2 horas de distancia, la fibrinólisis sistémica es la primera opción en las primeras 12 horas de inicio del infarto, sin esperar valores séricos de troponinas, y después debe ser trasladado para su tratamiento definitivo con angioplastia coronaria en las primeras 24 horas. Si el hospital cuenta con sala de hemodinámica o

tiene un centro con hemodinámica en menos de 2 horas, la angioplastia coronaria será el tratamiento de primera línea. El pronóstico de vida del paciente dependerá del diagnóstico temprano y tratamiento médico de elección.

8C. HABLEMOS DE RESISTENCIA BACTERIANA. Daniel Pazzeti. Médico especialista en Otorrinolaringología, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

Las Infecciones del tracto respiratorio inferior son las infecciones que más frecuentemente afectan a la comunidad. Si bien la gran mayoría son virales, el creciente número de prescripciones antibióticas para las mismas se ha convertido en un problema. Por otro lado, cuando su causa es bacteriana, los microorganismos prevalentes no han cambiado, pero sí su susceptibilidad ante los antibióticos más frecuentemente utilizados. Sumando a lo anterior, el incremento de la resistencia a los antimicrobianos (RAM) se ha convertido en uno de los principales temas que se abordan desde los organismos que gestionan y promueven la salud a nivel mundial y esto requiere, más que nunca, de la administración apropiada de los antibióticos. Mucho se ha escrito y se escribe respecto del abordaje de la RAM; la relevancia de seguir las guías de práctica clínica, así como también la de implementar sistemas de vigilancia epidemiológica. Sin embargo, la actualidad de la implementación de estas estrategias no coincide con la actual necesidad de las mismas; punto más que relevante a la hora de lograr los objetivos de controlarla. En esta conferencia, se abordan distintos tópicos relacionados con la prescripción inapropiada de los antimicrobianos en la comunidad, así como de la creciente RAM que es una de sus consecuencias. También se muestra la actualidad del cumplimiento de las recomendaciones de los organismos de salud y se proponen medidas de tratamiento para frenar la RAM.

9C. TIPS PRÁCTICOS PARA EL ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA RINOSINUSAL CRÓNICA. Iván Jovel. Médico especialista en Otorrinolaringología, Hospital y Clínica Murillo, San Pedro Sula, Honduras.

La patología rinosinusal como entidad patológica ha venido en aumento en los recientes años por diversas causas dentro de las cuales la alergia y el componente inflamatorio crónico es uno de los predominantes; la alergia definida como la manifestación clínica de la hipersensibilidad a agentes respiratorios, en otro caso inocuos, como ácaros del polvo, epitelio de mascotas y polen de plantas, entre otros, debe tenerse en cuenta siempre que nos aproximemos a un paciente con síntomas respiratorios altos. Sin embargo y a pesar de ser tan frecuente, no siempre es fácil diagnosticar y diferenciar la rinitis alérgica de otras patologías nasosinusales crónicas como por ejemplo la rinosinusitis crónica con poliposis o la rinitis de causas obstructivas, infecciosas o medicamentosas; para dicho perfilamiento se debe considerar por ejemplo que la rinitis alérgica suele ir asociada con otras enfermedades alérgicas como el asma, la conjuntivitis crónica y la dermatitis; además de

tener signos clínicos particulares a la evaluación física como el pliegue de Dennis Morgan, el doble pliegue nasal o las ojeras; además de siempre considerar que el prurito es un signo cardinal de la enfermedad alérgica y que por ejemplo la obstrucción persistente unilateral o el sangrado profuso frecuente, siempre será una señal de alarma. Para abordar el tratamiento de la rinitis es indispensable identificar su clasificación etiológica y entender que los corticoides-intranasales son la piedra angular del tratamiento de la rinitis persistente moderada grave; ya que es el medicamento que permite el abordaje completo de la condición inflamatoria crónica impactando de manera global los síntomas cardinales de la rinitis como son la obstrucción, la rinorrea, el prurito y los estornudos, teniendo diferencias importantes entre ellos, permitiendo elegir opciones con mayor potencia y seguridad.

10C. PORQUE EL DENGUE NOS SIGUE GANANDO LAS BATALLAS. SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS. José Antonio Samra. Médico Especialista en Pediatría, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

11C. SÍNDROMES GENÉTICOS ASOCIADOS A TALLA BAJA. Paola Bonilla. Médica Especialista en Endocrinología Pediátrica, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

12C. DOLOR ABDOMINAL CUANDO REMITIR. Giovanni Marie. Médico Especialista en Pediatría, Subespecialista en Cirugía Pediátrica, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

13C. ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES EN PEDIATRÍA. Carol Josseline Zúñiga García. Peditra, Neurología Pediátrica, Alta especialidad en Neurogenética, Médica adscrito Hospital del valle, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

Las Enfermedades Neuromusculares (ENM) son enfermedades complejas que pueden afectar al músculo, a la unión neuromuscular, al nervio periférico y/o a la motoneurona espinal, tienen una etiología genética o adquirida. Dentro de la localización del músculo se encuentra la distrofia muscular Duchanne/Becker siendo la distrofia genética más frecuente en pediatría, así como miopatías congénitas. En la unión neuromuscular miastenia congénita y miastenia Gravis, con respecto a nervio periférico la neuropatía genética más frecuente es Charcot Marie Tooth, y dentro de la localización de motoneurona motora, Atrofia Muscular Espinal (AME) de los cuales existen 4 tipos, AME I, II, III, IV, siendo una de las pocas enfermedades genéticas que dispone de tratamiento modificador de la enfermedad, marcando un parteaguas en la historia de neurología pediátrica. La sospecha clínica se realiza cuando un niño presenta hipotonía, retraso en el neurodesarrollo motor, alteración de la marcha, caídas frecuentes, debilidad muscular, alteraciones ortopédicas (pie cavo, escoliosis), trastornos respiratorios, de deglución y de lenguaje, elevación

de transaminasas sin causa hepática. Ante la sospecha clínica se deberá solicitar enzimas musculares (CPK, LDH, transaminasas), estudios neurofisiológicos (Velocidades de Conducción Nerviosa Electromiografía) y posteriormente estudio genético para confirmar el diagnóstico. El diagnóstico precoz de una enfermedad Neuromuscular marca la diferencia en el tratamiento del paciente, así como poder ofrecer un asesoramiento genético, mejorando la calidad de vida del paciente y de su familia.

14C. DETENCIÓN TEMPRANA DE AUTISMO. Misael Pineda. Médico Especialista en Psiquiatría Pediátrica, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

15C. ABORDAJE DEL DOLOR ABDOMINAL EN RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES. Luis Jovel. Médico Especialista en Gastroenterología Pediátrica, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

16C. EL IMPACTO DE LOS EFECTOS CARDIO-RENALES DE LOS ISGLT2 EN PREVENCIÓN PRIMARIA. Chih Hao Chen Ku. Especialista en Endocrinología, Máster en Farmacología y Toxicología, Clínica Los Yoses, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

17C. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDE. Gabriela María Guzmán Melgar. Médica Especialista en Medicina Interna, Subespecialista en Reumatología, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune sistémica asociada a un proceso inflamatorio crónico que puede dañar las articulaciones y órganos como riñón, pulmón, sistema nervioso central, sistema digestivo, ojos y piel. Está distribuida a nivel mundial, sin importar la edad, raza, sexo, etnia y nacionalidad. El diagnóstico se realiza de la suma de las manifestaciones clínicas y las alteraciones laboratoriales, conjunto englobado en los criterios European League Against Rheumatism y el American College of Rheumatology recopilados en el 2010. Además de artritis clínica, hay rigidez matutina, fatiga, febrículas, y la presencia objetiva al examen físico de sinovitis. Las manifestaciones extraarticulares pueden ser nódulos subcutáneos, vasculitis, livedo reticular, querato-conjuntivitis, sarcopenia, atrofia muscular, neumatía intersticial, y estos pacientes tienen mayor riesgo de enfermedad aterosclerótica, osteoporosis y enfermedad renal. En el laboratorio lo relevante es Factor Reumatoide y anti CCP positivos, elevación de VES y PCR, anemia de enfermedades crónicas, entre otros, y en rayos X hay osteopenia yuxta-articular, disminución de espacio articular y erosiones; en USG la presencia de sinovitis no clínica. El hecho de tener anticuerpos negativos no descarta la presencia de esta enfermedad y es allí donde tienen más relevancia las otras alteraciones laboratoriales, más el criterio clínico del reumatólogo. Cabe destacar que en este momento se encuentran en estudio otros anticuerpos que en un futuro podrían ayudar en el diagnóstico de aquellas AR seronegativas.

El tratamiento está enfocado en disminuir la progresión de la enfermedad, con el uso de AINEs, glucocorticoides en dosis bajas, FARMES que son medicamentos modificadores de la enfermedad vía oral como metotrexato, leflunomida, sulfasalazina, hidroxicloroquina; FARMES biológicos que están disponibles en el país y que han venido a mejorar el pronóstico a largo plazo de estos pacientes.

18C. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO NOVEDADES EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. Sinthia Solórzano. Médica Especialista en Medicina Interna, Subespecialista en Reumatología, Hospital Bendaña, San Pedro Sula, Honduras.

19C. ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES. Gabriela María Guzmán Melgar. Médica Especialista en Medicina Interna, Subespecialista en Reumatología, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

Las enfermedades reumáticas a nivel mundial tienen una gran relevancia ya que constituyen una de las mayores causas de discapacidad a nivel mundial en personas en edad laboral, son muy prevalentes y afectan a 1 de cada 4 adultos a nivel mundial. Todas estas alteraciones son de causa desconocida tienen un impacto tanto económico, social y personal, el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz y los avances en la investigación han ayudado a comprender mejor estas condiciones y las terapias biológicas han condicionado que los pacientes tengan un mejor pronóstico. La enfermedad reumática más frecuente y prevalente es la Osteoartritis, tipo degenerativa, su frecuencia aumenta con la edad, la incidencia es de 33 % en mayores de 70 años. La fibromialgia es un trastorno crónico que provoca dolor generalizado, la incidencia se estima en 2.4% en adultos, y el 95 % son mujeres. El lupus eritematoso sistémico es de las más graves ya que puede dañar órganos diana como riñones SNC, corazón y pulmón, tiene una incidencia variable, afectando más mujeres en una relación de 9 a 1. El síndrome de Sjögren primario que se caracteriza por sequedad de mucosas, es más frecuente entre los 40-60 años, en mujeres, la prevalencia varía de 0.5 - 4% en adultos que aumenta en mayores de 65 años. Las vasculitis sistémicas caracterizadas por la inflamación de los vasos sanguíneos de diferentes tamaños pueden afectar a todos los grupos de edad, no hay una estimación real de la frecuencia o incidencia, ya que esta subdiagnosticada. Las espondiloartritis y la gota son frecuente en hombres, las miopatías inflamatorias, síndrome antifosfolípidos, esclerosis sistémica, artritis psoriásica son relativamente frecuentes, incapacitantes y son de manejo multidisciplinario.

20C. ACTUALIZACIÓN DE PROTECTORES SOLARES. Judith Alicia Pineda Pineda. Médica Subespecialista en Dermato oncología y Cirugía Dermatológica, Hospital Cemesa, San Pedro Sula, Honduras.

El uso de protectores solares es cada vez más frecuente debido a los niveles de radiación solar más intensos como consecuencia del cambio climático. Sin embargo, estas

sustancias deben cumplir algunos requisitos para su uso. En primer lugar, deben tener protección para radiación ultravioleta B, que está dado por el factor de protección solar que debe ser de 50+, que es la denominación más alta. Protección para radiación ultravioleta A, que se mide por estrellas o cruces, siendo la más alta de tres o más. Existen además dos tipos: los físicos o minerales, que reflejan la radiación solar y que son el dióxido de titanio y el óxido de zinc; y los químicos, que absorben la radiación solar y la dispersa. Entre los protectores solares químicos, se debe evitar el uso de la oxibenzona que se absorbe y puede producir alteraciones en la reproducción. Cantidad y frecuencia: existe una norma sencilla que es la de las cucharaditas de té (se presenta esquema). La frecuencia de reaplicación es de cuatro horas en condiciones normales y cada dos horas si se está en mar o piscina. Cada año, 25,000 toneladas de cremas (protectores solares) llegan a los océanos dañando a las especies marinas, sobre todo los corales, por lo que se debe usar los protectores minerales, que producen poco o ningún daño. Se ha involucrado el uso de protectores solares con la deficiencia cada vez más frecuente de vitamina D, en consecuencia, debemos hacer uso racional de los protectores solares para evitar daño al ambiente y a los seres humanos.

21C. DERMATOSCOPIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA. Karina Lizzeth Alvarenga Alvarado. Especialista en Dermatología, San Pedro Sula, Honduras.

La dermatoscopia es una técnica no invasiva, ayuda a evaluar de manera rápida y sencilla, lesiones de piel que en la clínica podrían considerarse banales, pero que pueden significar un problema serio para el paciente. Se usa el dermatoscopio, un dispositivo con lentes de aumento y luces LED que mejoran la calidad de lo visto por el ojo común, distingue lesiones de origen melanocítico y no melanocítico. El fin es detectar a tiempo lesiones cancerosas incipientes. Siendo el melanoma maligno la lesión que más nos preocupa, puede ser detectado de forma incipiente (in situ) así como otras tumoraciones como carcinomas basocelulares, espinocelulares y muchas patologías que en la práctica clínica se requeriría de biopsia para poder ofrecer a los pacientes diagnósticos más precisos y descartar malignidad. Además, ayuda a demarcar tumores poco precisos para su adecuada resección y llevar en el tiempo el seguimiento de muchas condiciones de piel y evaluar con ello tratamientos médicos, por ejemplo, en alopecia areata evaluar el repoblamiento de cabellos. La mayoría de los problemas de piel incluso pueden evaluarse con el dermatoscopio y se pueden correlacionar con la histopatología los hallazgos clínicos con los de la patología. La comprensión de la técnica requiere estudio de lo que se observa con el dermatoscopio. Un dermatoscopista es un verdadero cazador de cáncer de piel. Cada color que se visualiza en la dermatoscopia sirve de referencia para descartar lesiones benignas de aquellas malignas y ayuda a evitar biopsias innecesarias en la práctica diaria.

22C. URGENCIAS DERMATOLÓGICAS. Heriberto Osorio. Médico Especialista en Dermatología, Clínica Hospel y MedSpa, Santa Rosa de Copán, Honduras.

Las emergencias dermatológicas implican aquellas situaciones patológicas con riesgo vital inmediato para el paciente, afortunadamente no son muchas, pero las hay y requieren una atención rápida. Las emergencias dermatológicas agudas cubren una amplia gama de erupciones cutáneas graves. Varias de estas erupciones son potencialmente mortales y conllevan una morbilidad y mortalidad significativas. Las emergencias dermatológicas ocurren en todos los espectros de edad, raza y género; A este respecto, cuando aparecen, es importante tener la sospecha y realizar el estudio adecuado de manera temprana, pudiendo en este punto convertirse el diagnóstico dermatológico en crucial para la vida del paciente. Esto podemos observarlo en ciertas dermatosis paraneoplásicas, vasculitis, infecciones cutáneas graves de partes blandas, enfermedades ampollas, toxicodermias graves, etc. Entre las emergencias a considerar están la urticaria, el angioedema, la necrólisis epidérmica tóxica, el síndrome de Stevens-Johnson y el de piel escaldada por estafilococo, enfermedades ampollas autoinmunitarias, como pénfigo, penfigoide y eritrodermia exfoliativa. El manejo multidisciplinario con personal de enfermería, médicos generales y dermatólogos, así como otros especialistas es esencial para garantizar que los pacientes puedan mantenerse sistémicamente estables mientras se instauran los tratamientos adecuados.

23C. MANIFESTACIONES UNGUEALES EN ENFERMEDADES SISTÉMICAS. Claudia Gutiérrez. Médica Especialista en Dermatología, Liga Hondureña Contra el Cáncer, San Pedro Sula, Honduras.

No todo lo que se observa en uña es una enfermedad micótica, hay enfermedades que con la inspección exhaustiva en el examen físico de las uñas podemos encontrar pistas diagnósticas que nos orienten a ellas mismas, las uñas son anexos cutáneos de protección. Al realizar el examen de las uñas, es indispensable examinar las 20 uñas, así como los tejidos circundantes. La Observación de los cambios en las uñas se remonta a los tiempos de Hipócrates cuando describió la acropaquia, relacionando algunos de esos cambios a enfermedades metabólicas, piel, fármacos, enfermedades mentales o algunos síndromes. Podemos mencionar la coiloniqia o uñas en cuchara que nos orienta a pensar en anemia o en enfermedades como la hemocromatosis, los dedos en palillo de tambor nos sugieren desde enfermedad pulmonar hasta enfermedad inflamatoria intestinal, las hemorragias en astilla se pueden observar en pacientes con soplo cardíaco, así como otras enfermedades. Teniendo en cuenta esto tenemos herramientas para ayudar de una manera más eficaz a nuestros pacientes.

24C. OBESIDAD Y MANEJO ANOREXÍGENO, ABORDAJE DEL PACIENTE CON SOBREPESO Y OBESIDAD. Tirzo Israel Godoy Torres. Especialista en Medicina Interna Fellow en Nutrición Clínica con orientación en Obesidad y Sobrepeso Medicina del Deporte, Tegucigalpa, Honduras.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la obesidad y el sobrepeso como la “acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”. El tejido graso como modulador endocrino expresa cambios hormonales asociados a la obesidad, esto evidencia que hasta el 60% de los pacientes con esta enfermedad tienen un trastorno hormonal, en la Génesis de la enfermedad hay dos hormonas fundamentales: La Ghrelina, es hormona gastrointestinal identificada como un potente regulador de la alimentación y control del peso corporal; La Leptina, inhibe la producción de hormonas y péptidos que incrementan el apetito y los deseos de comer. Estimula la síntesis de señales de producción de saciedad, es decir, nos ayuda a no sentir hambre y a reducir la ingesta de alimentos. Existen otras hormonas implicadas con la fisiopatología de la obesidad, estas son: cortisol esteroides más importantes en la especie humana ya que controla el metabolismo lipídico, proteico y glucídico, manejo hidroelectrolítico. Este hipercortisolismo genera un fenotipo caracterizado por obesidad centrípeta, diabetes o resistencia insulínica e hipertensión arterial, asemejándose mucho a las alteraciones descritas en la obesidad central. Referente a la glándula tiroidea el aumento de la leptina, estimula la producción de pro-TRH y ocasiona un menor número de receptores de T3 en el torrente sanguíneo, elevando la TSH, Conociendo el problema debemos clasificar la enfermedad de acuerdo a sus fenotipos en cerebro hambriento (saciedad anormal) hambre emocional (alimentación hedónica) intestino hambriento (saciedad anormal) y combustión lenta (tasa metabólica disminuida). Una vez clasificados debemos ofrecer los fármacos según su descripción, para ello usaremos los siguientes: anorexígenos que interfieren con la absorción intestinal de los nutrientes y los termogénicos que incrementan el gasto metabólico de los nutrientes.

25C. DIETA MEDITERRANEA, DESDE EUROPA A NUESTRA MESA. Kathia Joaquina García Martínez. Doctora en Medicina y Cirugía, Máster en Nutrición Clínica, Coaching Nutricional, Hospital del Caribe, Puerto Cortés, Honduras.

Desde hace más de 60 años, se conoce que la alimentación mediterránea es un patrón alimentario muy importante para la prevención de enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión y obesidad entre otros. Junto a mejoras en el estilo de vida, la realización de más ejercicio e hidratación adecuada, le confieren una asociación importante en el aumento y calidad de la esperanza de vida. Sabemos que la buena salud depende de variables como una adecuada alimentación, nivel socio económico, escolaridad, tipo y horario de trabajo, localización geográfica, relaciones familiares, actividades sociales etc. Es por eso que, el adoptar tempranamente patrones saludables de

alimentación como la dieta mediterránea, realizar mayor actividad física y mejorar nuestro entorno psicosocial, va a repercutir positivamente en una mejor salud. Es urgente socializar con la población, los beneficios que esta práctica nutricional tiene, sacándole partido a la producción agrícola propia, con nuestras verduras y frutas de estación, un mayor consumo de alimentos integrales, mayor consumo de semillas mixtas, aumento en el consumo de productos artesanales y menos industrializados, consumo de lácteos y yogures, aprovechar las zonas de pesca para aumentar el consumo de pescados, especialmente los azules y sobre todo, hacer un esfuerzo económico para sustituir grasas dañinas por el pilar de la dieta mediterránea, el oro líquido, el aceite de oliva extra virgen.

26C RESONANCIA MAGNÉTICA E INTELIGENCIA ARTIFICIAL EL NUEVO FUTURO DE LA RADIOLOGÍA. Lisseth Espinoza. Neurrorradióloga, Instituto Hondureño del Seguro Social, San Pedro Sula, Honduras.

27C ROL DE LOS ESTUDIOS DE IMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA MAMARIA. Magaly Esther Henríquez Urrea. Radióloga con alta especialidad en imagen e intervención de mama, Clínica Radiológica DIMAC, Puerto Cortés, Honduras.

Los estudios de imagen son de utilidad intangible en el diagnóstico de patologías mamarias, estableciéndose la mamografía como primer método de estudio en pacientes mayores de 40 años, utilizándose como método de tamizaje y diagnóstico. El papel principal de la mamografía es la detección temprana del cáncer de mama cuando aún es asintomático. Como segundo método de imagen contamos con el ultrasonido, el cual se utiliza como complemento a la mamografía. No obstante, éste es el primer método de imagen diagnóstico en pacientes menores de 40 años. Es un método inocuo y accesible que nos permite caracterizar los nódulos encontrados en mamografía, valorar forma, márgenes, ecogenicidad, entre otros. La tomo-síntesis consiste en una mamografía 3D, que permite hacer cortes finos de una mama y su utilidad es mayor en pacientes que tienen composición fibroglandular heterogénea y extremadamente densa. La mamografía contrastada ha adquirido un auge en los últimos años utilizándose como método de imagen funcional en pacientes en las que se requiere determinar multifocalidad y multicentricidad. También se ha visto utilidad para determinar la extensión del tumor. Este método ha tenido una sensibilidad y especificidad tan alta como la resonancia magnética, tiene un menor costo efectivo y el tiempo de realización es mucho menor. La resonancia magnética es el método con mayor sensibilidad para determinar el tamaño exacto de un tumor, determinar extensión y si existe o no recurrencia. Tanto la mamografía, ultrasonido y RMN permite evaluar a pacientes que tienen algún signo o síntoma sugerente de patología, no obstante, no hay ningún estudio que garantice la ausencia de cáncer de mama, por lo que es sumamente importante la correlación entre imagen y hallazgos clínicos.

28C. ABORDAJE MÉDICO Y QUIRÚRGICO DE PATOLOGÍA MAMARIA, DIAGNÓSTICO DE PRECISIÓN. Manuel Maldonado. Médico Especialista en Cirugía Oncológica y Mastología, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

29C. EL DENGUE. Gabriela María Rivera Vega. Médica Residente del Posgrado de Pediatría EUCS UNAH-VS, San Pedro Sula, Honduras.

El dengue es una enfermedad infecciosa sistémica y dinámica que puede cursar asintomático o presentar un espectro clínico que incluye manifestaciones graves o no graves. La fase crítica está marcada por la defervescencia de la fiebre, acompañado de un aumento en la permeabilidad capilar, lo que propicia extravasación de plasma, aumento del hematocrito. El choque se produce cuando se pierde un valor crítico de plasma por extravasación y es precedido por signos de alarma. La monitorización hemodinámica juega un papel importante en el reconocimiento temprano del choque, lo que nos permite un manejo adecuado del paciente y facilitar el diagnóstico. Los parámetros hemodinámicos primarios incluyen la frecuencia cardíaca (FC) y la presión arterial (PA), mientras que los parámetros hemodinámicos avanzados incluyen el volumen sistólico (SV), el gasto cardíaco (CO) y la resistencia periférica total (TPR). En la actualidad se han establecido protocolos de ecografía a pie de cama, que son de utilidad para identificar los tipos de choque y para guiar la fluidoterapia en pacientes con choque hipovolémico. Aunque el índice de perfusión no puede reemplazar la mano de obra en el seguimiento de los niños enfermos en las unidades de cuidados intensivos, puede ayudar a detectar el choque en las primeras etapas, lo que puede conducir a mejores resultados en estas unidades. El choque clínico en niños puede detectarse razonablemente mediante valores bajos del índice de perfusión (IP) con alta sensibilidad y baja falsa positividad. Una reducción de alrededor del 57% en el IP respecto del valor inicial puede predecir un choque inminente. Puede usarse de forma continua para detectar una perfusión deficiente en las primeras etapas. El monitoreo hemodinámico es importante en el curso de la enfermedad por dengue, por lo que deben vigilarse continuamente hasta tener parámetros óptimos, que nos garanticen la supervivencia del paciente.

30C. ADICCIÓN A LA NUEVA TECNOLOGÍA. Misael Pineda. Médico Especialista en Psiquiatría Pediátrica, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

31C. ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO UN DESAFÍO CLÍNICO. Arnold René Thompson. Neurólogo, Subespecialidad en Epilepsia, Hospital Bendaña, San Pedro Sula, Honduras.

El ataque isquémico transitorio (AIT) es un episodio de alteración neurológica focal provocado por isquemia cerebral, medular o retiniana sin infarto agudo. La duración de 24 horas

se determinó de forma arbitraria, pero los AIT suelen durar menos de 1 hora. La duración media del AIT carotídeo es de 14 minutos y la del vertebrobasilar de 8 minutos. Los AIT son predictores de infarto cerebral y de infarto de miocardio, lo que nos obliga a tomar medidas terapéuticas adecuadas y agresivas. La principal causa de los AIT es la aterosclerosis, seguida de las cardiopatías embolígenas. Los AIT del territorio vertebrobasilar son, más a menudo, hemodinámicos, ya sea de origen sistémico (hipotensión arterial o disminución del gasto cardíaco) o local (patología cervical, síndrome del robo de la subclavia). Los síntomas de los AIT son habitualmente deficitarios y dependen de la localización de la isquemia. Cuando se ve afectado el territorio carotídeo, los síntomas reflejan la isquemia del cerebro o del ojo. Una forma infrecuente de AIT carotídeo son las sacudidas no epilépticas de las extremidades (*limb shaking*), que se dan en pacientes con estenosis importante de la carótida interna en relación con mecanismos hemodinámicos. Cuando cualquiera de esos síntomas (vértigo, náuseas, inestabilidad, *drop attack*, confusión o amnesia) aparece de forma aislada, raramente está causado por un AIT. El tratamiento amerita vigilancia hospitalaria en forma inicial y tratamiento similar al de un ictus establecido. El reto es la rápida identificación por parte de los médicos de atención primaria y de los servicios de urgencias.

32C. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE POLINEUROPATÍAS. Allan Álvarez. Médico Especialista en Neurología y Neurofisiología, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

33C. EPILEPSIA Y TRATAMIENTO. Arnold René Thompson Cerna. Médico Especialista en Neurología, Subespecialista en Epilepsia, Hospital Bendaña, San Pedro Sula, Honduras.

La epilepsia es el trastorno neurológico grave más frecuente en el mundo, afectando aproximadamente a 60 millones de personas en el mundo; se define como un trastorno del cerebro caracterizado por una predisposición para generar crisis epilépticas, con las consecuencias neurológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta condición, y en consecuencia, la elección de fármaco anti-crisis (FAC) óptimo para cada paciente puede significar un verdadero reto, sobre todo cuando se trata de grupos especiales (niños, adultos mayores y mujeres embarazadas). Las opciones terapéuticas en relación a los FAC se han incrementado en los últimos 15 años, limitándose a no más de 6 fármacos hasta 1995 para superar los 25 fármacos para el año 2024. La cuidadosa valoración pre-quirúrgica permite determinar la resección de la zona epileptogénica, buscando la mejoría o al menos no progresión de la enfermedad. Adicionalmente, se han diseñado dispositivos electrónicos neuromoduladores como el estimulador de nervio vago (VNS), la estimulación cerebral profunda (DBS), la estimulación neuronal responsiva. Finalmente, la dieta cetogénica constituye una buena opción para los pacientes con epilepsia.

34C. ACTUALIZACIÓN DE MIGRAÑAS. Allan Álvarez. Especialista en Neurología y Neurofisiología, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

35C. PHOENIX SEPSIS SCORE. Karen Lizeth Escoto Cruz. Médica Residente de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en Valle de Sula, San Pedro Sula, Honduras.

La sepsis afecta a niños en todo el mundo, con una incidencia de 27 millones de casos al año. La morbimortalidad asociada sigue siendo alta, la detección temprana y el tratamiento adecuado son de vital importancia en esta población vulnerable. En los últimos 20 años se han empleado los términos SIRS, sepsis y choque séptico en base a definiciones establecidas en consensos mundiales sobre sepsis, sin embargo, estos términos han presentado discrepancias en la aplicación práctica o no son específicos para la población pediátrica. Por ello en 2019, la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos convocó a un comité de 35 expertos en sepsis pediátrica a nivel mundial, con el propósito de elaborar definiciones operativas actualizadas. Basándose en una encuesta global, una revisión sistemática y un metaanálisis. Se revisaron más de 3 millones de historias clínicas de pacientes menores de 18 años con sepsis. Se observó una mortalidad aumentada en pacientes con disfunción en al menos uno de los siguientes sistemas: cardiovascular, respiratorio, coagulación y/o neurológico; por lo tanto, se establecieron estos cuatro sistemas como los pilares en los que se basa el Phoenix Sepsis Score (PSS). La Sepsis pediátrica se define ahora como la presencia de 2 o más puntos en el PSS, indicando disfunción orgánica potencialmente mortal en los sistemas cardiovascular, respiratorio, coagulación y/o neurológico, en un paciente con sospecha o confirmación de infección. El Shock séptico se define por la presencia de sepsis además de 1 o más puntos en el componente cardiovascular del PSS, es decir, hipotensión, lactato elevado, o uso de medicamentos vasoactivos. La propuesta de nuevas definiciones de sepsis en pediatría ofrece criterios más precisos y sensibles para el diagnóstico temprano de sepsis, empleando la asociación de criterios clínicos y de laboratorio. La aceptación e implementación en la práctica médica es el siguiente desafío.

36C. ESCROTO AGUDO. Norma Suyapa Oviedo Martínez. Especialista en Cirugía Pediátrica Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

El escroto agudo en pediatría se trata de una emergencia médico-quirúrgica muy frecuente. En pediatría tiene un aumento de su incidencia en la etapa neonatal y en la adolescencia. En esta afección el dolor testicular agudo es el síntoma cardinal, está asociado a inflamación de la zona escrotal (rubor, calor, aumento de volumen e impotencia funcional). Las causas más frecuentes suelen ser la torsión testicular, la torsión de hidátides o apéndices testiculares y la orquiepididimitis, y entre ellas la torsión testicular es la que posee mayor repercusión en la vida del paciente ya que al presentar una interrupción mantenida

en el flujo vascular del mismo ocurre isquemia, teniendo una ventana de 8 horas para su diagnóstico y tratamiento adecuado, con el fin de conservar la viabilidad del testículo afectado. Su diagnóstico es clínico, y ante su sospecha debe referirse siempre a un cirujano pediatra para su evaluación. Se puede considerar indicar estudios de imágenes para ayudar a confirmar el diagnóstico, el ultrasonido doppler es el estudio de elección por su alta especificidad y sensibilidad, siendo este de gran ayuda para concluir si requiere tratamiento quirúrgico inmediato o manejo conservador, según sea el diagnóstico etiológico, siempre teniendo en cuenta que es un estudio operador dependiente y ante la duda diagnóstica el manejo debe ser quirúrgico de urgencia. Los pacientes adolescentes son propensos a la orquiectomía luego de una torsión del cordón espermático por la demora en consultar al médico luego del comienzo de los síntomas, ya sea por su idiosincrasia, pena o bajo nivel de confianza con sus padres, por lo cual debemos enfatizar la importancia de los dolores testiculares en la población adolescente.

37C. INDICACIÓN DE CISTOSCOPIA. Keemberlee Vilchez. Médico Especialista en Urología. Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

38C. CRANEOTOMÍA DESCOMPRESIVA. Francisco López. Especialista en Neurocirugía, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

Es una alternativa dentro de la cantidad de procedimientos de cirugía neurológica que tenemos a disposición los especialistas para brindar una cirugía de urgencia extrema cuando un paciente es evaluado y considerado en alto riesgo de pérdida de la vida al detectarse que tiene un edema cerebral masivo y que produce un Síndrome de Hipertensión intracraneana severa y que ha sido muy difícil controlar el edema cerebral y que se le denomina como muy maligno. El tratamiento médico y quirúrgico en la etapa inicial de un TEC severo se enfoca en evitar la elevación de la presión intracraneana (PIC) y obtener adecuados parámetros de presión de perfusión cerebral (PPC); asimismo la prevención de la injuria cerebral secundaria como consecuencia de una elevación de la PIC es el pilar del manejo médico, según lo establecido por la Brain Trauma Foundation. Es un procedimiento quirúrgico terapéutico que se realiza con el intento de tratar la hipertensión intracraneana refractaria y a la vez maximizar el tratamiento médico indicado, puede incluirse remoción de tejido cerebral en pacientes sometidos a cirugía para evacuar una lesión intracraneal, consiste en la resección de parte de la bóveda craneana (craniectomía) con el fin de dar más espacio al cerebro y así aliviar la hipertensión intracraneana, por lo que está indicado para el tratamiento en traumatismo encéfalo craneano severo e hipertensión endocraneana de cualquier etiología y que no responde a medidas terapéuticas. Se presentarán aspectos teóricos y prácticos de esta cirugía neurológica con sus indicaciones y limitaciones, las técnicas del procedimiento, expectativas pro

y en contra del beneficio hacia los pacientes y algunos casos clínicos con sus fotos de la craneotomía realizada al inicio y las fotos de la Cranioplastía final por un equipo de especialistas en neurocirugía, anestesiólogos y médicos generales.

39C. PATOLOGÍAS ANORRECTALES MÁS FRECUENTES.

Saúl Ortiz. Médico Especialista en Coloproctología, Hospital y Clínica Cristiana, San Pedro Sula, Honduras.

40C. SISTEMA INTEGRADO DE SALUD Y APS. Engels Alexis Sandoval. Médico con Maestría en Epidemiología, Centro Integral en Salud Dolores, Copán, Honduras.

El concepto de servicios de salud integrados: se refiere a la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciben un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud. La causa de la fragmentación de los servicios de salud se debe a: La segmentación del sistema de salud, la descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención, el predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, la separación de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas, el modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado agudo y el manejo intrahospitalario, la debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria, problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos, culturas organizacionales contrarias a la integración. Desafíos de la fragmentación de los servicios de salud: A nivel de la experiencia de las personas con el sistema: Falta de acceso a los servicios y/o de oportunidad en la atención, pérdida de la continuidad de los procesos asistenciales, falta de conformidad de los servicios con las necesidades y las expectativas de los usuarios. A nivel del desempeño general del sistema: Descoordinación e incomunicación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de servicios e infraestructura, capacidad instalada ociosa en algunos casos, sobre utilización de recursos en otros casos, cuidado de salud provisto en el lugar menos apropiado. Particularmente a nivel hospitalario: Distribución inequitativa de los centros de atención que no considera la ocupación del territorio por la población.

41C. INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN ASMA. Zahdia Saavedra. Especialista en Neumología, Hospital del Caribe, Puerto Cortés, Honduras.

La inteligencia artificial en medicina ha sido un agente de cambio en la forma en que nos aproximamos a la respuesta de las necesidades clínicas de los pacientes, permitiendo obtener resultados a corto tiempo, menor costo y ajustados a las necesidades diarias de la atención. El manejo del asma no es la excepción al uso de nuevas tecnologías y los estudios de modelado surgen como una herramienta para aproximarse a los objetivos a conseguir con los pacientes en diferentes estados

de severidad del asma ; el estudio MASTER 1 y el modelado de más de 16.000 datos de pacientes con asma leve a grave, identificó factores como el sobrepeso y obesidad, tabaquismo, sexo femenino y mal control de la enfermedad, como de alto riesgo de exacerbación; a su vez en el estudio MASTER 2, en donde se modelaron escenarios de diferentes patrones de uso y adherencia de Salmeterol/Fluticasona Vs Formoterol/budesónida se identificó que aún en estos pacientes de alto riesgo existe un impacto en el riesgo anual de exacerbación según la terapia elegida; en otro estudio, también con inteligencia artificial, evaluando en esta oportunidad el riesgo beneficio del uso de la terapia con Budesonida/formoterol Vs Salmeterol/fluticasona en pacientes con asma grave según los diferentes esquemas de uso y de adherencia también se encontró superioridad de riesgo Vs beneficio de 2.8, cuando se usa Salmeterol/fluticasona Vs Budesonida/formoterol en esquema de uso proactivo Vs cualquier esquema de uso con Budesonida. Sin duda, la inteligencia artificial en medicina y en salud respiratoria es una realidad que nos permite tener respuestas clínicas cercanas a las características propias de nuestros pacientes, permitiendo aproximarnos al concepto de individualización y rasgos tratables confirmando que no todos los pacientes son iguales y por consiguiente sus estrategias de tratamiento también deben ser adaptadas a sus particularidades y necesidades.

42C. PREDICCIÓN Y PREVENCIÓN DE PREECLAMPSIA.

Mónica García Santacruz. Especialista en Ginecología y Obstetricia, Subespecialista en Medicina Fetal, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

La Preeclampsia es un desorden multisistémico del embarazo caracterizado por la elevación de la presión arterial con proteinuria significativa después de la semana 20. Puede producir complicaciones maternas, neonatales y cardiometabólicas a largo plazo en madres y neonatos. Se subclasifica en: Temprana (<34 semanas), Pretérmino (<37 semanas) y Tardía o de término (> 37 semanas); La temprana y pretérmino son las que se asocian a mayor riesgo de complicaciones. La preeclampsia consiste en un proceso de 2 etapas, en la primera etapa factores maternos, genéticos e inmunológicos pueden causar una invasión trofoblástica inadecuada que da como resultado una mala placentación; La segunda etapa se caracteriza por stress oxidativo que estimula la liberación de citoquinas inflamatorias, autoanticuerpos de angiotensina 1, factores antiangiogénicos y micropartículas, que llevan a una disfunción endotelial que es lo que produce las manifestaciones clínicas. La etapa 1 ocurre en el 1er. trimestre del embarazo y es el momento oportuno para la predicción y prevención de preeclampsia. El algoritmo propuesto por la Fundación de Medicina Fetal (FMF) para la predicción de preeclampsia en el 1er. trimestre, consiste en la combinación de factores maternos, presión arterial media, pulsatilidad de las arterias uterinas y marcadores bioquímicos, ha sido satisfactoriamente validado, y alcanza tasas de detección de 90%, 75% y 41% para la temprana, pretérmino

y tardía respectivamente, con tasas de falso positivo del 10%; Este algoritmo posee una ventaja, se puede implementar sin la incorporación de marcadores bioquímicos, alcanzando tasas de detección de 83%, 68% y 41% para preeclampsia temprana, pretérmino y tardía respectivamente. La predicción de preeclampsia en el 1er. trimestre, seguido de la administración de aspirina a bajas dosis ha demostrado que reduce la aparición de preeclampsia temprana hasta un 62%.

43C. IMPORTANCIA DE LA TERAPIA HORMONAL EN LA MENOPAUSIA (THM). Cinia Lorena Perdomo Castellón. Gineco-obstetra, Cirugía Genital Endocrinología ginecológica, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

La THM sigue siendo la terapia más efectiva para los síntomas vasomotores y atrofia urogenital; aprobado como primera línea de tratamiento por FDA. La THM ha demostrado ser efectiva en la prevención de la pérdida de masa ósea en mujeres postmenopáusicas. Indicaciones aprobadas por FDA: Síntomas Vasomotores: Aprobado como primera línea de tratamiento, Síndrome Genitourinario: aumenta el trofismo de la vagina, disminuye el pH vaginal y trata los síntomas de atrofia vulvovaginal, prevención pérdida de Masa Ósea: Previene la pérdida de masa ósea y reduce el riesgo de fractura en mujeres. Contraindicaciones absolutas: Sangrado vaginal de origen desconocido, carcinoma de mama, carcinoma de endometrio o hiperplasia atípica, enfermedad hepática/renal/ cardíaca grave, trombosis profunda o antecedentes tromboembólicos, alteraciones congénitas del metabolismo lipídico. Contraindicaciones relativas: Várices y flebitis, epilepsia, litiasis vesicular, migraña, endometriosis, miomatosis múltiple, lupus eritematoso sistémico hipertriglicéridemia. Las pacientes que pueden recibir esta terapia: peri y post menopausia, insuficiencia ovárica prematura, síndrome genitourinario de la menopausia y riesgo de osteoporosis. Elección terapéutica: Pacientes con mamas densas, historia familiar, BRCA, obesas; progesterona micronizada o midrogesterona; pacientes con riesgo cardiometabólico, hipertensas, IR, DM, síndrome metabólico, obesas: progesterona micronizada, didrogesterona, drospirenona riesgo óseo, delgadas, uso de corticoides, riesgo familiar de osteoporosis; Ac. noretisterona, didrogesterona, Ac. nomegestrol, acetato de medroxiprogesterona; Insomnio, alteraciones del ánimo: progesterona micronizada, Ac. noretisterona tibolona; acción especial sobre diferentes receptores hormonales, además aprobada para la prevención de osteoporosis. Todas las sociedades científicas apoyan el uso de terapia hormonal para mejorar la calidad de vida las mujeres.

44C. PARTO INSTRUMENTADO EN EL SIGLO XXI. Marco Antonio Urquía Lazo. Especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras.

La extracción instrumental permite el parto asistido de un feto cuyo estado exige nacimiento rápido, o cuando los esfuerzos expulsivos maternos no provocan el parto espontáneo. Los partos vaginales instrumentados representan alrededor del

15-20 % del total de partos vaginales. El instrumento (fórceps / espátulas / ventosa) se aplica sobre la cabeza fetal y se obtiene la presentación mediante tracción de la misma y/o ampliando el canal del parto. Este tiene indicaciones puntuales que pueden ser maternas, fetales o propias de la progresión del trabajo de parto. El uso de la instrumentación en el parto vaginal ha disminuido principalmente por el aumento en el número de cesáreas cuando se espera un parto difícil, por razones médico legales y por un menor entrenamiento en las escuelas de obstetricia. Sin embargo, existen situaciones en las cuales la instrumentación tiene una indicación superior a la cesárea. Motivo por el cual el obstetra debe estar entrenado en su uso e indicaciones, teniendo en cuenta que la cesárea tiene mayores riesgos para la madre en algunas situaciones y para el bebé; además, en ocasiones cuando no se pudiera realizar una cesárea en tan corto tiempo, por el personal e instalaciones que se requieren (quirófano ocupado, anestesiólogo en otro servicio, etc.) además es de mucha importancia que el parto instrumentado aumenta las posibilidades del número de partos vaginales subsiguientes en comparación con el número de cesáreas. Sin embargo, los partos instrumentados si están asociados con un aumento en la morbilidad materna, principalmente al trauma del piso pélvico, mayor sangrado y dolor; igualmente se asocian a mayor morbilidad neonatal, la cual disminuye a medida que se incrementa la experiencia del operador.

45C. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CÁNCER DE CÉRVIX ESTADIO TEMPRANO. José Manuel Palomo. Especialista Ginecólogo-Oncólogo, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

46C. VACUNACIÓN COVID-19 EN EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA, ÚLTIMAS RECOMENDACIONES. Sandra Castillo. Ginecóloga Bióloga en Reproducción, Clínica Santa María, Peña Blanca, Cortés, Honduras.

47C. LA VIDEO-LAPAROSCOPIA COMO MANEJO QUIRÚRGICO PARA LAS PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS. Mario Roberto Pinto Romero. Ginecólogo-Obstetra, Subespecialidad en Laparoscopia Ginecológica, experto en Oncología Endoscópica Ginecológica, Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, San Pedro Sula, Honduras.

Las indicaciones de la video-laparoscopia están íntimamente relacionadas con la historia en los avances tecnológicos de los exámenes diagnósticos (ultrasonografía, tomografía computarizada, resonancia magnética, etc.). Comenzó como un método diagnóstico, después pasó a permitir pequeños procedimientos, posteriormente a cirugías mayores, pero mínimamente invasivas. Dentro de las indicaciones de la video laparoscopia en ginecología se encuentran: miomas, adenomiosis, hiperplasia de endometrio, perforación uterina, cáncer de cuello y de endometrio, endometriomas, tumores benignos de ovario, ovarios poliquísticos, malformaciones genitales, obstrucción tubárica, hidrosalpinx, embarazo tubárico, deseo de anticoncepción definitiva, quistes paraováricos,

endometriosis, enfermedad inflamatoria, adherencias pélvicas, incontinencia urinaria, prolapso genital. Los avances de las técnicas anestésicas, con mejor monitorización de la paciente y el mejor control del neumoperitoneo y de sus consecuencias, permitió una disminución de las limitaciones de la videolaparoscopia. Después de 18 años de experiencia en estar realizando video laparoscopia ginecológica podemos decir que el 95% de las enfermedades ginecológicas que necesitaban cirugía se pueden realizar por esta técnica. Dentro de las ventajas se encuentran: Hay un aumento considerable de la imagen permitiendo una mayor precisión quirúrgica y menor trauma; menor respuesta inmune, hormonal e inflamatoria con menor dolor postoperatorio; menor tiempo de hospitalización, menor incidencia de hematoma e infección de la herida; mejor resultado estético.

48C. SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO. Eduardo Bueso. Especialista en Ginecología, Subespecialista en Medicina de Reproducción, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

49C. MANEJO DE LA PACIENTE CON RIESGO DE PARTO PREMATURO. Arlin Varela, Especialista en Ginecología, Fellow Medicina Materno Fetal, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

50C. CIRUGÍA DE COLUMNA MÍNIMAMENTE INVASIVA, ASPECTOS ACTUALES. Isaí Gutiérrez. Especialista en Neurocirugía, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL)

1TL. HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO EN DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA CLÍNICA DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL (CAMI). Elvin Omar Videa Irfas¹, Ginalizia Murillo Castro², Katherine Chinchilla³, María José Ortega⁴, Anarda Ivette Padilla⁵ ¹Especialista en Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Clínica de Atención Médica Integral (CAMI). ^{2,3,4,5} Doctor en Medicina y Cirugía, UNAH, CAMI. Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA) presenta una prevalencia de un 20% entre la población general, siendo la prevalencia de DM2 en personas con EHGNA entre 30-80%, en nuestro país la casuística es escasa por lo que es de interés conocer el comportamiento de esta condición en nuestra población que convive con DM2. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de la enfermedad del hígado graso no alcohólico en pacientes con DM2. **Metodología:** Estudio de serie de casos en 30 pacientes que acudieron espontáneamente a la feria de salud organizado por la Clínica de Atención Médica Integral (CAMI), realizándoles exámenes laboratoriales y ecografía hepática. **Resultados:** El 67% (20) eran mujeres, el 33% (10) hombres, 47% (14) estaban entre 60 y 69 años, 60% (18) tenían más 10 años de presentar DM2, la condición nutricional predominante fue el sobrepeso en 37% (11), en exámenes laboratoriales el 50% (15) presentó valor glicémico en meta de ayuno, el restante se encontraba en valor mayor a 130 mg/dl, en la población que se efectuó HbA1c el 73% (10) tenían un valor mayor a 7%, el 60% (12) de las mujeres y 60% (6) de los hombres presenta niveles de HDL inferiores al valor esperado por género. Por ecografía hepática el 67% (20) presentó EHGNA en los grados: el 40% (12) grado I, el 24% (7) grado II y 3% (1) presentó grado III. **Recomendaciones:** El estudio encontró que los datos son similares a los internacionales, mostrándose una tendencia aun mayor, evidenciando con ello la relación directa que existe entre la DM2 y la EHGNA. Es válido recomendar la evaluación hepática una vez al año en los pacientes con DM2, el diagnóstico temprano llevará a una intervención que limitará el progreso de la enfermedad hepática evitando terminar en cirrosis o en carcinoma hepatocelular.

2TL. DESCRIPCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN DANLÍ, EL PARAÍSO. OCTUBRE 2018-MAYO 2019. Miriam Ordoñez Andrade¹, Pedro Martin Fiallos². ¹Máster en Epidemiología y Salud Pública, Hospital Gabriela Alvarado (HGA), Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). ²UNAH, Danlí, El Paraíso, Honduras.

Antecedentes: Se realizó el trabajo de investigación para obtener la caracterización de pacientes con enfermedad

crónica, ser evaluados y decidir si pueden ser derivados a otras unidades de Salud de la Región para continuar su manejo, y lograr que el Hospital sea de referencia para ser tratados por especialistas y al estabilizarlos referirlos de nuevo a su unidad de salud de procedencia y contar con el abastecimiento de medicamentos en los lugares de referencia para evitar la descompensación de los pacientes, al igual que disminuir el gasto económico al hospital y al paciente al tener que trasladarse al hospital. **Descripción de la experiencia:** Se realizó un estudio pacientes atendidos en la Consulta Externa de Especialidades, durante octubre 2018 hasta mes de mayo 2019, siendo el objeto de estudio los expedientes de pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica más frecuentes: hipertensión arterial, diabetes mellitus, chagas, enfermedad coronaria, síndrome metabólico, dislipidemias, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma bronquial, hepatitis B y C, epilepsia, SIDA, cáncer, accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio. **Lecciones aprendidas:** La hipertensión arterial y diabetes mellitus II tienen mayor prevalencia, en el área urbana la diabetes mellitus II se maneja con insulina NPH, en el área rural con metformina, los hombres tenían más enfermedades crónicas en relación con las mujeres. **Recomendaciones:** Al estabilizar el paciente referirlo a su unidad de salud más cercana, se debe coordinar con primer nivel de atención por medio de referencia y contrarreferencia su manejo y seguimiento, abastecer de medicamentos y de medios diagnósticos en el primer nivel de atención, educación sobre prevención de complicaciones, capacitar a personal médico y de enfermería sobre manejo de enfermedades crónicas y activar la telemedicina para retroalimentación.

3TL. CUERPO EXTRAÑO EN VÍA DIGESTIVA ALTA. Carlos Lizandro Morales Silva¹, Katherine Giselle Morales García². ¹Medicina Interna, Endoscopia Diagnóstica y Terapéutica, Hospital de Área de la Secretaría de Salud, Hospital del Caribe. ²Doctor en Medicina y Cirugía, Profesional Independiente, Puerto Cortés, Honduras.

Antecedentes: La ingestión de cuerpos extraños en adultos es rara, mayormente accidentales, relacionadas con comida (huesos impactados o espinas de pescados) y algunas intencionales mayormente vistas en pacientes psiquiátricos. Se diagnostican mediante radiografías, endoscopia digestiva alta y en ocasiones con tomografía computarizada. Aproximadamente el 80-90% de los cuerpos extraños logran pasar el tracto gastrointestinal. Teniendo un 10-20% de casos, que requieran intervención endoscópica y un 1% intervención quirúrgica. **Descripción del caso:** Masculino de 20 años, procedente de Choloma, sin comorbilidades, acude a emergencia del hospital

público por deglutir accidentalmente tapadera de pomada cuando la abrió con la boca mientras estaba en posición de decúbito supino. Al instante presenta asfixia, familiar decide realizar maniobra de Heimlich al no ver mejoría, introduce los dedos en la boca provocando deglución del cuerpo extraño. Se realiza radiografía abdominal, observándose cuerpo extraño en cavidad gástrica. Control radiológico a las 48 horas muestra cuerpo extraño en el mismo lugar. Al octavo día otro control radiológico no muestra mejoría. Se realiza endoscopia terapéutica bajo anestesia general e intubación endotraqueal, extrayendo tapadera de tarro sin complicaciones. **Conclusiones:** los cuerpos extraños en vía digestiva en su mayoría tienen una evolución espontánea y son expulsados sin ningún problema, sin embargo, es imperativo el seguimiento de los casos desde el momento del incidente para determinar la conducta a seguir según evolución.

4TL. FACTORES PROTECTORES O DETONADORES DE EFECTOS ADVERSOS EN PERSONAS INOCULADAS CON VACUNAS COVID-19, HONDURAS 2022. Ada Yosleny García¹, Gaspar Rodríguez². ¹Doctora en Medicina y Cirugía, Epidemióloga, Secretaría de Salud. ²Nefropediatra y Epidemiólogo, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La incidencia y tasa de mortalidad aumentaron mundialmente por COVID-19, por ello, aceleraron el proceso de vacunación, que se consideró “de emergencia”, y así crear inmunidad de rebaño. Las vacunas utilizadas fueron Pfizer-BioNTech y Moderna que contienen el excipiente PEG, las vacunas AstraZeneca y Johnson & Johnson contienen el excipiente polisorbato 80 y Sputnik V. Italia reportó en el año 2021 complicaciones trombóticas, en Reino Unido en abril 2021 realizaron una pausa de vacunación por trombosis venosa cerebral y esplácnica, otros países reportaron complicaciones por mielitis transversal, Guillain Barré y otras. **Objetivo:** Determinar los factores asociados que protegen o detonan efectos adversos por la inoculación de las vacunas contra COVID-19 en Honduras. **Métodos:** Estudio Descriptivo Transversal. Se analizaron 1,002 casos de personas con efectos adversos y vacunados contra COVID-19, mayores de 5 años, utilizando la plataforma de Google Forms y entrevista personal, el análisis se realizó en Excel y SPSS. **Resultados:** El 50% presentó efectos adversos, prevaleció el sexo femenino, la mayoría con esquema de vacunación completo, rango de edad 29-38 años, nivel de escolaridad superior, área urbana. El tiempo transcurrido desde la inoculación hasta los efectos adversos fue de 4-12 horas, tomar analgésico previamente no fue protector, padecer de comorbilidades fue un detonante, los efectos adversos atípicos fueron: amnesia y alucinaciones, irregularidad menstrual, incontinencia urinaria, priapismo, úlceras, telangiectasia y hemiparesia facial. **Conclusiones:** a mayor cantidad de vacunas inoculadas, mayor presentación de efectos adversos.

5TL. PREVALENCIA DE SÍNDROME POST-COVID-19 Y SU ASOCIACIÓN CON SEVERIDAD DEL PRIMER EPISODIO DE COVID-19. Manuel Sierra¹, Juan Pablo Bulnes¹, Guimel Peralta¹, Sara Rivera¹, María José Rodas Palma¹, Mariana del Carmen Sevilla¹, Marleni Zureya Carbajal¹, Nicolle Alejandra López¹, Sara Varela¹, Stephany Karina Laínez¹, Anna Lía Alcerro Robles¹, Gilma Marjorie Oseguera¹, Victoria Fernanda Zelaya¹, Andrea Gisselle Guifarro¹, Karla Leticia Monge¹, May Len Quan Gálvez¹, Gabriela Murillo¹, Gabriel Ortez¹, Gexy Mendoza Hernández¹, Melany Verónica Flores¹, Lisbeth Madrid¹, Mirna Hernández¹, Nicolle Suazo¹. ¹Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El síndrome post COVID-19 (SPC) son una serie de síntomas que persisten o aparecen después de que una persona se recupera de la infección por SARS-CoV-2. Puede durar semanas o incluso meses después de la infección inicial, resultado de una combinación de factores. **Objetivo:** Determinar prevalencia de SPC y su asociación con severidad del primer episodio (PEC). **Metodología:** Muestra a conveniencia de adultos que asistieron consecutivamente a la red primaria de salud. Se estimó un período de 12 semanas después de que apareciera el primer síntoma y se preguntó a los sujetos sobre la presencia y duración de los síntomas de SPC. **Resultados:** Participaron 2,967 adultos (59.6% mujeres), 20.3% tenían 51 o más años, 71.6% sobrepeso-obesidad, 17.4% hipertensión y 12.2% diabetes mellitus. Severidad de PEC: 29.6% asintomáticos, 60.8% enfermedad leve, 6.6% hospitalizados, 2.0% enfermedad grave y 0.4% ingresados en cuidados intensivos. La prevalencia de SPC fue 51.5 % (95% IC: 49.7%-53.3%). Para los sujetos con enfermedad leve-asintomática en PEC, la prevalencia de SPC fue menor, 47.2% (95% IC: 45.3%-49.1%) en comparación con las personas que reportaron enfermedad hospitalizada-grave, 92.2% (95% IC: 88.4%-94.9%, p< 0,001). **Recomendaciones:** Es importante que las personas que experimentan síntomas prolongados después de la infección por COVID-19 busquen atención médica para dar un diagnóstico adecuado y un tratamiento individualizado.

6TL. SISTEMAS MÁS AFECTADOS POR SÍNDROME POST COVID-19. Manuel Sierra¹, Juan Pablo Bulnes¹, Guimel Peralta¹, Sara Rivera¹, María José Rodas Palma¹, Mariana del Carmen Sevilla¹, Marleni Zureya Carbajal¹, Nicolle Alejandra López¹, Sara Varela¹, Stephany Karina Laínez¹, Anna Lía Alcerro Robles¹, Gilma Marjorie Oseguera¹, Victoria Fernanda Zelaya¹, Andrea Gisselle Guifarro¹, Karla Leticia Monge¹, May Len Quan Gálvez¹, Gabriela Murillo¹, Gabriel Ortez¹, Gexy Mendoza Hernández¹, Melany Verónica Flores¹, Lisbeth Madrid¹, Mirna Hernández¹, Nicolle Suazo¹. ¹Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El síndrome post COVID-19 (SPC) se define por la persistencia de signos y síntomas clínicos que surgen durante o después de la COVID-19, permanecen más de 12 semanas y no se explican por un diagnóstico alternativo. Las

manifestaciones clínicas son diversas, fluctuantes y variables. **Objetivo:** Determinar prevalencia de SPC y sistemas más afectados. **Metodología:** Estudio realizado por estudiantes de medicina de FCS-UNITEC en servicio social asignados a la red primaria de salud (RPS) de SESAL (2022-2023). El protocolo fue aprobado por el Comité de Bioética de UNITEC. Se usó una muestra de conveniencia de adultos que asistieron consecutivamente a la RPS y que tuvieron COVID-19 durante 2020-2021. Se estimó un período de 12 semanas después de que apareciera el primer síntoma y se preguntó sobre la presencia de los síntomas de SPC por órgano y sistema del cuerpo. **Resultados:** Participaron 2,967 adultos (59.6% mujeres). La prevalencia de SPC fue 51.5 % (95% IC: 49.7%-53.3%). Entre las 1,528 personas con SPC, los sistemas afectados fueron: Respiratorio (68.6%), Neurológico (68.1%), Sistémico (65.1%), Psiquiatría (33.0%), Cardiológico (31.7%), Cognitivo (30.1%) y Gastrointestinal (20.6%). En cuanto a los síntomas del SPC: el 55.8% tenía 1-3, el 24.2% tenía 4-6, el 14.9% tenía 7-9 y el 10.4% tenía 10+ síntomas. **Conclusiones:** La discapacidad asociada a los síntomas del SPC es una de sus principales características, por lo que el impacto que puede tener sobre las unidades asistenciales y de rehabilitación es considerable. El SPC no es una entidad homogénea ni única, y se ha descrito una gran variación en las estimaciones sobre su incidencia y prevalencia. La fatiga crónica es el síntoma descrito con mayor frecuencia. La investigación poblacional sobre SPC es crítica para cuantificar la carga de la enfermedad, sus secuelas y medir el impacto sobre los sistemas de salud.

7TL. TAPONAMIENTO CARDIACO. Carlos Lizandro Morales Silva¹, Manuel Armando Espinoza Rueda². ¹Medicina Interna, Hospital del Caribe, Hospital de Área de la Secretaría de Salud, Puerto Cortés, Honduras. ²Medicina Interna, Cardiólogo Intervencionista, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: El pericardio es una membrana serosa compuesta de dos capas, afectada por infecciones, traumas, enfermedades inflamatorias y metabólicas. En países desarrollados la principal causa es idiopática hasta 50%, cáncer 10-25%, infecciones 15-30%, iatrogenias 15-20% y colagenosis 5-15%. En países subdesarrollados las infecciones (virus, bacterias, hongos y *mycobacterium-tuberculosis*) representan más del 60% de las causas. El espacio pericárdico contiene normalmente entre 15-50 ml de líquido, derrame pericárdico es la presencia de una cantidad de líquido mayor. Sólo cuando la presión intrapericárdica está elevada aparecen los hallazgos característicos de taponamiento cardíaco. **Descripción del caso:** Masculino, 47 años, albañil, sin comorbilidades, COMBE negativo, historia de 3 semanas de haber tenido cuadro gripal, hacía dos semanas presentó dolor torácico, ecocardiograma normal, EKG-repolarización precoz, ondas T agudas picudas, tratado con dexketoprofeno, ASA, colchicina por sospecha de pericarditis aguda. En la última semana inicia tos, odinofagia, fiebre, dolor torácico, disnea, síncope, descontrol de esfínter urinario, se hospitaliza por derrame pericárdico severo con datos

ecocardiográficos de taponamiento cardíaco, ecocardiograma control se observa separación de hojas pericárdicas de 22 mm, en menos de 12 horas aumentó a 27 mm dicha separación y colapso de cavidades cardíacas. TAC tórax presenta derrame pleural bilateral, infiltrado neumónico basal izquierdo, cardiomegalia grado IV. Se realizó ventana pericárdica, se extrajo 500 ml de líquido cetrino. Pro-BNP 143 pg/ml, FSP leucocitosis con neutrofilia y anemia leve, VIH negativo, serología influenza y COVID-19 negativos, creatinina 1.1mg/dl, citoquímica líquido pericárdico turbio, leucocitos 17850 cel/mm³, neutrófilos 83%, monocitos 11%, linfocitos 6%, proteínas 6mg/dl, Ziehl-Neelsen no BAAR, KOH-negativo, biología-molecular complejo M. Tuberculosis negativo, cultivo negativo, biopsia no neoplasia. **Recomendaciones:** Es importante la búsqueda etiológica de los derrames pericárdicos para orientar el tratamiento, aunque la mayoría siguen siendo idiopáticos. El manejo adecuado y oportuno del taponamiento cardíaco es imperativo para poder salvarles la vida a los pacientes.

8TL. VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL NOCTURNA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HIPERTENSIÓN DE BATA BLANCA. Manuel Armando Espinoza Rueda¹. ¹Medicina Interna (UNAH), Cardiología Clínica, Cardiología Intervencionista (UNAM), Centro Cardiológico Sampedrano, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: La variabilidad de la presión arterial (PA) nocturna diferente al patrón Dipper se asocia con mayor riesgo de presentar eventos cardiovasculares en pacientes con hipertensión arterial (HTA). **Objetivo:** Conocer el comportamiento de la PA nocturna en pacientes con hipertensión de bata blanca (HBB). **Metodología:** Es un estudio prospectivo, descriptivo de pacientes referidos con sospecha de HTA con PA en oficina >140/90 mmHg, se realizó monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) de 24 horas. El estudio inició el 1 de enero 2023 al 31 de diciembre 2023. Se consideró HBB cuando el promedio de PA en 24 horas era <130/80 mmHg, PA diurna <135/85 mmHg, PA nocturna <120/70 mmHg. Se analizó también la variabilidad y descenso de PA nocturna y se clasificó en los siguientes patrones: Dipper (considerado normal), No-Dipper, Riser y Dipper-extremo. **Resultados:** Se realizó MAPA de 24 horas a 81 pacientes, con una media de 46 años, SD 14 años, femeninas 52%. El promedio de la primera PA fue 140/85 mmHg. Se diagnosticó HTA 29 pacientes (35%) e HBB 52 pacientes (65%). Los pacientes con HBB tenían variabilidad de PA sistólica nocturna así: Riser 10%, No-Dipper 35%, Dipper 53%, Dipper-extremo 2%; y la variabilidad de PA diastólica fue Riser 6%, No-Dipper 23%, Dipper 48%, Dipper-extremo 23%. **Conclusiones:** El MAPA de 24 horas es una herramienta diagnóstica-pronóstica y costo-efectiva en HTA e HBB. Los promedios y cargas de PA normales en HBB no se correlaciona con la variabilidad y descenso nocturno de la PA, siendo factor pronóstico de eventos cardiovasculares.

9TL. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO POR BEBIDAS ENERGIZANTES. José Lenín García Ferrufino¹, Luis Alfredo Rodríguez Castellanos². ¹Doctor en Medicina y Cirugía, Residente del Postgrado de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras. ²Médico Especialista en Medicina Interna, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Existe un número creciente de casos de enfermedades cardíacas asociadas al consumo de bebidas energizantes, destacando las arritmias y los síndromes coronarios agudos. Estas contienen una variedad de sustancias, cuyo componente principal suele ser la cafeína. **Descripción del caso:** Masculino, 30 años, constructor, sin enfermedades previas ni medicamentos permanentes, consumidor de bebidas energizantes, aproximadamente 1.5 litros cada día, niega consumo de tabaco, alcohol y drogas psicoactivas. Presenta dolor precordial de un día, intenso, opresivo, continuo, que inició en reposo, sin atenuantes, acompañado de náuseas y diaforesis, sin irradiación. Al ingreso con PA 140/90 mmHg, FC y Pulso 118x¹, SaO₂: 94% sin oxígeno suplementario, alerta, sin ingurgitación yugular, corazón de ritmo regular, ruidos cardíacos de buena intensidad y tono, no soplos, pulmones sin alteraciones y extremidades sin edema. EKG inicial con ritmo sinusal, FC 108 por minuto, con elevación del Segmento ST de V2 a V5. Cambios consistentes en EKG control a las 4 horas. Exámenes iniciales reportan: Hb 17.3g/dL, GB 8.95 x10³/μL. Glicemia 118mg/dL, creatinina 0.84 mg/dL, AST 51 U/L, ALT 54 U/L, troponinas 854 ng/L (<40 ng/L: Negativo). Se maneja como síndrome coronario agudo con anticoagulación y terapia antiagregante, además de betabloqueantes y manejo del dolor con morfina. Se realizó ecocardiograma que evidencia diámetro del ventrículo izquierdo de 58mm y aquinesia de toda la pared septal y parte de la apical del ventrículo izquierdo, FEVI <30%, se concluye como cardiopatía isquémica con necrosis extensa de cara anterior. Se remite a cardiología para programar cateterismo ya que no puede comprar kit en este momento. **Conclusión:** Basado en reportes de múltiples casos y estudios observacionales, el consumo de bebidas energizantes solas o en combinación con otras sustancias se considera un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, por tanto, debemos enfatizar el abandono de estas bebidas en nuestros pacientes.

10TL. INFARTO EN PACIENTE JOVEN POR CONSUMO DE METANFETAMINAS. Luis Alfredo Rodríguez Castellanos¹, Marlen Abigail Cruz Joya¹. ¹Médico Especialista en Medicina Interna, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Los infartos cardíacos tienen una baja incidencia en la población joven, principalmente aquellos que no tienen factores de riesgo cardiovascular. Algunos psicoestimulantes como las metanfetaminas pueden aumentar la demanda miocárdica de oxígeno, provocar espasmos arteriales y aumentar el agregamiento plaquetario, aumentando

así el riesgo de un infarto. **Descripción del caso:** Masculino 29 años, sin comorbilidades, con dolor precordial de inicio súbito en reposo, 10/10 en escala análoga del dolor, el primer episodio cedió espontáneamente a los 20 minutos, pero 24 horas después un episodio de similares características, pero sin atenuar por lo que acude a evaluación. Fascie de enfermedad aguda, signos vitales normales, sin alteraciones cardiopulmonares. EKG con elevación del segmento ST de V2 a V6, troponinas 452. Se diagnostica infarto agudo al miocardio, brindándose manejo agudo; se realiza angiografía diagnóstica encontrando en el segmento proximal de la descendente anterior lesión tubular con imagen de trombo TIMI 4 por lo que se procede a realizar intervencionismo, se observa oclusión total desde el tronco de la coronaria izquierda colocándose dosis de tirofiban en bolo intravenoso y posterior colocación de stent en descendente anterior y administrando tirofiban en infusión, sin complicaciones. Ecocardiograma posterior con FEVI límítrofe e hipocinesia anteroseptal. Prueba positiva para marihuana y metanfetaminas, panel sérico de drogas positivo para metanfetaminas. Mejoría clínica, se egresa sin complicaciones. **Recomendaciones:** A pesar de que la población joven sin factores de riesgo cardiovascular tiene una baja incidencia de infarto cardíaco, si se presenta se deben conocer e investigar todos los factores epidemiológicos o de consumo de sustancias que podrían por sus diversos mecanismos llevar a este desenlace, para diagnosticar oportunamente y disminuir el riesgo de muerte.

11TL. IMPLANTE TRANSCATÉTER DE VÁLVULA AÓRTICA COMO TRATAMIENTO DEFINITIVO DE ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA. Manuel Armando Espinoza Rueda¹. ¹Especialista en Medicina Interna (UNAH), Cardiología Clínica, Cardiología Intervencionista, Hospital Del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: La estenosis aortica degenerativa es la valvulopatía más frecuente en pacientes de mayor edad y de alta mortalidad. Las opciones de tratamiento son a través de cirugía de sustitución de válvula aortica e Implante Transcatéter de Válvula Aortica (TAVI). **Descripción de los casos** Se presentan 4 pacientes con diagnóstico de estenosis aortica severa (EAS) diagnosticados con ecocardiograma transtorácico sometidos a tratamiento definitivo mediante TAVI con resultado inmediato exitoso y seguimiento a 18 meses satisfactorio. Caso-1. Masculino, 82 años, con hipertensión, hospitalizado con anemia severa (hemoglobina-3g/dl) secundaria a sangrado digestivo alto, poli-transfundido 5U, insuficiencia cardiaca refractaria a tratamiento, con EAS: área valvular 0.3 cm², fracción de expulsión de ventrículo izquierdo FEVI 35%, riesgo quirúrgico muy alto. Caso-2. Masculino, 65 años, con hipertensión, manifiesta disnea y angina de mínimos esfuerzos debido a EAS bicúspide: área valvular 0.6 cm², FEVI 55%, riesgo quirúrgico bajo. Caso-3. Femenina, 78 años, con hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, cardiopatía isquémica, hospitalizaciones frecuentes por insuficiencia cardiaca refractaria, con EAS:

área valvular 0.2 cm², FEVI 40%, riesgo quirúrgico alto. Caso-4. Femenina, 78 años, con hipertensión, hospitalizaciones frecuentes por insuficiencia cardíaca refractaria, con EAS: área valvular 0.8 cm², FEVI 60%, riesgo quirúrgico intermedio. Las prótesis utilizadas fueron: Medtronic Evolut-R #26, Evolut-R #34, Evolut-Pro #29 y Boston-Scientific Acurate-Neo2-M, respectivamente. **Conclusión:** El tratamiento con TAVI es actualmente el tratamiento de elección en EAS, favoreciendo al paciente: menor mortalidad, mejoría de síntomas y calidad de vida, menor re-hospitalización, estrategia mínimamente invasiva, recuperación rápida. La selección y planeación adecuada por un experto son fundamentales para el éxito del procedimiento.

12TL. MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA. REVISIÓN DE UNA SERIE DE CASOS. Marjury Jackeline Acosta Lara¹, Juan Guerrero². ¹Médico residente de Pediatría, Hospital Mario Catarino Rivas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). ²Médico Cardiólogo Pediatría, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Hospital Regional del Norte, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) conocida como enfermedad cardíaca genética, constituye una enfermedad compleja y variable en cuanto a morfología, fisiopatología, pronóstico y sobrevida, caracterizada por una hipertrofia del ventrículo izquierdo. Dos subgrupos distintos de MCH: 1. con sarcómero positivo y 2. no familiar. Las mutaciones genéticas de las proteínas sarcoméricas suponen el 30-60% de todas las causas de MCH, las mutaciones en MYH7 y MYBPC3 están presentes en el 75% de los casos. La presentación clínica puede ser asintomática o presentar mareos, lipotimias, disnea, palpitaciones o dolor precordial. Estudios complementarios como el electrocardiograma y ecocardiografía bidimensional y con doppler color. **Descripción de los casos:** Revisión de 4 casos en el IHSS-HRN atendidos en el Departamento de Cardiología, con edades que varían desde 5 y 14 años, sexo masculino, con diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica. Con datos clínicos variables, pero predominando la disnea, otros síntomas reportados fueron dolor precordial, síncope. Ecocardiogramas reportan disfunción miocárdica, se realizaron exámenes laboratoriales (troponina, pro-BNP, CPK-total, dímero D, CPK-MB), dos con estudio genético, reportando mutaciones en MYH7. Falleció uno de los pacientes después del evento quirúrgico. **Conclusión:** Ante la sospecha diagnóstica es de crucial importancia la realización de un examen físico exhaustivo, teniendo el apoyo de herramientas de imágenes cardiovasculares, contando actualmente con pruebas genéticas para el diagnóstico, para así retrasar el compromiso cardiovascular y mejorar la sobrevida.

13TL. TROMBOSIS NEONATAL SEVERA SECUNDARIA A DEFICIENCIA DE PROTEÍNA C y S. Karen Carrasco¹, José Antonio Samra², Ligia Fu³, Gerardo Castro⁴, Douglas Varela⁵. ¹Residente de Pediatría Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). ²Coordinador académico del posgrado de Pediatría UNAH, Tegucigalpa. ³Hematooncóloga, Hospital Escuela (HE), Tegucigalpa. ⁴Cuidados Paliativos, HE. ⁵Neurólogo, HE, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Las proteínas C y S son glicoproteínas de síntesis hepática. La deficiencia de proteína C es causada por una mutación en el gen PC localizado en el cromosoma 2q14.3; su incidencia es de 1 por cada 40,000-250,000. La proteína S es una proteína plasmática anticoagulante encargada de incrementar inactivación de la coagulación activada por los factores Va y VIIIa. **Descripción del caso:** Femenina de 1 mes, embarazo normo evolutivo. A los 28 días de vida, inicia con fiebre, hipoactividad. Ingresó al Hospital Regional con estado epiléptico de difícil control y referido a un hospital de tercer nivel, donde se completaron estudios: TAC cerebral con múltiples eventos isquémicos secundarios a trombosis de arteria cerebral posterior derecha y arteria cerebral superior. Hemograma con trombocitopenia grave, TP prolongado y niveles de proteína C y S 24.8% y 54%, respectivamente. Dímero D: 3.55 Ug/ml UEF. Mediante estudios de laboratorio se identificó deficiencia de proteína C y S. La ruta diagnóstica fue encaminada a completar estudios tromboticos en el cual se evidenció la deficiencia de proteína C y S. La paciente lamentablemente falleció. **Conclusiones:** La deficiencia de proteínas C y S es un factor de riesgo de trombofilia. La sospecha de esta patología ante eventos tromboticos es relevante para un diagnóstico temprano que permita un tratamiento oportuno con el objetivo de prevenir secuelas en los individuos afectados.

14TL. INMUNODEFICIENCIA COMBINADA SEVERA ASOCIADA A INFECCIONES RESPIRATORIAS RECURRENTES. José Antonio Samra¹, Melissa Martinez², Nelsi Barrera³. ¹Coordinador académico posgrado pediatría¹ de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Tegucigalpa, Honduras. ^{2,3} Médicos Residentes de Pediatría, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Su incidencia es de 1/58,000 nacidos vivos. Es un grupo de enfermedades por alteración en el desarrollo, función o ambas de los linfocitos T y B. La forma más frecuente es ligada al cromosoma X. La causa de muerte es por infección, casi siempre antes del primer año de vida. El tratamiento incluye la terapia con inmunoglobulina humana. **Descripción del caso:** Paciente masculino, hijo de madre de 23 años, embarazo a término, APGAR 8 y 9, peso al nacer 3,145 gramos, dado

en alojamiento conjunto, recibió lactancia materna, padre con antecedentes de infecciones respiratorias frecuentes. Niño desde los 28 días de vida presenta episodios infecciosos a repetición, incluyendo dos episodios de neumonía grave multirresistentes (requiriendo ingreso a UCI), pielonefritis bacteriana aguda y otra por *Candida albicans*, diarrea aguda por *Candida*, recibiendo múltiples antibióticos/antifúngicos, debido a su pobre respuesta clínica. Por evolución desfavorable se sospecha inmunodeficiencia, se solicitan inmunoglobulinas, IgA, IgM, IgG, conteo de CD4 disminuidas, linfopenia, y eosinopenia. Se presenta al servicio de inmunología quien apoya el diagnóstico de Inmunodeficiencia primaria combinada severa, por lo que se administra inmunoglobulina humana, con mejoría clínica notable. **Conclusión:** ante infecciones recurrentes, necesidad del uso de antibióticos intravenosos, dos o más neumonías en un año, se debe investigar inmunodeficiencia. El tratamiento definitivo es la reconstitución inmune con trasplante de médula ósea, en los casos que no es posible dicho procedimiento el uso de inmunoglobulina humana es una alternativa.

15TL. ATRESIA DE VÍAS BILIARES E INFECCIÓN CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS. Glenda Rivera¹, José Samra², Tonantzin Padilla³, Gerardo Castro⁴, Pamela Zacasa⁵. ¹Residente de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). ²Coordinador Postgrado Pediatría, UNAH. ³Gastroenteróloga Pediatra, Hospital Escuela (HE). ⁴Cuidados Paliativos, HE. ⁵Infectóloga Pediatra, HE, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La atresia de vías biliares (AVB) es la principal causa quirúrgica de colestasis en el período neonatal, la incidencia es de 1:6,000 a 1:19,000 nacidos vivos, se presenta a partir de las 2 semanas de vida, con ictericia progresiva asociada con acolia o hipocolia, coluria y hepatomegalia. La infección congénita más frecuente asociada a la AVB es el citomegalovirus (CMV) que representa el 10-20% de los casos en Europa y el 50% en China. **Descripción del caso:** Lactante de 3 meses, nació vía parto, sin complicaciones. Inició con ictericia desde los 5 días de vida, acompañado de acolia y coluria, en tratamiento con baños de sol, sin mejoría. Al examen físico, escleras ictericas, hepatomegalia e ictericia. Al ingreso con insuficiencia hepática, BT 8.8 mg/L, BD 6.8 mg/dL, TGO 120 U/L, TGP 88 U/L, GGT 1486 U/dL, fosfatasa alcalina 720 U/L, albúmina 2.8 g/dL, hemograma sin alteraciones, TP 75 sec, INR 7, TTP 938 sec. USG abdominal: tríada de vesícula biliar fantasma. Serología CMV: IgG positivo, IgM positivo. Biopsia hepática: nucleomegalia hepatocitaria y colangiopatía obstructiva. La evolución del paciente es desfavorable al no ser candidato a cirugía de portoenteroanastomosis. Se indica tratamiento de sostén para colestasis e insuficiencia hepática. El paciente egresa con plan de inicio de valganciclovir y es candidato a trasplante hepático. **Conclusiones:** La evaluación multidisciplinaria de la AVB es fundamental para lograr un diagnóstico temprano, así evitar la cirrosis biliar y la muerte antes de los 3 años. Es relevante el intento de implementar colorimetría de heces.

16TL. GASTROENTERITIS AGUDA CON EVOLUCIÓN TÓRPIDA EN LACTANTE MENOR DE 7 MESES. Marco Aurelio matamoros Rodríguez¹. ¹Especialista en Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Médico adscrito al Hospital del Caribe, Puerto Cortés, Honduras.

Antecedentes: La gastroenteritis aguda (GEA) es la segunda enfermedad más frecuente en los niños y la segunda causa de morbilidad y mortalidad en el mundo, es auto limitada de 3 a 7 días, la mayoría causada por rotavirus. **Descripción del caso:** Lactante femenina, 7 meses de edad, historia de 8 días de diarrea, fiebre, vómitos y llanto constante; 3 días de distensión abdominal; visitas a 4 unidades de salud recibiendo antibióticos, suero oral y antipirético en forma ambulatoria. Se ingresa el día 8 de la enfermedad con deshidratación del 7%, aspecto séptico, abdomen con leve distensión, blando, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, electrolitos séricos normales. Posterior a ayuno de 6 horas se inicia lactancia materna presentando distensión abdominal, la radiografía de abdomen muestra neumoperitoneo, durante procedimiento quirúrgico se encuentra perforación de 0.5 cm localizada en recto sigmoides. **Recomendaciones:** Los niños menores de 5 años con vómito, fiebre, diarrea y distensión abdominal no necesariamente son portadores de una gastroenteritis aguda simple. Todo niño con gastroenteritis aguda con signos de alarma y evolución tórpida deberá ser remitido a otro nivel de atención para su ingreso y realización de otros estudios laboratoriales o radiológicos.

17TL. PACIENTES CON EPILEPSIA DE ETIOLOGÍA GENÉTICA EN UN HOSPITAL DE SAN PEDRO SULA, HONDURAS. Carol Josseline Zúñiga García¹. ¹Pediatra, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Neurología pediátrica, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Alta especialidad en Neurogenética (UNAM), Médico adscrito al Hospital del Valle y Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: Las epilepsias graves asociadas con etiologías genéticas, por anomalías cromosómicas o por mutaciones genéticas comienzan en los dos primeros años de vida. Muchos de estos pacientes pueden no presentar los cuadros clásicos de las reconocidas encefalopatías epilépticas tempranas, teniendo electroencefalograma patrón brote-supresión, con resonancias magnéticas cerebrales, estudios neurometabólicos y cariotipos normales. **Objetivo:** Describir las características clínicas y moleculares de pacientes con epilepsia de etiología genética en la consulta externa de Neurología pediátrica. **Metodología:** Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de epilepsia de etiología genética, en el período comprendido de octubre 2021 a diciembre 2023. **Resultados:** Se estudiaron 15 pacientes con diagnóstico de epilepsia de etiología genética, 9 masculinos, 8 procedentes de San Pedro Sula, no consanguinidad ni antecedentes familiares en primer grado de epilepsia, el promedio de edad de inicio de las crisis fue de 6 meses, el 50% de los pacientes presentaban

un electroencefalograma normal al inicio de sintomatología, la crisis más frecuente fue tónico clónica generalizada, el diagnóstico genético más frecuente fue encefalopatía epiléptica infantil temprana en 6 pacientes por variantes patogénicas en los genes GABRA1, GABRB3, KCNQ2, STXBP1, PCDH19, SCN8A, seguido de síndrome de Dravet en 3 pacientes variante patogénicas gen SCN1A. **Conclusiones:** Conocer la etiología de la epilepsia nos permite orientar el tratamiento del paciente, reduciendo el número de crisis y mejorando su calidad de vida.

18TL. UTILIDAD ESCALAS BROSJOD VS WOOD DOWNES FERRES PARA DETERMINAR GRAVEDAD EN PACIENTES CON BRONQUIOLITIS AGUDA.

Claudia Lorena Fuentes Umaña¹, José Antonio Samra Vásquez², Jesús Alberto Pineda García³, David Roberto Díaz⁴. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). ²Facultad de Ciencias Médicas (FCM). ³Hospital Escuela, Servicio de Pediatría. ⁴Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Pediatría, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Las escalas BROSJOD y Wood Downes Ferres, se han utilizado para estratificar el riesgo de severidad en lactantes con bronquiolitis aguda. **Objetivo:** Determinar la utilidad de las Escalas BROSJOD y Wood Downes Ferres para severidad clínica en el paciente pediátrico con diagnóstico de bronquiolitis aguda. **Metodología:** Estudio observacional prospectivo transversal llevado a cabo en la Emergencia de Pediatría del Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social, octubre 2022 a abril 2023. Incluyó N=100 lactantes con diagnóstico de bronquiolitis aguda. Se determinó estadística descriptiva, se calcularon valores de Sensibilidad, Especificidad, Valor Predictivo Positivo y Negativo; intervalos de confianza de 95%, y Área Bajo la Curva. **Resultados:** El Área Bajo la Curva (ABC) para las dos escalas fue mayor de 0.600; BROSJOD: 0.7350 IC95%: 0.5763-0.8937, y Wood Downes Ferres: 0.6522 IC95%: 0.4738-0.8306. No se encontró diferencia estadística significativa entre ambas ($p=0.4415$). El punto de corte de la Escala Wood Downes Ferres fue ≥ 7 puntos, Sensibilidad 70% (IC95%:36.6-100.0) con bajo Valor Predictivo Positivo (15.6%; IC95%: 3.9-27.3), pero Especificidad 57.8% (IC95%:47.0-68.5) y alto Valor Predictivo Negativo (94.5%; IC95%: 87.6-100.0). En la escala BROSJOD se identifica punto de corte ≥ 8 puntos, que demostró valores altos de Especificidad, así como para el punto de corte ≥ 9 . **Conclusiones:** Las escalas BROSJOD y Wood Downes Ferres podrían ser útiles para determinar severidad por bronquiolitis aguda, con desempeño similar y características predictivas propias que contribuyen a la decisión clínica.

19TL. MORTALIDAD Y MORBILIDAD DEL VIRUS DEL DENGUE EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL IHSS.

Ana Polette Valeriano¹, José Antonio Samra², Gaspar Rodríguez³. ¹Residente de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). ²Coordinador Académico del Postgrado de Pediatría, UNAH. ³Nefrólogo Pediatra y Epidemiólogo, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El Dengue sigue siendo un problema de salud pública en los últimos 50 años, particularmente en Sudamérica y América Central. Cerca del 95% de casos de dengue grave ocurren en niños menores de 15 años. Honduras ha estado en epidemia los últimos años, con alta tasa de incidencia y mortalidad. **Objetivo:** Determinar factores asociados a la mortalidad y morbilidad del virus del dengue en la población pediátrica atendida en el Instituto Hondureño de Seguridad Social de enero 2019 - enero 2020. **Metodología:** Estudio de casos y controles, 239 pacientes que acudieron con diagnóstico de dengue al Instituto Hondureño de Seguridad Social desde enero 2019 a enero 2020. **Resultados:** Se analizaron 21 niños fallecidos y 218 sobrevivientes. No presentaron significancia estadística la edad (6-12 años la mayoría), el sexo, procedencia, la fiebre como síntoma más frecuente, las mialgias o artralgias. Tuvieron significancia estadística asociados a mortalidad: el dolor abdominal, vómitos, dificultad respiratoria, alteración neurológica, hemorragias, llenado capilar $>$ de 2 segundos, frialdad distal, pulsos débiles, choque hipovolémico, presión de pulso $<$ 20mmHg, hepatomegalia, trombocitopenia, hemoconcentración, niveles altos de lactato, derrame pleural y pericárdico, falla multiorgánica, hepatitis, uso de cargas de volumen y aminas vasoactivas, ventilación mecánica y estancia hospitalaria prolongada. La mayoría habían recibido atención primaria previa, siendo tratados como infecciones respiratorias altas, utilizando antibióticos. **Conclusiones:** Los niños se presentan con signos de enfermedad avanzada, la mayoría en etapa crítica con fuga capilar severa, llevando a falla múltiple de órganos y hemorragias masivas, lo cual empeora su pronóstico de vida.

20TL. ADRENOLEUCODISTROFIA PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS, HOSPITAL MARIO CATARINO RIVAS.

Carol Josseline Zuniga García¹. ¹Pediatra (UNAH), Neurología pediátrica (UNAM), Alta especialidad en Neurogenética (UNAM), Médico adscrito Hospital del Valle, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: La adrenoleucodistrofia ligada a X (ADLX), es una enfermedad neurodegenerativa peroxisomal causada por la mutación del gen ABCD1, con alta variabilidad de expresión

clínica, incluso en una misma familia. Afecta 1:20,000 personas. El espectro clínico puede variar desde una forma cerebral progresiva, que lleva a discapacidad severa en la primera década de vida, pasando por una adrenoleucomielopatía de inicio en la adultez, o una presentación de enfermedad de Addison. **Descripción de los casos: Caso 1:** Masculino de 6 años, sin factores de riesgo perinatal, caso único, previamente sano, a los 5 años 03/2023 inicia con cambios conductuales, auto y hetero agresión, posteriormente trastorno de lenguaje, disminución de agudeza visual, perdió deambulación 6 meses posterior a inicio de sintomatología. Actualmente, paciente no responde al llamado, no conecta con el medio, no sigue indicaciones, no lenguaje, cuadriparesia espástica. Se realiza IRM de cerebro encontrando afectación de sustancia blanca, fronto-occipital bilateral, parietal izquierda, por lo cual se realiza panel genético confirmando diagnóstico de Adrenoleucodistrofia, variante patogénica gen *ABCD1* c.1604del (p.Pro535Hisfs*23). **Caso 2:** Masculino de 7 años, sin factores de riesgo perinatal, niega consanguinidad, caso único, a los 6 años 11/2021 inicia con hiperactividad bien importante, cambios conductuales, hiperfagia, 04/2022 presenta crisis tónico clónico-generalizada, perdió deambulación 06/22. Se realiza IRM de cerebro encontrando afectación de sustancia blanca frontal bilateral, por lo cual se realiza panel genético confirmando diagnóstico de Adrenoleucodistrofia, variante patogénica gen *ABCD1* c.1615_1616dup (p. Met539Ilefs*20). Actualmente, paciente no responde al llamado, no sigue indicaciones, no lenguaje, cuadriparesia espástica. **Conclusiones:** Un diagnóstico precoz de dicha patología ofrece la posibilidad de tratamiento específico y asesoramiento genético a la familia.

21TL. HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS.

Bayron Josué Degrandes^{1,2}, Zahory Iezabel Paz^{2,3}, Maira Alejandra Torres. ¹ Especialista en Medicina Interna del Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP), Instituto Hondureño Seguridad Social, Hospital San Jorge. ²Máster en Cuidados Paliativos. ³Doctor en Medicina y Cirugía, INCP, Área UCI, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La crisis que causó el COVID-19 resultó un desafío en los servicios de salud mundial. El cuidado integral de los pacientes ingresados en Cuidados Intensivos (UCI) es necesario para una evolución de los desenlaces de enfermedades graves que se manejan. Humanizar es un proceso individual y comunitario que tiene por objeto hacer a todos los seres humanos ser dignos de la condición humana.

Descripción del caso: Paciente masculino de 25 años edad procedente del área rural, con antecedentes de Síndrome de Down y autismo manejado con Risperidona 3 mg mañana y 2 mg noche, carbamazepina 200 mg cada día, con apego al tratamiento. Sintomatología de 5 días de evolución, fiebre subjetivamente alta, sudoración y escalofríos, concomitante presenta tos sin expectoración, evaluado en unidad de salud y debido a hipoxemia y deterioro respiratorio enviado a la UCI del INCP. Es recibido en Insuficiencia Respiratoria (IR), saturación

de oxígeno 75% acoplándose a sistema alto flujo, parámetros altos y mal patrón respiratorio; examen físico frecuencia respiratoria 40 por minuto y febril 39°C; crépitos bilaterales importantes y uso de músculos accesorios, con agitación asociado a patologías de base y Glasgow 13/15. Exámenes de laboratorio con evidencia de leucopenia, función hepática, renal y electrolitos normales, rayos X de tórax evidencia de infiltrados bilaterales bibasales importantes, estudio de biología molecular panel viral con Influenza A detectable. Ingresado con diagnóstico neumonía grave etiología viral e insuficiencia respiratoria, indicando manejo con oseltamivir; oxígeno, manejo sostén y cuidados humanizados del equipo salud y familiares en UCI; evolución satisfactoria al décimo cuarto día de hospitalización.

Conclusión: Los pacientes ingresados por algún período en UCI se deben brindar un soporte holístico del cuidado dando soporte a las necesidades físicas, psicológicas, emocionales y espirituales para evoluciones favorables. Finalmente, el abordar, cuidar y humanizar permitirá mejores UCIs.

22TL. INTOXICACIÓN POR RODENTICIDAS.

Maira Alejandra Torres^{1,2}, Zahory Iezabel Paz^{1,3}, Denis Gabriel Rodríguez⁴, Juan Pablo Ordoñez⁵, Bayrón Josué Degrandes^{3,6}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP). ²Máster Medicina en Urgencia, Emergencia y Catástrofes Universidad Cardenal Herrera. ³Máster en Cuidados Paliativos. ^{4,6}Medicina Interna del INCP, Instituto Hondureño Seguridad Social. ⁵Residente Postgrado de Neumología INCP, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Los rodenticidas son sustancias de venta libre y herramientas utilizadas por el ser humano para el control de roedores, pueden ser tóxicos y letales sin los debidos cuidados en su uso. El espectro de manifestaciones clínicas de intoxicación por rodenticidas es amplio, desde asintomático hasta sangrados, convulsiones y choque. **Descripción del caso:** Masculino, 46 años de edad, agricultor, sin comorbilidades; hacia 14 días inhala de manera accidental rodenticida en polvo en su casa. Presenta náuseas, vómitos y mareos; al cuarto día con tos seca y disnea de grandes a medianos esfuerzos. Al décimo día con tos seca persistente y disnea progresiva hasta reposo; siendo evaluado múltiples ocasiones y realizando variados estudios séricos; debido a necesidad de ventilación mecánica y soporte se refiere al INCP; recibiendo en insuficiencia respiratoria, hipoxemia, requiriendo intubación endotraqueal e ingreso a unidad de cuidados intensivos. Estudios radiológicos con opacidades en vidrio despulido y consolidaciones bilaterales difusas, engrosamientos septales, broncoscopia con hiperemia de la mucosa, estudios lavado bronquial tinciones y crecimiento para bacterias, micobacterias, hongos negativos. Además, panel respiratorio FilmArray negativo, citopatología negativa. Manejo con ventilación mecánica, líquidos intravenosos, esteroides, dieta enteral, sedantes y relajantes. Al vigésimo día de hospitalizado presenta sangrado digestivo bajo importante y falla multiorgánica, fallece al mes de hospitalizado.

Conclusiones: El conocimiento de agentes tóxicos y síntomas

que causen intoxicación es crucial para profesionales en salud. Las intoxicaciones por rodenticidas están asociadas alta morbilidad y sin intervenciones médicas precisas y oportunas pueden llegar a ser letales.

23TL. NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SAN PEDRO SULA. Martha Consuelo Norris Mencías¹, Christian Moisés Toledo Pineda¹, Maritza Lizeth Vargas Vaquiz¹, Daniel Edgardo Vásquez Inestroza¹, Michelle Odalys Díaz Escobar¹, Ramón David Caballero Inestroza¹. ¹Doctores en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula, Profesionales independientes, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: La no adherencia antirretroviral causa baja efectividad, desarrollo de cepas con resistencia y progresión de la enfermedad. Actualmente, la literatura disponible del contexto nacional es escasa. **Objetivo:** Identificar las determinantes sociodemográficas del paciente, del régimen terapéutico y del equipo asistencial relacionadas a no adherencia al antirretroviral. **Metodología:** Estudio descriptivo. Incluye mayores de edad parte del programa de consejería intensificada del Servicio de Atención Integral en Hospital Nacional Doctor Mario Catarino Rivas con carga viral mayor a mil copias. Período del 02 de agosto al 04 de septiembre 2023, usando una encuesta y datos procesados en SPSS®. **Resultados:** 48 pacientes estudiados, media de edad 40 años, 60.4% mujeres, 58.33% procedían fuera de San Pedro Sula, 96.8% mestizos, 50% solteros, 39.6% con algún grado de educación secundaria, 79.2% vivía acompañado y la media del ingreso mensual en el hogar era de L.7, 272.92. El traslado al centro de atención promedio es 85.21 minutos, 33.3% reportó dificultad indicando como motivos: económico 18.75%, transporte 14.58% y discapacidad física 2.08%. El 79.2% refirió no adherencia antirretroviral debido a: 41.7% olvido, 12.5% efectos secundarios, 8.3% cantidad de tabletas, 6.3% trabajo, 6.3% otras enfermedades, 2.1% trastornos psiquiátricos, 2.1% consumo de drogas y falta de apoyo familiar. **Recomendaciones:** La principal determinante de no adherencia antirretroviral fue el olvido, se sugiere poner en práctica el uso de tecnología como mensajes de texto, llamadas, videoconferencias y alarmas de recordatorio. Además de profundizar la investigación en el tema.

24TL. SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO EN PEDIATRÍA. Josué Reyes¹, Claudia Fuentes², Sindy Aguilar³. ¹Residente Cuidados Intensivos Pediatría. ²Pediatra, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán. ³Intensivista Pediatra, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El síndrome de shock tóxico (STT) descrito por primera vez en pediatría en 1978, es una enfermedad infrecuente en edad pediátrica con altos índices de mortalidad y morbilidad, causada por toxinas de *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*, caracterizada por fiebre, hipotensión y compromiso multiorgánico. **Descripción del caso:** Femenina

de 17 años, previamente sana se presentó a emergencia con historia de fiebre, eritema generalizado, vómitos, evacuaciones diarreicas de 5 días de evolución. A su ingreso, febril, taquicárdica, taquipneica e hipotensa. Los primeros estudios revelan leucocitosis, trombocitopenia, lesión renal aguda, hiperbilirrubinemia, aumento de transaminasas, compatible con STT. Además, presentó absceso periamigdalino derecho, negando uso de tampones, no secreción vaginal. Se ingresó a cuidados críticos para terapia antibiótica y vasopresora. Se enviaron cultivos que reportaron no crecimiento bacteriano. Paciente respondió a terapia brindada y se extubó a 72 horas de su ingreso, se omiten vasopresores a 96 horas de su inicio. Su creatinina remite a rangos normales 5 días posteriores de su ingreso, egresó a los 10 días sin complicaciones. **Conclusiones:** STT es una enfermedad infrecuente, pero con alta mortalidad que debemos tener presente, ya que su diagnóstico es clínico, requiriendo tratamiento con antimicrobianos y manejo con inotrópicos para evitar complicaciones o su muerte. Por lo que se recomienda al tener una alta sospecha clínica, iniciar tratamiento de forma inmediata.

25TL. SÍNDROME DE NICOLAU EN PEDIATRÍA. Josué Reyes¹, Claudia Fuentes², Sindy Aguilar³. ¹Residente de Cuidados Intensivos Pediatría. ²Pediatra, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras. ³Intensivista Pediatra, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El síndrome de Nicolau (embolia cutis medicamentosa o dermatitis livedoide) descrito por primera vez en 1924 -1925 por Freudenthal y Nicolau. Es una patología infrecuente que se presenta como complicación de una inyección intramuscular, intraarterial o subcutánea, con grados variables de lesión tisular. El tratamiento consiste en la trombólisis y desinflamación. Con menor frecuencia las complicaciones podrían ser necrosis extensas, amputaciones e incluso la muerte. **Descripción del caso:** Adolescente de 17 años, sin antecedentes patológicos, acude por dolor intenso en glúteo derecho con limitación funcional, 72 horas de evolución, teniendo como causa aparente la autoadministración de medicación intramuscular. Se observa en región glútea derecha cambios inflamatorios, color violáceo, dolor a la palpación, pulsos femorales y poplíteos presentes. Laboratorio, leucocitosis, Neutrofilia, creatinina 2.1 mg/dl, NUS 46 mg/dl, CPK de 3,725 U/L, LDH 2,929 U/L. Eco doppler renal con evidencia de lesión renal, y eco doppler de miembro inferior derecho sin evidencia de trombosis venosa ni arterial superficial ni profunda. Presentó deterioro clínico evidente y progresivo, evolucionando a falla múltiple de órganos hasta su fallecimiento. Como diagnóstico inicial se sospechó de Síndrome de Nicolau, al ser una patología poco frecuente, el diagnóstico final se llevó a cabo tras un análisis detallado del caso y exámenes complementarios. **Conclusiones:** El Síndrome de Nicolau es infrecuente pero puede presentarse tras la administración inadecuada de un medicamento de uso cotidiano, su diagnóstico es clínico y su manejo debe ser oportuno.

26TL. CÁNCER DE PIEL EN POBLACIÓN DEL HOSPITAL DEL SUR. ENERO 2019 A JULIO 2022. Katherine Giselle Morales García¹. ¹Doctora en Medicina y Cirugía, Profesional Independiente, Puerto Cortes, Honduras.

Antecedentes: A nivel mundial, el cáncer de piel tiene un aumento notorio, afectando a cualquier persona, sin importar color de piel, ni edad. En Latinoamérica, uno de cada cinco trabajadores, no utiliza protección solar al momento del trabajo; aumentando el riesgo de contraerlo. En el Hospital Escuela Universitario, Honduras (1996- 2000), se encontró que el 17.6% de las neoplasias en dicho período eran neoplasias de piel, mientras que, en el Hospital Mario Catarino Rivas, Honduras (2016) en la semana del lunar, se obtuvieron diagnósticos clínicos-dermatoscópicos de un 6.7%. **Objetivo:** Conocer la prevalencia de cáncer de piel en los pacientes que asistieron al Hospital del Sur, Choluteca, del 01 de enero del 2019 hasta el 31 de julio del 2022. **Metodología:** Revisión de los expedientes clínicos de los pacientes diagnosticados con cáncer de piel en el Hospital del Sur, tomando una muestra de 108 pacientes. **Resultados:** Del total de pacientes diagnosticados clínicamente con cáncer de piel, el 53% fueron carcinoma basocelular; donde solamente un 20.3% se realizó biopsia diagnóstica. El 59% de los casos fueron del sexo femenino; el 47.2% eran mayores de 60 años y el 61% era población que laboraba con cierta exposición solar. El municipio de Choluteca presentó el 65% de los casos y el 77.78% de lesiones estaban localizadas en cabeza y cuello. **Conclusiones:** El carcinoma basocelular fue la neoplasia más frecuente encontrada en este estudio, la cual coincide con estadísticas mundiales. Se recomienda que los hospitales públicos nacionales cuenten con el servicio de patología e implementen los medicamentos fotoprotectores en el cuadro básico del mismo.

27TL. ERITROQUERATODERMIA VARIABILIS PROGRESIVA. Erika Castro^{1,2}, María C. Iglesias^{2,3}, Paola Martínez³, Dina C. Gavarrete^{2,3}. ¹Médica especialista en Dermatología, Clínica Meléndez, Dermatología Clínica y Cirugía Dermatológica. ²Asociación Científica de Estudiantes de Medicina (ASOCEM UNICAH-SPS). ³Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Honduras - Campus San Pedro y San Pablo. San Pedro Sula, Cortés, Honduras.

Antecedentes: La eritroqueratodermia variabilis progresiva es una enfermedad infrecuente, de herencia autosómica dominante, que presenta lesiones eritematosas, elevadas e hiperqueratosis. El pronóstico de la enfermedad es benigno, aunque los pacientes presentan problemas estéticos a futuro. **Descripción del caso:** Se presenta el caso de paciente femenina de 2 años de edad, que acude por dermatosis, caracterizada por dermatosis crónica diseminada a rostro, zona extensoras de miembros superiores e inferiores bilaterales y simétricas, la cual se presenta con múltiples placas queratósicas, color marrón, de diferentes tamaños, superficie rugosa, bordes bien definidos,

respetando piel cabelluda, palmas, plantas y mucosas, la madre niega síntomas acompañantes, la cual ha sido motivo de varias consultas médicas sin resolución de las lesiones cutáneas con el tratamiento recomendado. No se realizan estudios genéticos, pero sí se toma biopsia tipo punch de 6mm para examen histopatológico y se confirma eritroqueratodermia variabilis progresiva. El tratamiento tópico de emolientes y esteroides de baja potencia fue recomendado y al seguimiento del caso se observó mejoría de las lesiones cutáneas. **Conclusiones:** Al ser una enfermedad poco frecuente, se debe realizar un abordaje enfocado en sus características clínicas e histopatológicas para brindar un tratamiento correcto.

28TL. GRANULOMA ANULAR ELASTOLÍTICO DE CÉLULAS GIGANTES EN PIEL NO FOTOEXPUERTA. Varinia Eunice Urrutia Croasdaile¹. ¹Dermatóloga, Hospital del Caribe, Puerto Cortés, Honduras.

Antecedentes: El granuloma elastolítico anular de células gigantes (GEACG) es una entidad rara, autolimitada y crónica, caracterizado clínicamente por placas eritematosas anulares de centro atrófico e hipopigmentado, que predominan en zonas foto expuestas. Descrito por primera vez por Hanke en 1979. La etiología es desconocida, se ha relacionado que el aumento de la temperatura es el modificador de la enfermedad. Histopatológicamente muestra numerosos granulomas a células gigantes, elastólisis y elastofagocitosis. El infiltrado inflamatorio predominante son los histiocitos, linfocitos y escasos neutrófilos. Esta dermatosis presenta una evolución crónica, describiéndose mejoría en casos aislados tratados con corticoides tópicos, intralesionales o sistémicos, cloroquina, acitretino y ciclosporina. **Descripción del caso:** Masculino, 83 años de edad quien consulta con historia de presencia de “marcas rojas” en tórax anterior y posterior de 2 años de evolución, con aumento de tamaño lento y en forma centrifuga, refiere prurito leve ocasional, tratado con cremas triples y remedios caseros. Al examen físico con dermatosis crónica diseminada a tórax anterior y posterior y región proximal de miembros superiores caracterizadas por múltiples placas anulares gigantes con centro atrófico y bordes eritematosos y elevados, sobre piel xerótica. En la biopsia se observa que en la dermis reticular superficial a profunda hay infiltrado inflamatorio granulomatoso difuso e intersticial, que se compone de linfocitos, histiocitos, eosinófilos y células gigantes multinucleadas. Algunas de estas células exhiben fenómeno de elastofagocitosis. Algunas de las fibras de colágeno que rodean a dicho infiltrado se observan engrosadas y eosinofílicas. Se diagnostica Granuloma anular elastolítico de células gigantes. Se trata con Clobetasol 0.05% BID. **Conclusiones:** Se describe una dermatosis poco frecuente que predomina en zonas foto expuestas. Este caso corresponde a un GEACG con manifestaciones atípicas ya que afecta áreas no foto expuestas, con histología característica de elastofagocitosis.

29TL. ABANDONO DE TERAPIAS NUTRICIONALES EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN PUERTO CORTÉS, HONDURAS. Kathia Joaquina García Martínez¹.

¹Doctora en Medicina y Cirugía, Máster en Nutrición Clínica, Certificada en Coaching Nutricional, Profesional Independiente, Hospital del Caribe, Puerto Cortés, Honduras.

Antecedentes: El exceso de peso afecta a más del 60% de la población, agudizándose con tratamientos estéticos, dietas mágicas, promesas irreales y propaganda descontrolada de alimentos altamente calóricos. **Objetivo:** Determinar las principales causas de la no adherencia a planes nutricionales, en pacientes con sobrepeso y obesidad sometidos a tratamiento dietético. **Metodología:** Estudio retrospectivo, con muestra de 934 adultos, que acudieron para tratamiento dietético a la clínica de Nutrición del Hospital del Caribe de Puerto Cortés, entre 2012 al 2019. Se usó una encuesta y se utilizó el paquete estadístico SPSS. **Resultados:** De los 934 pacientes, predominaron 717 mujeres (77%), edad promedio entre 21-30 años (25.80%), secundaria completa 443 (47.43%), IMC predominante fue obesidad G1 327 (35.01%), procedencia área urbana 605 (64.77%), trabajaban fuera de casa 522 (55.88%), casados 425 (45.50%), asistieron a consulta por decisión propia 464 (49.67%), presentaban alguna comorbilidad 564 (60.39%), cocinaban 376 (40.25%), no realizaban ejercicio 731 (78.27%), tenían antecedentes familiares de sobrepeso 705 (75.48%), dieta previa 461 (49.36%), control nutricional previo 89 (19.30%), consulta por objetivo estético 322 (69.85%), abandono del tratamiento al primer mes 246 (53.36%), abandono del tratamiento/pérdida de la motivación 180 (39.04%), solo cambios en su alimentación 347 (75.27%), diagnóstico previo de depresión y ansiedad 449 (48.08%). **Conclusiones:** Este estudio confirma lo que la literatura nos dice sobre las principales causas de la obesidad: la genética, falta de actividad física, alimentación inadecuada, comorbilidades tempranas y tratamiento no integral. Se observó que las patologías asociadas siguen siendo síndrome metabólico, hipertensión, diabetes y dislipidemia. Por estos motivos la obesidad debe ser vista como una enfermedad y abordarse de manera oportuna y multidisciplinaria.

30TL. EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE PACIENTE EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA OBESIDAD. Kathia Joaquina García Martínez¹.

¹Doctora en Medicina y Cirugía, Máster en Nutrición Clínica, Profesional Independiente, Hospital del Caribe, Puerto Cortés, Honduras.

Antecedentes: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad es una enfermedad caracterizada por un aumento del peso corporal debido a un exceso de grasa, siendo una enfermedad multifactorial, crónica y degenerativa, influida por elementos sociales, fisiológicos, moleculares y genéticos. Se clasifica según el IMC en: peso normal (18.5-24.9), sobrepeso (25-29.9), obesidad Grado I (30-34.5), obesidad Grado II (35-39.9), obesidad Grado III (40-49.9) y obesidad Grado IV (Mayor

de 50). El sobrepeso y la obesidad afectan a más del 60% de la población, más de 2,600 millones de personas a nivel mundial, alcanzando cada vez más a adolescentes y niños, de los cuales un 75% que presenten sobrepeso, serán obesos en su adultez. Entre las principales complicaciones están las enfermedades cardiovasculares, metabólicas, apnea del sueño, depresión, etc. **Descripción del caso:** Femenina 45 años, múltipara, sin comorbilidades, historia de exceso de peso toda su vida, alcanzando un IMC de 43.5 (obesidad G III), sometida a múltiples dietas, tratamientos estéticos, medicamentos, cirugía bariátrica, terapia psicológica, psiquiátrica, y coaching nutricional. La paciente ha tenido una evolución tórpida debido a que, hasta la fecha, no ha logrado llegar a un IMC adecuado pese a todos sus esfuerzos y tratamientos. **Conclusiones:** Es imprescindible un manejo multidisciplinario de la obesidad para garantizar una mayor tasa de éxito. **Recomendaciones:** Debido a la epigenética de la enfermedad, se debe educar desde antes del embarazo a las futuras madres y se recomienda encaminar todos los esfuerzos al tratamiento correcto de la misma.

31TL. TROMBOEMBOLIA BILATERAL PULMONAR EN NIÑO CON VIRUS INFLUENZA. Pastora Xiomara Hernández Enríquez¹, Giselle Aguilar Sabillón², Raúl Anariba³.

¹Residente Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula. ^{2,3}Pediatra Intensivista, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: La influenza es una enfermedad respiratoria viral aguda, causada por virus de influenza A y B, afectando a todo el mundo. Esta infección puede asociarse a estados de hipercoagulabilidad, incrementando la prevalencia de eventos tromboembólicos. En pediatría, la tromboembolia pulmonar (TEP) es una complicación rara, pero puede ocurrir en casos graves de influenza. Las infecciones respiratorias virales agudas, son muy comunes en niños, siendo los virus capaces de infectar las células del endotelio vascular pulmonar, a través de la interacción entre la fibronectina endotelial y las integrinas plaquetarias, o por medio de TLR7 (Toll Like Receptor-7) formando agregados de plaquetas y neutrófilos. **Descripción del caso:** Femenina, 15 años, previamente sana, ingresó a la emergencia por presentar disnea, fiebre, tos, epigastralgia y vómitos de 6 días de evolución. Al examen físico inestabilidad hemodinámica, dificultad respiratoria manifestada por taquipnea y uso de músculos accesorios para respirar, ambos campos pulmonares hipoventilados. Laboratorialmente con elevación del dímero D, el hisopado nasal fue positivo para influenza A. En la radiografía de tórax se observó opacidad pericárdica y la angio-TC de las arterias pulmonares evidenció tromboembolismo pulmonar bilateral. Fue ingresada durante 19 días mostrando mejoría tras tratamiento con anticoagulación, egresándose satisfactoriamente. **Conclusiones:** En este caso, se encontró una asociación entre influenza A y el desarrollo de TEP, lo que destaca la importancia de considerar esta complicación en pacientes con síntomas respiratorios y alteraciones en

la coagulación. Debido al cuadro variable de la influenza, es imprescindible mantener una vigilancia estrecha y la sospecha clínica de las posibles complicaciones.

32TL. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y GINECO-OBSTÉTRICAS DE MADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON MICROCEFALIA ASOCIADA A ZIKA.

Angélica Sarahí Urquía García¹, Manuel Sierra¹, Yessica Vargas², Lina Carrasco³, Sara Rivera¹, Douglas Varela⁴. ¹Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana (FCS-UNITEC). ²Medicina Física y Rehabilitación, CEUTEC, FCS-UNITEC. ³Psicología, FCS-UNITEC. ⁴Servicio de Neurología Pediátrica, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: En Honduras, los primeros casos Zika se reportaron en diciembre 2015 y en mayo 2016, el primer caso sospechoso de microcefalia. Un estudio en Brasil con 19 mujeres embarazadas y con infección previa por el virus del zika encontró 26% en edades entre 15-20 años, 53% unión libre, 74% del sector urbano, 63% terminó la secundaria, 74% sin trabajo alguno, 65% partos a término y 37% eran embarazos planificados. **Objetivo:** Determinar las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de madres de niños con microcefalia asociada a Zika (MAZ). **Metodología:** Estudio de serie de casos. En el período del 2016-2017 se registraron 316 casos de MAZ, la mayoría sin diagnóstico etiológico. En 2017 una Comisión Interinstitucional de apoyo a familias con MAZ depuró una base de datos a 290 niños con MAZ que cumplían con los criterios de perímetro cefálico < -3 desviaciones estándar. Una vez obtenido consentimiento informado, a cada madre/cuidadora se le hizo una entrevista telefónica. **Resultados:** Entrevista a 50 madres/cuidadoras. Al nacimiento del niño (26 varones y 24 mujeres) las madres tenían en promedio 25 años (Rango 16-44), 32% 16-19 años, 46% 20-29 años y 18% 30-44 años. Un 26% tenían primaria incompleta/analfabeta, 26% primaria completa y 44% secundaria completa/incompleta y 4% universidad. Para un 44% era su primer embarazo, 92% tuvieron control prenatal (86% público), 82% tuvieron ultrasonido prenatal y 74% tuvieron diagnóstico prenatal de MAZ; 96% dieron a luz en hospital/clínica pública. **Conclusiones:** El diagnóstico de infección por Zika en el embarazo requiere de la disponibilidad de pruebas, que no están disponibles de forma rutinaria en Honduras. Un tercio de las madres localizadas eran adolescentes y casi la mitad 20-29 años. Casi la mitad con bajo nivel de escolaridad. La gran mayoría tuvieron control prenatal, Ultrasonografía (USN) y diagnóstico de MAZ antes del parto.

33TL. SOBREVIDA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON MICROCEFALIA ASOCIADA A ZIKA.

Angélica Sarahí Urquía García¹, Manuel Sierra¹, Yessica Vargas², Lina Carrasco³, Sara Rivera¹, Douglas Varela⁴. ¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana (FCS-UNITEC). ²Medicina Física y Rehabilitación, CEUTEC, FCS-UNITEC. ³Psicología, FCS-UNITEC. ⁴Servicio de Neurología Pediátrica, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Desde 2013 en la Polinesia Francesa se describe la microcefalia asociada al virus Zika (VZ). La introducción de VZ en las Américas fue por la Isla de Pascua en Chile, en febrero de 2015. En Honduras, los primeros casos Zika se reportaron en diciembre 2015 y en mayo 2016 el primer caso sospechoso de microcefalia. En la revisión de la literatura no encontramos estudios disponibles de sobrevivencia de pacientes con MAZ en Latinoamérica. Una tasa de letalidad encontrada reportó 9.4% (95 % IC 8.4-10.6), para casos confirmados de VZ. **Objetivo:** Determinar la sobrevivencia de pacientes pediátricos con microcefalia asociada a Zika (MAZ). **Metodología:** Estudio de serie de casos. En 2017 se conformó en Honduras una Comisión Interinstitucional de Apoyo a familias con MAZ que depuró una base de datos de 290 niños con MAZ, que cumplían con los criterios de perímetro cefálico < -3 desviaciones estándar. Un equipo interdisciplinario de FCS-UNITEC diseñó un protocolo, para dar seguimiento a la cohorte durante 2023. Una vez obtenido consentimiento informado, a cada madre se le hizo una entrevista telefónica. **Resultados:** Se entrevistaron 50 madres. Al nacimiento de los niños con MAZ (26 varones y 24 mujeres), las madres tenían en promedio 25 años (Rango 16-44), 32% eran adolescentes, 46% 20-29 años y 18% 30-44 años. Siete niños con MAZ habían fallecido al momento de la entrevista (14.0%, 95% IC: 6.9%-26.2%); 3 muertes fueron en casa y 4 en hospital/clínica pública. Las edades de fallecimiento: 3 años (1 niño), 4 años (3 niños), 5 años (2 niños) y 6 años (1 niño). Las madres afirmaron que cinco de ellos fallecieron por neumonía. **Conclusiones:** En este estudio se encontró que la mayoría de los niños con MAZ sobreviven después del año, en familias pobres, sin apoyo gubernamental.

34TL. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y LABORATORIAL DE DENGUE EN NIÑOS, INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL, TEGUCIGALPA, 2020-2021.

Gisela Fontecha¹, Ada Yosleny García², Karla Matamoros³, Pedro Luis Jiménez⁴, José Gaspar Rodríguez⁵. ¹Pediatra, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). ²Epidemióloga. ³Pediatría, UNAH. ⁴Doctor en Medicina y Cirugía UNAH. ⁵Nefrólogo Pediatra y Epidemiólogo, IHSS, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El dengue es una enfermedad viral, de carácter endémico-epidémico, transmitida por el mosquito Aedes

Aegypti, ocasiona más morbilidad mundialmente. El dengue en Honduras data desde 1977. En el año 2020, lideró el primer lugar en América con casos de dengue grave, a pesar de tener un alto porcentaje de incidencia, la tasa de letalidad es baja, lo cual es peculiar en comparación a otros países. **Objetivos:** Determinar las características clínicas y laboratoriales de niños con dengue hospitalizados en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, año 2020 al 2021. **Metodología:** Estudio Transversal Descriptivo. Se estudiaron 100 casos de dengue en niños diagnosticados y hospitalizados en el Instituto Hondureño de Seguridad Social en Tegucigalpa, en los años 2020-2021. Se catalogaron valores antropométricos y laboratoriales según edad, creándose instrumento y base en SPSS para su análisis. **Resultados:** Del total de los casos, prevaleció dengue con signos de alarma, sexo masculino, edad de 6 a 12 años, estado nutricional normal, entre los signos y síntomas prevalente fue dolor abdominal en dengue grave y vómitos en dengue con signos de alarma, laboratorialmente el hematocrito aumentó en el día 6 y disminuyó en el día 8, los leucocitos disminuyeron en el día 5 y aumentaron en el día 7, las plaquetas disminuyeron en el día 3 y aumentaron en el día 7. **Conclusiones:** El dengue en Honduras ha adquirido características singulares, los hallazgos laboratoriales en niños presentaron variaciones que difieren de los reportados en la literatura.

35TL. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ATENDIDAS EN LA EMERGENCIA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL ENRIQUE AGUILAR CERRATO. Dolores Alejandra Orellana¹, Manuel Antonio Sierra Santos², Edda Carlota Escobar Galindo³. ^{1,2,3} Doctor en Medicina y Cirugía. ²Epidemiólogo, Doctorado en Salud Pública Tropical y Enfermedades Infecciosas, Docente Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC). ³Pediatra, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La infección respiratoria aguda (IRA) es un problema de salud pública por la alta carga de morbimortalidad en la edad pediátrica, debido a factores como, acceso a servicios de salud oportunos y con calidad. **Objetivo:** Describir las características clínico-epidemiológicas de la IRAS atendidas en la emergencia del Hospital Enrique Aguilar Cerrato (HEAC), Intibucá, Honduras, durante un año. **Metodología:** Estudio observacional/descriptivo. Todas las atenciones por IRA durante el período julio 2022-julio 2023 fueron introducidas en una base de datos, utilizando EPI-Info versión Windows. La clasificación de severidad de IRA fue determinada por el número de signos y síntomas presentados: 0-3 IRA-Leve, 4-6 IRA-Moderada, y ≥ 7 IRA-Severa. Los datos fueron analizados en SPSS versión 27. **Resultados:** Se registraron un total de 504 casos de IRA con diferentes diagnósticos (198 femenino y 306 masculino), para un total de 414 pacientes, 61 con IRAS recurrentes. Hubo 193 casos en julio-diciembre 2022 y 311 casos de enero-julio 2023; rango edad predominante de 1-4 años. El mayor número de casos fue procedente del municipio de Intibucá con 303 (60.1%). En cuanto a la severidad de IRA: 218 (43.3%) IRA-Leve, 243 (48.2%) IRA Moderada y 43 (8.5%) IRA-Severa.

Recomendación: La IRA es un problema de salud frecuente que demanda servicios de emergencia en el HEAC. Las IRAS y la IRA severa afectan principalmente a la niñez lenca del departamento. Casi un 15% de las IRAS eran episodios recurrentes, lo que requiere de una atención individualizada para abordar de forma integral a estos pacientes. Es importante el manejo del expediente electrónico en nuestros hospitales con el fin de eficientar la atención, dar seguimiento a los pacientes y abaratar costos de atención, permitiendo conocer mejor las patologías que aquejan a nuestra población pediátrica para el uso razonable de los limitados recursos clínicos, y terapéuticos disponibles.

36TL. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES MENTALES EN ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. Andrés Aldair Pineda¹, Belkis María Ramírez Aguilar¹, Carlos Jah Munguía¹, Diego David Rápalo¹, Etni Ballesteros¹, Félix Wilfredo Soto Herrera¹, Fernando Javier Ochoa del Cid¹, Genevieve Alejandra Salgado Reyes¹, Hallan Emmanuel Chiu Gómez¹, Heily Alessandra Aguilar Arias¹, Josué Daniel Balladares Prado¹, Josué Ismael Aguilar Quiñonez¹, Marcelo Roney Vásquez Rodríguez¹, María Fernanda Pérez García¹, Valeria Tais Discua¹, Manuel Antonio Sierra Santos², René Mauricio Gonzales³. ¹Estudiante de Salud Pública II, Tercer Año de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ²Doctor en Medicina y Cirugía, Máster en Salud Pública, Doctorado en Salud Pública y en Enfermedades Infecciosas, Profesor Titular III, Docente Salud Pública II, Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ³Licenciado en Informática, Profesor Auxiliar, Docente Informática, Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: En las universidades crece la preocupación por la gravedad de los trastornos mentales, cada vez más recurrentes entre estudiantes de medicina. Como factores de estrés pueden mencionarse el proceso de selección, sobrecarga de conocimientos, carga horaria excesiva, dificultad para administrar el tiempo, escaso tiempo libre, individualismo, la responsabilidad ante el paciente y las expectativas sociales del médico. Se agregan a esto el contacto frecuente con la muerte, el temor a cometer errores y la sensación de impotencia ante enfermedades. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de EM y factores asociados en estudiantes de FCM-UNAH. **Metodología:** Estudio transversal analítico en una muestra de conveniencia de estudiantes de FCM. Previo consentimiento virtual, cada estudiante respondió una encuesta anónima estructurada en línea, reportando cualquier diagnóstico de enfermedades mentales (EM). **Resultados:** Participaron 443 estudiantes, 60.9% mujeres y 39.1% varones. En auto reporte de EM: 24.6% depresión; 24.6% ideación suicida; 13.5% TDA y 11.3% intento suicida. Al reunir todas las EM, 163 estudiantes (36.8%, 95% IC: 32.4% - 41.4%) tenían alguna EM. No hubo

diferencias en porcentaje de EM por sexo ($p = 0.4$). El 60.7% y 58.1% EM se encontraron en la carrera de Medicina, 3-4 años, respectivamente. **Recomendaciones:** La vulnerabilidad de los estudiantes de FCM debe ser considerada para que puedan desempeñar plenamente su actividad. Abordar las EM requiere un enfoque integral que incluya educación, apoyo, acceso a servicios de salud mental y promoción del bienestar personal. Es importante que los estudiantes aprendan a equilibrar sus responsabilidades académicas con su bienestar personal. Es fundamental que la UNAH reconozca la importancia de este tema y tomen medidas proactivas para apoyar a sus estudiantes en su viaje académico y personal.

37TL. ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. Andrés Aldair Pineda¹, Belkis María Ramírez Aguilar¹, Carlos Jah Munguía¹, Diego David Rápalo¹, Etni Ballesteros¹, Félix Wilfredo Soto Herrera¹, Fernando Javier Ochoa del Cid¹, Genevieve Alejandra Salgado Reyes¹, Hallan Emmanuel Chiuz Gómez¹, Heily Alessandra Aguilar Arias¹, Josué Daniel Balladares Prado¹, Josué Ismael Aguilar Quiñonez¹, Marcelo Roney Vásquez Rodríguez¹, María Fernanda Pérez García¹, Valeria Tais Discua¹, Manuel Antonio Sierra Santos², René Mauricio Gonzales³. ¹Estudiantes de Salud Pública II, Tercer Año de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ²Doctor en Medicina y Cirugía, Máster en Salud Pública, Doctorado en Salud Pública y en Enfermedades Infecciosas, Profesor Titular III, Docente Salud Pública II, Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ³Licenciado en Informática, Profesor Auxiliar, Docente Informática, Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Honduras se encuentra en etapa de transición epidemiológica, que se caracteriza por presentar un incremento en la prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT). Las ECNT se encuentran asociadas con estilos de vida nocivos para la salud, tales como tabaco, dislipidemias, alcohol, inactividad física e hipertensión arterial. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de ECNT y factores asociados en estudiantes de FCM-UNAH. **Metodología:** Estudio transversal analítico en una muestra de conveniencia de estudiantes de FCM. Previo consentimiento virtual, cada estudiante respondió una encuesta anónima estructurada en línea, reportando cualquier diagnóstico de ECNT y estilos de vida. **Resultados:** Participaron 443 estudiantes, 60.9% mujeres y 39.1% varones: 7.4% hipertensos, 6.3% dislipidemias, 5.2% diabetes mellitus tipo 2 y 5.0% síndrome metabólico. Las mujeres tienen marginalmente una mayor proporción de diabetes ($p = 0.06$). Un 45.1% tienen sobrepeso-obesidad (54.3% en hombres y 39.3% en mujeres, $p = 0.001$). Al combinar todas las ECNT con sobrepeso / obesidad, 221 estudiantes (49.9%, 95% IC: 45.2% - 54.5%) tienen una ECNT. En estilos de vida: 9.7% fuman cigarrillos y 12.9% utilizan cigarro

electrónico; 42% camina menos de 30 minutos al día; 35.4% reportan consumo de alcohol. Solamente un 29.8% y un 44.7% reportan consumir a diario frutas y verduras, respectivamente. **Recomendaciones:** Los estudiantes de FCM-UNAH presentan una alta prevalencia de ECNT y de factores de riesgo. Se recomienda efectuar un examen de salud preventivo, al inicio de cada año académico, con el objetivo de pesquisar factores de riesgo y establecer un programa de promoción de estilos de vida saludables: alimentación saludable, fomento de actividad física y control de ECNT. Es fundamental que la UNAH reconozca la importancia de este tema y tomen medidas proactivas para apoyar a sus estudiantes en su viaje académico y personal.

38TL. PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPIO DE DOLORES, COPÁN, HONDURAS. Engels Alexis Sandoval Coello¹. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, Médico Epidemiólogo, Copán, Honduras.

Antecedentes: Una primera aproximación la realizó el señor alcalde Lic. Mauro Saúl Díaz entre el 2022-2023 en el marco del acuerdo entre la Secretaría de Salud y la Corporación Municipal. **Descripción de la experiencia:** El programa consiste en el fortalecimiento del primer nivel de atención de salud en el municipio; en fortalecer las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud y el abordaje de las determinantes sociales: educación, agua y saneamiento, vivienda, y generación de ingresos con énfasis en desarrollo económico. Se contó con el apoyo de cooperantes nacionales e internacionales para la integración de equipos multi e interdisciplinarios. Se implementaron 4 unidades y equipos de salud familiar; se organizó la unidad municipal de salud y varias redes comunitarias de colaboradores voluntarios de salud y elaboración el análisis de situación de salud. **Lecciones aprendidas:** Es posible mejorar el acceso a servicios de salud para toda la población y espacios geográficos. Que los servicios de salud tiendan a ser integrales. Que la visión y planificación estratégica a nivel municipal es muy importante para el desarrollo e integralidad del modelo. Cuando existe voluntad política del gobierno municipal se fortalece la participación social en el modelo. El actor más adecuado para implementar y consolidar un modelo de APS es el gobierno municipal. Es posible lograr el trabajo consensuado y articulado de instituciones y organizaciones sociales.

39TL. REGISTRO MÉDICO ELECTRÓNICO DE CÓDIGO ABIERTO Y GRATUITO EN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN HONDURAS. Esohe Iyamu-Osagiede¹, Fernando Villatoro Rodríguez², Karla López Bustillo³, Amanda Metcalf⁴. ¹Doctor en Medicina Familiar, ^{1,2}Asociación Clínicas Betania, Siguatepeque. ³Médico Independiente, San Pedro Sula, Cortés. ⁴Enfermera en Medicina Familiar.

Antecedentes: Los Registros médicos electrónicos (RME) reducen costos, riesgos, errores y espacio de almacenamiento. A pesar de sus ventajas, las clínicas en países en desarrollo

a menudo carecen de recursos para su uso. Se implementó un RME gratuito en la Clínica Betania, Siguatepeque. Se hizo ensayo de dos meses (304 visitas), utilizando las funcionalidades del RME (calendarización, nota de visita general y nota de visita prenatal). **Metodología:** El RME de código abierto se adaptó para satisfacer las necesidades de registro de pacientes con el fin de mejorar la gestión y reducir errores médicos. El personal participó en la implementación y fue evaluado mediante encuestas. Se analizaron tiempos de visita y espera del paciente, tiempos de obtención de expedientes, facilidad de uso, la carga de trabajo percibida y la satisfacción general. **Resultados:** Hubo una disminución del 78% en el tiempo de espera del paciente, disminución del 10% en los tiempos de visita entre el paciente y el proveedor, disminución del 80% en el tiempo de obtención de los expedientes, facilidad de uso del personal de 91%, disminución del 17% en la carga de trabajo percibida y aumento del 31% en la satisfacción general en comparación con el registro en papel. **Conclusión:** No existe una guía consolidada y completa sobre la personalización de Open EMR para la atención primaria. Se espera compartir estos hallazgos y proporcionar una guía paso a paso donde el proceso personalizado pueda ser replicado por otras iniciativas de salud global.

40TL. RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO LIGADO A CROMOSOMA X Y OTRAS ANORMALIDADES. Paola Bonilla Soriano¹, Gabriela Alejandra Guardado Reyes². ¹Endocrinóloga Pediatra, Hospital Mario Catarino Rivas. ²Residente de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: El raquitismo hipofosfatémico es un trastorno genético caracterizado por hipofosfatemia, deficiencia de la absorción intestinal de calcio y raquitismo que no responde a la vitamina D. Por lo general, es hereditario. Los síntomas son dolor óseo, fracturas y alteraciones del crecimiento. El diagnóstico se realiza por las concentraciones séricas de fosfato, fosfatasa alcalina y 1,25-dihidroxivitamina D3. El tratamiento consiste en la administración oral de fosfato más calcitriol; el burosumab se administra para la hipofosfatemia ligada al Cromosoma X. **Descripción del caso:** Femenina, 4 años, presenta desde el nacimiento alteraciones en su estructura ósea, genu varo, dilatación maleolar, torso corto, brazos cortos, sin curvatura radial, ni estiloides de cubito y radio. La paciente evaluada desde los 18 meses por el servicio de ortopedia que ante la sospecha clínica es referida a servicio de endocrinología. Con laboratorios que reportan hipofosfatemia, insuficiencia de vitamina D, elevación de fosfatasa alcalina. Se inicia tratamiento con administración oral de fósforo y calcitriol. Se envía estudio genético que reporta positivo para Hipofosfatemia ligada al cromosoma X (PHEX), raquitismo dependiente de vitamina D (CYP27B1) y IFT172 asociado a displasia torácica de costillas cortas, retinitis pigmentosa no sindrómica. **Conclusiones:** El estudio genético en el raquitismo es crucial para identificar las causas subyacentes y proporcionar un enfoque de tratamiento

personalizado. Ayuda a comprender mejor la enfermedad su herencia y posibles variantes genéticas que pueden influir en su desarrollo, lo que abre la puerta a intervenciones más efectivas y preventivas en pacientes afectados y sus familias.

41TL. EPILEPSIA COMO MANIFESTACIÓN INUSUAL EN PACIENTE CON TRISOMÍA 22. Carol Zúniga¹, José Roberto Barahona Cortés². ¹Neuróloga Pediatra, Hospital Mario Catarino Rivas. ²Residente de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: La trisomía del cromosoma 22 en mosaico es una anomalía cromosómica poco común que implica la presencia de una tercera copia del cromosoma 22 en algunas células del cuerpo. Esta condición puede manifestarse de diversas maneras y se ha asociado con una variedad de problemas de salud, incluyendo anomalías cardíacas congénitas y trastornos neurológicos como la epilepsia. **Descripción del caso:** Femenina, 8 años con múltiples dismorfias, displasia de pabellones auriculares, labio leporino, frente amplia, cuello corto, hipertelorismo, comunicación interauricular (CIA) y epilepsia. La paciente es la menor de tres hermanos, operada a los 2 años y medio por labio leporino. Su desarrollo motor incluyó retardo en el control cefálico (7 meses) y capacidad para caminar (2 años y medio), no ha desarrollado lenguaje y solo emite balbuceos. Atraso cognitivo global. Convulsiones iniciaron a los 6 años, generalizadas, tónico clónicas, controladas con tres anticomiciales. Tomografía cerebral y electroencefalograma normales. Examen genético microarray que reportó trisomía del cromosoma 22 en mosaicismo. **Conclusiones:** Este caso resalta la importancia de una evaluación genética exhaustiva en pacientes con múltiples anomalías congénitas y retraso en el desarrollo. La trisomía del cromosoma 22 en mosaico puede tener implicaciones clínicas significativas que requieren un enfoque multidisciplinario para el manejo y seguimiento adecuados. Se recomienda una intervención temprana para abordar las necesidades específicas de desarrollo y salud de la paciente, incluyendo terapia del habla y ocupacional, así como un seguimiento continuo para monitorizar su crecimiento y desarrollo neurológico y cardíaco.

42TL. LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA EN UN NIÑO CON CITOMEGALOVIRUS. Alejandra Lara¹, Roxana Martínez². ¹Médica Residente Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula (UNAH-VS). ²Hematooncóloga pediatra, Hospital Mario Catarino Rivas (HMCR), UNAH-VS, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: La linfocitosis hemofagocítica (HLH) es una enfermedad potencialmente mortal que afecta a pacientes con defectos genéticos conocidos y se encuentra cada vez más entre aquellos con enfermedades autoinmunes e infecciones persistentes. Se ha descrito una forma primaria familiar y otras secundarias relacionadas con procesos infecciosos, neoplásicos y autoinmunitarios. El presente artículo tiene la

finalidad de comunicar un caso de SHF asociado a infección viral por citomegalovirus (CMV) y mostrar los aspectos actuales más relevantes del SHF. **Descripción del caso:** Paciente preescolar, con fiebre de 4 días de evolución, no cuantificada, subjetivamente alta, tos productiva, distensión abdominal y palidez generalizada llevada al Hospital de Santa Bárbara, Honduras, ahí le transfunden glóbulos rojos empacados en 3 ocasiones sin mejoría por lo que es referida al HMCR. Al examen físico paciente en regular estado general, palidez generalizada y hepatoesplenomegalia. Laboratorialmente con citopenia y CMV positivo. Cumpliendo con criterios diagnósticos de linfocitosis. Se dio tratamiento con dexametasona y etopósido basado en las experiencias de los estudios HLH-1994 y HLH-2004 de la Sociedad de Histiocitosis, medicamentos que aún continúa. **Conclusiones:** Este caso clínico permitirá reconocer esta patología de forma precoz ya que se trata de una enfermedad con mortalidad alta y la evolución depende de un manejo adecuado y oportuno.

43TL. CASO CLÍNICO CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN EMERGENCIA. Marlon Girón Amador¹, Bayron Josue Degrandes². ¹Médico General, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Hospital San Jorge El Hato. ²Especialista en Medicina Interna, Instituto Hondureño Seguridad Social, Hospital San Jorge; Máster en Cuidados Paliativos. Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Clostridium difficile (CD) es un bacilo Gram positivo esporulado, anaerobio estricto, transmitido por vía oral-fecal, la infección por CD está relacionado con diversas manifestaciones clínicas que van desde diarrea sin complicaciones hasta sepsis e incluso la muerte. Factores de riesgo a considerar edad avanzada, comorbilidades, hospitalización previa, uso de antibióticos y uso supresores gástricos. Es considerado principal patógeno causal de diarreas adquiridas en pacientes hospitalizados. **Descripción del caso:** Paciente masculino 77 años de Olancho; antecedentes hipertensión arterial controlada, ingreso hace un mes por neumonía grave por 10 días cumpliendo amplia cobertura antibiótica. Posterior al egreso 2 semanas presenta cuadro diarreico agudo manejado con ciprofloxacina por 7 días sin respuesta y luego con metronidazol con mejoría parcial. Debido al aumento de cuadros diarreicos hasta presentar 10 evacuaciones diarias, fiebre subjetivamente alta de 5 días de evolución y dolor abdominal es referido a Tegucigalpa. Evaluado en emergencia de hospital privado, a la exploración deshidratado, taquicárdico, febril, pálido, dolor leve en región abdominal, hemograma con leucocitosis importante, hemoglobina 10.9 g/dl, hiponatremia e hipocalcemia, procalcitonina 5 ng/ml, función hepática, renal, tiroidea normales. Wright en heces positivo 90% neutrófilos, leucocitos importantes con moco, sin sangre, antígeno glutamato deshidrogenasa para CD positivo,

toxinas A y B positivos, confirmando diarrea por CD grave e indicando manejo con probióticos, metronidazol intravenoso y vancomicina oral, líquidos intravenosos, reposición electrolítica. Durante la hospitalización se realiza tomografía abdominal sin evidencia de colitis, cumpliendo cobertura antibiótica 7 días intrahospitalaria, con evaluación satisfactoria, egresándose al cumplir 14 días de manejo ambulatorio. **Conclusión:** La intervención, identificación de factores de riesgo, abordaje y el diagnóstico oportuno de los pacientes con CD permiten iniciar tratamiento adecuado para evitar complicaciones que podrían poner en peligro la vida, es crucial que los profesionales de la salud identifiquen y manejen la infección por CD.

44TL. HERPES ZÓSTER FACIAL, IMPLICACIÓN INUSUAL. Abner Bladimir Baquedano Ordoñez¹, Katia Aguilar Gutiérrez². ¹Médico en Servicio Social, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). ²Servicio de Dermatología, Hospital Escuela, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El herpes zóster es una enfermedad viral neurocutánea causada por la reactivación del virus de la varicela zóster, es de distribución mundial y su incidencia aumenta con la edad. Los factores de riesgo en su mayoría incluyen procesos de envejecimiento o defectos en la inmunidad celular. Los hallazgos típicos son una erupción dermatomal unilateral localizada sobre una base eritematosa, sin embargo, dichas lesiones presentan una imagen colorida de diferentes etapas, desde vesiculación temprana hasta lesiones con costras y cicatrices, que pueden cursar con una etapa prodrómica. Las áreas comúnmente involucradas son los dermatomas torácicos y lumbares, siendo poco frecuente a nivel facial. **Descripción del caso:** Masculino de 56 años de edad, hipertenso controlado, consulta por presentar dermatosis de 9 días de evolución, localizado en cara, que se acompaña de dolor intenso y dificultad a la masticación. Al examen físico, se encuentran costras necróticas en hemicara izquierda, comprendido en dorso nasal, labio superior y mejilla izquierda, en cavidad oral se encuentran úlceras en región superior-izquierdo del paladar duro; dichas lesiones se encuentran siguiendo un patrón dermatomérico, con cambios inflamatorios locales y dolorosos al tacto. Debido a la presentación clínica se estableció el diagnóstico de herpes zóster con afectación de rama maxilar izquierda del nervio trigémino. Se brinda tratamiento con aciclovir 800 mg vía oral cada 4 horas por 5 días e ibuprofeno 600 mg oral cada 8 horas, además, cuidados locales en la piel. Dos meses después, se encuentran cicatrices atróficas residuales. **Recomendaciones:** Es imprescindible un diagnóstico precoz y abordaje oportuno en los casos de herpes zóster, ya que la administración de la terapéutica correcta (dosis y tiempo de exposición al fármaco) y el período en que es iniciado el tratamiento, influyen directamente en el pronóstico y en la posibilidad de evitar mayores complicaciones.

45TL. TOXOPLASMOSIS CEREBRAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO INMUNOCOMPROMETIDO. Karen Lizeth Escoto Cruz¹, Sussette Alexandra Sánchez Hernández². ¹Médica Residente de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en Valle de Sula (UNAH-VS). ² Doctora en Medicina y Cirugía, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: La Toxoplasmosis Cerebral es la infección oportunista más frecuente del Sistema Nervioso Central en pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Descripción del caso: Masculino, 13 años de edad, procedente de La Ceiba. En octubre de 2021 se diagnostica VIH/SIDA, por transmisión vertical, iniciando tratamiento antirretroviral (TAR) en misma fecha. Con abandono de tratamiento por 1 año, reinicia TAR en marzo de 2023. Se desconoce carga viral, último conteo CD4: 27células (18/01/2024). Ingresa a Hospital General Atlántida el 17/01/24 con historia de fiebre de 3 días de evolución, episodio de convulsión tónico clónico, generalizado, de 2 minutos de duración; marcha atáxica y hemiparesia derecha. TAC cerebral contrastada: lesión intracraneal única, supratentorial, con realce en anillo. Líquido cefalorraquídeo con 12 células, resto normal. Referido a Hospital Mario Catarino Rivas 22/01/2024, a su ingreso con signos vitales normales para edad, Glasgow 15/15, persiste con hemiparesia derecha; leucopenia, neutropenia, PCR negativa. Pruebas de función renal y hepática sin alteraciones. Valorado por infectología pediátrica: alta sospecha de neurotoxoplasmosis, se indica IRM contrastada con gadolinio más espectrometría y panel FilinArray (no se realizan por falta de recursos). Se inicia fenitoína, pirimetamina, ácido fólico, trimetoprima/sulfametoxazol y fluconazol. Cinco días con dexametasona. Valoración oftálmica: ojo derecho con secuela de toxoplasmosis en macula; ojo izquierdo bordes papilares levemente borrados. Paciente con evolución satisfactoria, sin nuevos episodios de fiebre ni convulsiones, no deterioro neurológico. Egresado el 30/01/2024, con TAR (TDF/3TC/DTG), fluconazol cada semana, trimetoprima/sulfametoxazol, pirimetamina, ácido fólico y ácido valproico. Se da seguimiento por Consulta Externa.

Conclusiones: Ante la sospecha de toxoplasmosis cerebral en pacientes con SIDA, se recomienda realizar estudios de imagen y PCR para *T. gondii*. Se puede lograr una evolución satisfactoria con buen apego a TAR y tratamiento empírico con fármacos de primera línea y continuar según la respuesta clínica.

46TL. SÍNDROME DE McCUNE-ALBRIGHT EN PACIENTE ADOLESCENTE. Pastora Xiomara Hernández Enríquez¹, Paola Bonilla². ¹Residente de Pediatría Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula (UNAH-VS). ²Pediatra, UNAH, Endocrinóloga Pediatra, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: El Síndrome De McCune-Albright (SMA) corresponde a una triada de síntomas que asocia: afectación cutánea (manchas cafés con leche), afectación ósea (displasia fibrosa del hueso) y pubertad precoz. Afecta entre 1 en 100,000 a 1,000,000 de individuos en la población en general, igual en

ambos sexos. La mutación del gen *GNAS1* que causa el SMA hace que la proteína G active de forma constante a la enzima adenilato ciclasa, llevando a un exceso de producción de varias hormonas y aumento de la actividad de melanocitos y osteoclastos, dando lugar a los signos y síntomas del síndrome. El diagnóstico se realiza clínicamente por la triada característica. En el 90% los pacientes presentan displasia fibrosa ósea (DF) que puede presentarse desde edades tempranas, pudiendo afectar uno o más huesos, con datos de dolor o trastornos para caminar, con o sin fractura. En las niñas, la pubertad precoz es una manifestación inicial común, con quistes ováricos recurrentes, episodios de hemorragia vaginal y aumento anormal en el tamaño de las mamas. Las alteraciones endocrinas más frecuentes son la acromegalia, hiperprolactinemia y síndrome de Cushing. **Descripción del caso:** Femenina, 16 años, antecedente de múltiples fracturas, referida para manejo por una nueva fractura. Durante anamnesis, madre de paciente refiere que paciente presentó sangrado transvaginal a los 6 meses de edad, múltiples fracturas desde la infancia temprana, presenta manchas color café con leche generalizado en el cuerpo. Estudios de imagen con datos de displasia fibrosa polioestótica sugestivos de SMA. **Conclusión:** El síndrome de McCune-Albright debe sospecharse con dos síntomas de la triada clásica, el diagnóstico precoz es importante para poder realizar un cribado de las endocrinopatías asociadas al síndrome y un tratamiento temprano de las posibles complicaciones.

47TL. CONOCIMIENTOS SOBRE EPILEPSIA EN DÍA DE LA EPILEPSIA 2024 EN EL HOSPITAL MARIO CATARINO RIVAS. Andrea Michell Soto¹, Carlos Alberto Martínez¹, Dessire Berenice Pavón¹, Dixiana Abigail Maradiaga¹, Justin Xavier Reyes¹, Libny Jazmín Perdomo¹, Lizzie Nicole Alcerro¹, María José Medina¹, Nohely Mariel Portales¹, Rafael Antonio Regalado¹, Arnold René Thompson Cerna². ¹Estudiante de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Valle de Sula (UNAH-VS). ²Profesor de Neurología, UNAH-VS, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: La epilepsia es el trastorno neurológico grave más frecuente del mundo. El segundo lunes del mes de febrero de cada año, se celebra el Día de la Epilepsia (denominado este año como Epilepsy Day 2024), fecha en la que se buscan generar conciencia sobre la enfermedad en todo el mundo.

Objetivo: Identificar los conocimientos de los visitantes en una feria de la salud en relación con la epilepsia. **Metodología:** Se realizó una encuesta a los visitantes en una feria de salud realizada el segundo lunes del mes de febrero del año 2024, fecha destinada a la concientización de la epilepsia. La encuesta incluyó preguntas dirigidas, las cuales fueron posteriormente tabuladas en el programa Excel. **Resultados:** Se encuestaron 137 personas, 97 (70%) eran mujeres, el grupo de edad mayoritario estuvo entre los 21 a 30 años (74%); en relación con los conocimientos sobre la epilepsia, 14 (10 %) dijeron no conocer nada sobre la enfermedad; en relación al origen de la epilepsia las respuestas fueron diversas, entre ellas de que se trata de una enfermedad neurológica (89.8 %),

ocho (5.8 %) dijeron que se trata una enfermedad psicológica, y seis (4.4 %) un castigo de un ser superior. En relación con el tratamiento, 132 (96.3 %) consideraron que la combinación de medicamentos permite un adecuado control de la enfermedad, tres (2.2 %) que el tratamiento era con cirugía y dos (1.5 %) que se requería de intervención espiritual. **Recomendaciones:** La educación en epilepsia representa un reto. El papel de los estudiantes de medicina y los médicos es fundamental en materia de educación, incluyendo campañas de promoción y concientización sobre la enfermedad.

48TL. ENDOSCOPIA EN GASTRITIS AGUDA Y CRÓNICA EN ADULTOS EN PUERTO CORTÉS. ENERO A DICIEMBRE 2022.

Christian Eduardo Fernández Espinoza¹, Carlos Lizandro Morales Silva². ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Especialista en Medicina Interna, Endoscopía Digestiva Diagnóstica y Terapéutica. Hospital de Área, Hospital del Caribe, Puerto Cortés, Honduras.

Antecedentes: La escasez de información sobre la gastritis y sus factores de riesgo en Honduras, especialmente en Puerto Cortés, contrasta con la alta prevalencia mundial de gastritis, afectando a más del 25% de la población. La infección por *Helicobacter pylori* es la principal causa de esta enfermedad, con incidencias significativas a nivel global, particularmente en países en desarrollo. **Objetivo:** Conocer la prevalencia de pacientes con diagnóstico endoscópico de gastritis en el período de enero a diciembre de 2022. **Metodología:** Estudio transversal, descriptivo con pacientes mayores de 21 años. Se analizaron 337 resultados de endoscopías que cumplían los criterios de inclusión, utilizando los archivos del Departamento de Endoscopia Digestiva Alta del Hospital del Caribe. Datos procesados con SPSS Statistics. **Resultados:** 65.9% fueron mujeres, el grupo etario de 60 años fue el más afectado (33.8%), los pacientes procedían de las áreas cercanas a Puerto Cortés (31.7%), epigastralgia fue el síntoma predominante (33%). En el 17.5% (59 casos) la hernia hiatal era secundaria al diagnóstico de gastritis. **Conclusiones:** La prevalencia de gastritis diagnosticada endoscópicamente fue del 76.5%, siendo más común en mujeres. Según la clasificación de Sydney, la gastritis aguda leve representó el 56.7% de los casos, mientras que la gastritis crónica constituyó el 22.8%. Ante la alta incidencia de molestias gástricas o intestinales es recomendable el estudio endoscópico como método diagnóstico temprano.

49TL. SÍNDROME DE CHARLES BONNET, SEIS CASOS CLÍNICOS EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS EN SAN PEDRO SULA, HONDURAS.

Beatriz Otero¹, Gaspar Rodríguez². ¹Psicóloga y Máster en Psicología de la Salud, Cuba, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). ²Nefropediatra y Epidemiólogo, IHSS, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: El Síndrome de Charles Bonnet (SCB) se caracteriza por alucinaciones visuales intensas y variadas en personas que pierden total o parcialmente la visión en forma repentina, no es un problema de salud mental y no afecta a personas con problemas de visión desde el nacimiento.

Descripción de los casos: se presentan seis pacientes con SCB, tratados por enfermedad renal crónica estadio V, en hemodiálisis tiempos de 3 meses a 2 años, tres teniendo de base diabetes Tipo II y uno con hipertensión arterial. Pacientes entre 57 y 72 años, tres mujeres y tres hombres, sin cuadros alucinatorios previos a la pérdida de la visión, sin otros síntomas neurológicos de importancia entre períodos interdialíticos, no uso de medicamentos o drogas psicotrópicas o estupefacientes, exámenes laboratoriales dentro de lo esperado. Alucinaciones visuales complejas y auditivas en relación a animales, personas y sombras, se presentan durante el día y la noche, de colores variados, en movimiento, conscientes de que lo que ven no es real. Dichas alucinaciones interfieren en sus estados emocionales, actividades diarias, el sueño y la alimentación. Cuentan con el apoyo de sus cuidadores. **Conclusiones:** Dado que no existe un tratamiento eficaz ni una cura del SCB. La detección oportuna permite aplicar técnicas conductuales que pueden ayudar a controlar y lidiar con este síndrome, es importante explicar al paciente y al cuidador que las alucinaciones son causadas por la pérdida de la visión y no son resultado de un problema de salud mental.

50TL. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TEMPRANAS Y TARDÍAS DE LABIO Y PALADAR HENDIDO EN UN PROGRAMA QUIRÚRGICO.

María Fernanda Cruz¹, Marina Isabel Flores¹, Ada Mercedes Barrientos¹, Ninoska Alejandra García¹, Carlos Iván Barahona¹, Sara Eloísa Rivera Molina², Manuel Antonio Sierra², Juan Pablo Bulnes Vides². ¹ Doctor en Medicina y Cirugía, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC). ²Docente Investigador UNITEC, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El labio y paladar hendido son defectos congénitos que afectan la formación de los tejidos de la boca y el labio durante el desarrollo fetal. La prevalencia puede variar en diferentes países debido a factores genéticos, étnicos y ambientales. Estos defectos pueden presentar complicaciones en la alimentación, el habla y la audición, y pueden requerir intervenciones quirúrgicas para corregirlos. La cirugía para el tratamiento del labio leporino tiene como objetivos mejorar la calidad de vida para los pacientes. **Objetivo:** Identificar las complicaciones postoperatorias tempranas y tardías de labio y paladar hendido en los programas quirúrgicos de Operación Sonrisa Honduras en el período de enero-agosto 2023 (8 meses). **Metodología:** Estudio transversal descriptivo, muestreo probabilístico aleatorio simple. Se revisaron expedientes de niños sometidos a cirugía entre enero y agosto de 2023. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico EpiInfo V7.2. **Resultados:** Se revisaron 148 expedientes de un total de 300 cirugías. El 53.4% (79/148) eran niñas. Edad entre 1 y 5 años (45.3%, 60/148). Padres analfabetos (83.8%, 124/148). El procedimiento más común fue la queiloplastia (60.8%, 90/148). El 3.4% (5/148) de los pacientes tuvo complicaciones postoperatorias tempranas siendo la más frecuente la dehiscencia de suturas (60%, 3/5). El 4% (6/148) presentó complicaciones tardías, predominando la fístula palatina (83%,

5/6). **Conclusiones:** Las complicaciones en los pacientes que se han sometido a cirugías reconstructivas por labio y paladar hendido son poco frecuentes en la población estudiada.

51TL. PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA GENERALIZADA AGUDA NO ASOCIADO A FÁRMACOS EN PACIENTE PEDIÁTRICO. Rafael Andree Sánchez Maldonado¹, Delmis Ibeth Calidonio Fuentes¹, Claritza Rosales¹, Joyner Estefanía Rosales Lemus², Scarleth Paola Vásquez Reconco³. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, Hospital de Puerto Cortés. ²Internado Rotatorio Médico de UNAH-VS. ³Pediatra, Hospital de Puerto Cortés, Honduras.

Antecedentes: La pustulosis exantemática generalizada aguda (PEGA) es una entidad dermatológica, rara, aguda y grave, que se le atribuye principalmente a una reacción adversa a fármacos. Sin embargo, se describen en la literatura otros desencadenantes. Se caracteriza por un inicio súbito de pústulas no foliculares, pequeñas sobre una base eritematosa y una resolución espontánea en 15 días. **Descripción del caso:** Se presentó a emergencia de pediatría del Hospital de Puerto Cortés, paciente femenina de 12 años, con historia de dermatosis pruriginosa de 2 días de evolución que se asocia con fiebre de misma evolución, subjetivamente alta, no cuantificada. Las lesiones consistían en numerosas pústulas puntiformes, no foliculares de 1 a 3 mm de tamaño, sobre una base eritematosa con descamación discreta. La paciente aducía prurito y ardor en las lesiones que se presentaban en la frente, nariz, cuello, hombros, brazos, tórax, axilas, abdomen, y región lumbar. No involucraba palmas, plantas ni mucosas. La paciente niega haber ingerido medicamentos en los últimos meses, se menciona contacto con vegetación, consumo de té de hierbas, picaduras de mosquitos en la última semana; presencia de arañas, uso en cocina de varios condimentos. Se realizaron exámenes laboratoriales que reportaron: Anemia leve, leucocitosis, eosinofilia y PCR+. La paciente recibió como tratamiento inicial: oxacilina, paracetamol y difenhidramina. Se realizó estudio histopatológico de piel consistente con el diagnóstico de PEGA. Se cambia al tratamiento definitivo con shampoo de ácido undecilénico, shampoo de piritionato de zinc, crema relipidizante anti-irritaciones y crema lavante. Resolución completa a los 10 días de tratamiento. **Conclusiones:** Este caso nos recuerda que no todos los exantemas son de origen infeccioso y nos invita a tener presente la PEGA como una entidad rara, sin discriminación etaria y cuya etiología puede ir más allá de los fármacos.

52TL. INSEMINACIÓN ARTIFICIAL. Eduardo Antonio Bueso¹, Héctor Gutiérrez², Keren Serrano³, Genevieve Turcios⁴. ¹Ginecología y Medicina Reproductiva. ²Microbiólogo. ³Ginecología. ⁴Doctor en Medicina y Cirugía, Hospital Del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: La inseminación artificial consiste en el depósito instrumental de semen del varón, previamente procesado en el laboratorio con técnicas encaminadas a mejorar su calidad e introducirlo en el aparato genital femenino. Es una técnica simple, ejecución sencilla, y con pocos riesgos. Según el origen

del semen, se habla de inseminación artificial homóloga o conyugal, e inseminación heteróloga o con semen de donante. Se requiere comprobación de la permeabilidad tubárica y espermograma. Las indicaciones, son diversas, e incluyen, esterilidad de origen desconocido, disfunciones ovulatorias, endometriosis leve, mujeres sin pareja masculina, etc. El factor pronóstico, más determinante, es la edad de la paciente. Se utilizaron fármacos inductores de la ovulación, en todos los casos, mayoritariamente fueron inductores por vía oral, y en un menor porcentaje, gonadotropinas, por vía subcutánea, y en todos los casos se efectuó seguimiento folicular, y se administró dosis única de 6,500 UI de HCG, para provocar la ruptura del folículo. Todos los procedimientos, fueron guiados con ultrasonido. **Objetivo:** Conocer las pruebas diagnósticas básicas, previas a la realización de inseminaciones, al igual que sus indicaciones y procedimiento. Además, deberá reconocer las posibles complicaciones de esta técnica y como resolverlas. **Metodología:** Investigación descriptiva, muestra de 200 pacientes, edades entre 25-45 años, atendidas en el centro de fertilidad del Hospital del Valle, durante 10 años, 2013 a 2023. **Resultados:** La tasa de éxito, osciló entre 15 y 25% por ciclo, el 91% de los casos, fueron mediante inseminación conyugal y el 9% con semen de donante, en este último grupo es donde se consiguieron los mejores resultados. **Recomendaciones:** Es fundamental, la preparación previa correcta e informar a los pacientes, de los datos reales del procedimiento, sobre todo en función a la edad y aplicar la técnica de capacitación espermática adecuada, para poder tener mejores resultados.

53TL. TROMBOCITOPENIA EN EL EMBARAZO, HOSPITAL MARIO CATARINO RIVAS. Cinia Lorena Perdomo¹. ¹Gineco-obstetra, Cirugía genital y gineco-estética, Diplomado en Endocrinología Ginecológica, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: La trombocitopenia es un signo frecuente en obstetricia, ocurriendo en un 7-8% de los embarazos, puede ser el resultado de condiciones fisiológicas o patológicas propias del embarazo, sin embargo, muchas son consecuencia de serios desórdenes médicos que potencialmente puede llevar a la morbimortalidad materno y fetal, lo que crea un desafío diagnóstico debido a la multiplicidad de etiologías que se deben considerar. **Descripción del caso:** Paciente de 15 años de edad, sin antecedentes patológicos, que debuta en su primer embarazo (34.5 semanas de gestación) con trombocitopenia (16,000 plaquetas), evolución tórpida y cuadro atípico, fue manejada al inicio como dengue grave, pero por la evolución hematólogo indica investigar cuadro linfoproliferativo, sugiriendo aspirado de médula, paciente fallece al realizar procedimiento. **Recomendaciones:** Crear un protocolo de manejo para pacientes con trombocitopenia en el embarazo para obtener diagnósticos más certeros y conductas terapéuticas más oportunas. Se recomienda realizar esfuerzos por adquirir pruebas de cariotipo, inmunofenotipo, citogenética, así como la compra de interferón alfa u otros medicamentos e ir planificando proyectos de trasplante de médula ósea en el país.

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL)
PRESENTACIÓN MODALIDAD PÓSTER

54TL. TUMORACIÓN INTRALUMINAL COLÓNICA EN UN NIÑO. Juan Carlos Henríquez Tábor¹, Giovanni Humberto Marie Aguilar², Norma Suyapa Oviedo Martínez³, Luis Enrique Jovel Banegas⁴. ¹Residente Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula. ^{2,3}Cirugía Pediátrica, Hospital Mario Catarino Rivas (HMCR). ⁴Gastroenterología Pediátrica, HMCR, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: En pediatría las tumoraciones más frecuentes son los linfomas, los tumores del sistema nervioso central y tumoraciones solidas retroperitoneales. Difícilmente se hace diagnóstico de tumoraciones de víscera hueca, presentándose con mayor frecuencia en adultos y tienden a ser de características malignas. En el paciente pediátrico las tumoraciones intraluminales intestinales más frecuentes suelen ser los pólipos, de características benignas. **Descripción del caso:** Femenina de 17 años, sin antecedentes patológicos previos con cuadro de proctorragia, hematoquecia y pérdida de peso de un mes de evolución, se le solicita ultrasonido abdominal donde se observa tumor sólido. En evaluación por gastroenterólogo se realiza endoscopia encontrando gastropatía erosiva en antro con duodenitis nodular leve y colonoscopia observando tumor que abarca 100% de la luz del colon transverso. TAC abdominal reporta tumor en tercio proximal de colon transverso con invaginación de colon ascendente proximal a dicha tumoración. Se ingresa a la emergencia pediatría para valoración y abordaje quirúrgico. Al interrogatorio y examen físico paciente persiste con episodios de hematoquecia que se acompañan de dolor y palpación de masa indurada de bordes irregulares infraumbilical, con exámenes laboratoriales dentro de rango de normalidad para su edad. Se decide realizar resección de masa de bordes irregulares de ± 10 x 15cm de diámetro abarcando todo lumen colónico en colon transverso con epiplón sobre el mismo, se realiza posteriormente anastomosis de extremos del colon. Biopsia reporta tumor mucinoso. **Recomendaciones:** Todo paciente que se presenta a la consulta con proctorragia deberá sospecharse al inicio de una patología intraluminal intestinal, haciendo todos los diagnósticos diferenciales posibles, lo que permitirá el mejor abordaje terapéutico.

55TL. EXPERIENCIA EN CLÍNICA AMBULATORIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS: UNA ALTERNATIVA HACIA EL FORTALECIMIENTO Y MANEJO INTEGRAL. María Alejandra Ramos Guifarro¹, Odalís Janeth Cerrato Bautista², Sinaí Ríos Ramos³, Francis Alejandra Díaz Fonseca³, Greysi Maricela López Pineda⁴. ¹Endocrinóloga, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela (SE-HE). ²Especialista en Medicina Interna, SE-HE. ³Doctor en Medicina y Cirugía, SE-HE. ⁴ Doctor en Medicina y Cirugía, Medicina Podiátrica, SE-HE, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El Hospital Escuela es el principal centro de referencia a nivel nacional, lo que dificulta el acceso a la atención oportuna de nuestra población, surgiendo por tanto la necesidad de crear nuevos espacios en búsqueda de alternativas, dado que, las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte y discapacidad a nivel mundial. El 4 de septiembre del 2023, se inaugura la Clínica Ambulatoria de Enfermedades Crónicas (CAEC) ubicada en los predios de la CLIPER del Hato, con un enfoque en patologías endocrino metabólicas. **Descripción de la experiencia:** Se inician actividades con un equipo multidisciplinario integrado por personal médico especializado, medicina general, enfermería, nutrición, educación en diabetes, farmacia y podología, considerando que la Diabetes Mellitus es la primera causa de amputación a nivel mundial. Desde su apertura hasta febrero del 2024, se han brindado más de 1800 atenciones, siendo el Hospital Escuela la institución de la cual recibimos mayor número de referencias. **Lecciones aprendidas:** 1. La atención podológica es un pilar fundamental en la prevención, reconocimiento y manejo de las complicaciones podiátricas. 2. La intervención nutricional genera mayores tasas de éxito en el manejo holístico. 3. El 86% de nuestros pacientes insulino dependientes se benefician del uso de dispositivos de análogos de insulina de acción sostenida y/o rápida, permitiendo al paciente mayor autonomía en su manejo, tomando en cuenta su variabilidad, así como la disminución de efectos no beneficiosos por otras alternativas terapéuticas; 4. El seguimiento sistemático y a corto plazo de las diferentes comorbilidades supone mejores resultados en cuanto a la relación médico-paciente, adherencia al tratamiento y la no deserción. Además, fomenta el compromiso del equipo de trabajo en pro del paciente, siendo esto evidenciado en la mejoría de los parámetros bioquímicos medibles, así como la funcionalidad y calidad de vida del usuario.

56TL. MUCORMICOSIS RINOSINUSAL Y MAXILAR EN HUÉSPED INMUNOSUPRESO. Alejandra María Ferrera Reyes¹, Luis Alfredo Rodríguez Castellanos². ¹Residente Posgrado de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ²Especialista en Medicina Interna, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La mucormicosis es una infección fúngica producida por hongos del orden mucoral, se desarrolla con mayor frecuencia en pacientes inmunocomprometidos, caracterizada por producir invasión de vasos sanguíneos con posterior trombosis e isquemia del área de lesión, por ende, puede provocar manifestaciones rinocerebrales, cutáneas, gastrointestinales, diseminadas y misceláneas. **Descripción del caso:** Femenina de 25 años, con diabetes mellitus tipo 2 en estado hiperosmolar hiperglucémico siendo tratada en Hospital Regional durante dos semanas. Presenta dolor localizado en tercer molar superior izquierdo de 3 semanas de evolución, punzante, de intensidad 7/10 acompañado de rubor, calor y edema localizado en región malar izquierda extendiéndose en toda la hemicara izquierda imposibilitando la apertura oral y ocular ipsilateral. Recibió diez días de cobertura antibiótica con imipenem, vancomicina y dos días con metronidazol, al no tener mejoría clínica y por deterioro progresivo se refiere al Hospital Escuela. Al ingreso con signos vitales estables, presenta dificultad para la apertura oral, con úlcera necrótica de aproximadamente 1.5 cm de longitud, localizada en paladar duro extendiéndose a paladar blando, además piezas dentales con múltiples caries. VIH negativo. Se realiza hisopado en cavidad oral con cultivo y KOH que reporta hifas anchas gruesas con etiología morfológica de hongo de orden mucorales, se decide intervención quirúrgica y se obtiene muestra de tejido de paladar blando que reporta tejido fibroconectivo con estructuras consistentes con hifas de Mucor e inflamación aguda supurada abscedada. Se realiza drenaje quirúrgico en dos ocasiones y es tratada con Anfotericina B Deoxicolato con mejoría clínica notable. **Conclusiones:** La mucormicosis sigue siendo una amenaza con graves consecuencias para la vida; 50% de los pacientes que presentan mucormicosis tienen diabetes, pudiendo ser la primera manifestación entre pacientes no diagnosticados. La sospecha clínica es importante para brindar el tratamiento oportuno y evitar severas complicaciones.

57TL. INCONTINENCIA PIGMENTI: UNA GENODERMATOSIS MULTISISTÉMICA. Abner Bladimir Baquedano Ordoñez¹, Liliana Oliva Cáceres². ¹Médico en Servicio Social, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras. ²Dermatóloga, Servicio de Dermatología, Hospital General del Sur, Choluteca, Honduras.

Antecedentes: La incontinenia pigmenti (IP), es una genodermatosis infrecuente con un patrón de herencia dominante ligado al cromosoma X, con penetrancia del 100% y una expresividad fenotípica variable. Afecta a los tejidos que se desarrollan a partir del neuroectodermo y mesodermo,

provocando anomalías en la piel, cabello, dientes, ojos, sistema nervioso y sistema musculoesquelético. Con una prevalencia de aproximadamente 0,7/100.000 nacimientos, una proporción de mujeres a hombres de 10:1, siendo letal en el sexo masculino. Sin embargo, se desconoce la prevalencia exacta, ya que se considera una enfermedad infradiagnosticada. **Descripción del caso:** Neonato femenino, sin antecedentes personales patológicos, ambos padres sanos y con antecedente de IP en su primera hija. Desde el nacimiento presenta dermatosis comprendida por lesiones de tipo eritematovesiculososo sobre una base macular hiperpigmentada parda-grisácea, localizada en extremidades superiores, inferiores y tronco, la cual sigue las líneas de Blaschko. Se realizaron estudios encontrando marcada eosinofilia y biopsia de piel que reporta datos de espongirosis eosinofílica. Se estableció el diagnóstico de incontinenia pigmenti. Se interconsultó de manera multidisciplinaria sin encontrar afectación extracutánea, por lo que se brindó manejo con cuidados tópicos y la respectiva consejería a los familiares sobre este padecimiento. Posteriormente 4 años después, se evidencia regresión de las lesiones, con ciertos datos de alteraciones dentales y ungueales, sin mayor compromiso. **Recomendaciones:** Debido a su baja incidencia y desconocimiento general de la enfermedad, la IP a menudo se convierte en una patología poco sospechada y que probablemente se diagnostica erróneamente como otra dermatosis, facilitando que muchos casos leves pasen desapercibidos y así la transmisión de la enfermedad en la descendencia de quienes lo padecen, lo que resalta la importancia de conocer sobre esta enfermedad y el realizar siempre una evaluación médica oportuna, brindando un manejo integral, con su respectivo seguimiento multidisciplinario a largo plazo de estos pacientes.

58TL. PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA: ENTIDAD RARA EN PEDIATRÍA. Pastora Xiomara Hernández Enríquez¹, Evelin Johana Santos¹, Roxana Martínez ², Iván Estrada ². ¹Médico Residente Pediatría UNAH-VS. ²Hematóloga Oncóloga Pediatra, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y Hospital Mario Catarino Rivas (HMCR). ²Intensivista Pediatra, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos IHSS y HMCR, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: La púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) es una entidad rara que pertenece a las microangiopatías trombóticas. Es causada por una deficiencia severa en la actividad de la proteasa ADAMTS13. En pediatría el cuadro clínico se caracteriza por compromiso multiorgánico y puede llegar a confundirse con Síndrome Urémico Hemolítico Atípico y enfermedades inmunitarias. La proteína ADAMTS13 se encarga de dividir el factor von Willebrand para que se pueda unir al colágeno expuesto al endotelio dañado, al estar deficiente se acumulan multímeros de factor von Willebrand y plaquetas condicionando a trombos y posterior isquemia además de la destrucción de eritrocitos resultando en anemia hemolítica. El tratamiento incluye terapia inmunosupresora o terapia

de reemplazo de plasma. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 18 meses de edad, previamente sano, ingresó a la Emergencia Pediátrica por presentar fiebre, trombocitopenia y púrpura de 5 días de evolución. Al examen físico presentaba petequias, purpura diseminada y alteraciones neurológicas. Laboratorialmente anemia, trombocitopenia, Coombs directo negativo, LDH elevada, FSP con eritrocitos fragmentados, pruebas inmunológicas e infecciosas negativas por lo que se envió ADAMTS 13 el cual resultó positivo, iniciando tratamiento inmunosupresor y posteriormente egresado satisfactoriamente con seguimiento por Hematología. **Conclusiones:** En Pediatría, el diagnóstico de PTT se basa en hallazgos clínicos y laboratoriales. Es una entidad muy poco frecuente, que ante la no sospecha diagnóstica su cuadro puede ser mortal. No debe retrasarse su tratamiento hasta esperar la confirmación de ADAMTS13.

59TL. WOLF PARKINSON WHITE EN EMERGENCIA. Ólman Gradis Santos^{1,2}, Michell Ayaris Gutiérrez Gutiérrez³, Bayron Josué Degrandes^{4,5}. ¹Médico General Universidad Católica de Honduras. ²Docente Universidad Católica de Honduras Nuestra Señora Reyna de la Paz. ³ Doctor en Medicina y Cirugía, Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP) área de emergencia. ⁴ Especialista en Medicina Interna del INCP, Instituto Hondureño Seguridad Social, Hospital San Jorge; Máster en Cuidados Paliativos, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El síndrome de Wolf Parkinson White (WPW) forma de presentación más común de pre-excitación ventricular, es una alteración congénita de la conducción con una clínica variada que van desde arritmias asintomáticas hasta muerte súbita cardíaca. Su prevalencia en la población general que oscila entre el 0,1% y el 3%, la fisiopatología de esta anomalía es la vía accesoria entre las aurículas y los ventrículos. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 39 años de edad, desde el 2016 con antecedentes de arritmias, siendo manejado con bisoprolol 5mg cada día por 4 años y luego abandono tratamiento, sin citas desde entonces. Refiere que hace 4 meses ha presentado episodios de palpitaciones persistentes de 2 a 4 ocasiones diarias, acompañado de leve dolor torácico, hace 2 semanas episodios han aumentado hasta 6 ocasiones diariamente y disnea de grandes esfuerzos. Es enviado a la emergencia Instituto Nacional Cardiopulmonar realizando abordaje: examen físico signos vitales normales, corazón R1 y R2 de ritmo regular, no soplos, estudios séricos hemograma normal, función hepática, renal, electrolitos, función tiroidea normal. Se realiza Rx de tórax sin alteraciones, electrocardiograma con evidencia de patrón PR corto y onda delta característica del síndrome WPW, sin arritmias o isquemia aguda, ecocardiograma función sistólica preservada, remodelamiento concéntrico del ventrículo izquierdo, sin valvulopatías. Evaluado por cardiología indicando Holter cardiaco de 24hrs con evidencia de patrón WPW, con vía accesoria lateral derecha, ritmo sinusal de base, ni episodios de fibrilación, actividad ectópica supraventricular esporádica menos del 1%. Evaluado por cardiología manejado de forma expectante y enviado a consulta externa para su seguimiento en

espera de ablación. **Conclusiones:** El abordaje y diagnóstico oportuno de las enfermedades cardiopulmonares permiten un tratamiento basado en evidencia científica. Pacientes sin patología estructural cardíaca y de bajo riesgo con WPW el tratamiento de primera línea es la ablación de la vía accesoria.

60TL. ACRODERMATITIS ENTEROHEPÁTICA EN UN NIÑO. Zamir Duarte¹, Wilmer Madrid², Jorge Villacorta³. ¹Residente de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula. ²Neumólogo Pediatra, Hospital Mario Catarino Rivas (HMCR). ³Pediatra HMCR, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: La prevalencia de la acrodermatitis enteropática es desconocida, es una rara enfermedad autosómica recesiva que responde rápidamente con un suplemento adecuado de zinc en la dieta. El zinc es un oligoelemento que tiene múltiples funciones estructurales, reguladoras y catalíticas. Desempeña un rol importante en el crecimiento, reparación de tejidos. Sin su administración se ha observado pacientes con enfermedades crónicas, desnutrición, síndromes de malabsorción, etc. **Descripción del caso:** Masculino, 5 años, desde los 7 meses al suspender la lactancia materna inició con queilitis y lesiones eritematosas, simétricas, bien delimitadas con erosiones, costras y exudado en cara, cuello, extremidades y genitales, además alopecia total de cuero cabelludo, cejas y pestañas, diarrea recurrente desde los 3 años de edad, distensión abdominal y fallo de medro. Múltiples tratamientos sin mejoría. Al ingreso se miden niveles séricos de Zinc 56 mcg/dl, luego biopsia de piel que reporta depósitos de melanina con sustitución de leucocitos polimorfonucleares infiltrando la pared, lamina propia con abundantes nódulos de linfocitos y células plasmáticas. Se inició sulfato de zinc oral, con mejoría desde las primeras dos semanas del tratamiento, se indicaron antibióticos para lesiones impetiginizadas. Al egreso con cabello y ganancia ponderal con ayuda nutricional. A los dos meses de tratamiento con pelos en cejas y pestañas. **Recomendaciones:** La deficiencia de zinc causa retraso en el crecimiento, disfunción del sistema inmunológico, lesiones en la piel y trastornos neurológicos, un tratamiento oportuno lleva a recuperación completa del estado nutricional, lesiones cutáneas, crecimiento de cabello y mejoría clínica en el desarrollo psicomotor. Pensar en esta enfermedad cuando haya alopecia, diarrea, dermatitis acral y periorificial. El diagnóstico es básicamente clínico, se deben corroborar niveles séricos de zinc, iniciar el tratamiento en forma oportuna y prolongada. La mejoría clínica será evidente tan pronto inicie tratamiento.

61TL. IMPACTO DE LAS REDES SOCIALES EN LA SALUD MENTAL, AÑO 2023. Polet Portillo Cáliz¹. ¹Postgrado en Salud Pública, Docente en Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Los problemas de salud mental son preocupaciones cada vez más comunes en la sociedad, en parte debido al uso inadecuado de Internet y de las redes

sociales (en términos de frecuencia y contenido consumido) un problema de salud pública que ha cobrado importancia. **Objetivo:** Analizar el impacto del uso de las redes sociales en la salud mental en los hondureños y desarrollar estrategias efectivas de prevención. **Metodología:** Estudio transversal, muestreo no probabilístico, por conveniencia, descriptivo de la información que se recopiló midiendo la percepción, experiencias, se instrumentó a través de una encuesta de preguntas abiertas y cerradas, en mayores de 18 años, se aplicó a 384 hondureños. **Resultados:** El 97% de los encuestados usan redes sociales, 53% tenían edades entre los 18 a 28 años, 3% con una edad mayor a los 50 años, Facebook 90% es la aplicación más usada, 92% presenta cambios en su estado de ánimo, 50% de los encuestados manifiesta usar a veces las redes sociales como un escape a su realidad, 30% manifiesta tener síntomas de estrés o ansiedad, 90% no pueden estar más de una hora sin revisar sus redes sociales. **Recomendaciones:** Las redes sociales pueden influir en los detonantes del estrés/ansiedad y tener un mayor impacto por el abuso. Es por ello la importancia de crear conciencia del tiempo que se invierten en ellas y como dicho tiempo puede ser utilizado en actividades más productivas del desarrollo humano.

62TL. ESPONDILODISCITIS POR BRUCELOSIS. Sharon Hefzi-Ba Pineda Guevara¹, Daniel Zelaya². ^{1,2} Residente de Medicina interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula (UNA-VS), San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: Los humanos pueden adquirir la brucelosis a través del contacto laboral o el consumo de productos lácteos contaminados (leche, mantequilla y queso), las manifestaciones son inespecíficas, fiebre, dolor osteomuscular. El compromiso osteoarticular es la complicación más frecuente y puede ocurrir en el 10–85%. La columna vertebral es uno de los órganos más involucrados en la infección con una tasa de 2 – 54%. **Descripción del caso:** masculino, 64 años de edad, procedente de San Pedro Sula, motorista, ingresa al Hospital Mario Catarino Rivas (HMCR) por dolor lumbar, 6 meses de evolución, inicio insidioso, progresivo, sin agravantes, ni atenuantes, con escala de dolor de 3/10, incrementándose hasta intensidad 9/10 en el último mes previo a su ingreso, también debilidad de miembros inferiores generalizado bilateral, descendente, sin afectación de esfínteres, llegó a imposibilitar deambulación, mialgias y artralgias. Tratado con AINES y relajantes musculares sin mejoría. Se recibió en el HMCR con disminución de la fuerza (3/5) en ambos miembros inferiores y parestesias bilaterales, en columna vertebral no se palpaban masas, hay presencia de contractura muscular en región lumbar y dolor a la palpación de vértebras L2-L3 exacerbado a la flexión del tronco y movilización de extremidades. Exámenes de laboratorio con leucocitos y elevación de reactantes de fase aguda, elevación de azoados, con una IRM lumbar que reporta datos de Espondilodiscitis de L2-L3 con infiltración de los músculos psoas iliacos bilateral, con resultado de Rosa de Bengala 1:320. Infectología indica gentamicina, doxiciclina y rifampicina. Evolución satisfactoria, recuperando la movilidad y la sensibilidad posteriormente.

Conclusiones: La brucelosis es la enfermedad zoonótica microbiana más común y se encuentra de manera endémica. Es una bacteria intracelular, *Brucella Melitensis* spp es la más común de las especies. Las espondilitis y las espondilodiscitis son las complicaciones más frecuentes de la afectación espinal brucelar.

63TL. PENTALOGÍA DE CANTRELL. Evelin J. Santos¹, Dacia S. Zavala¹, Juan R. Guerrero ². ¹Residente de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula. ²Cardiólogo Pediatra, Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: La Pentalogía de Cantrell (PC) es una colección de cinco anomalías congénitas de la línea media, estos defectos incluyen al corazón, pericardio, diafragma, esternón y pared abdominal. Se ha dividido en dos categorías, completa o parcial. También se la conoce como ectopia cordis toracoabdominal, una afección en la que el corazón está cubierto por una membrana similar a un onfalocele. El tratamiento de la PC consiste en la cirugía cardiovascular. **Descripción del caso:** Producto del segundo embarazo, madre de 20 años, sin antecedentes patológicos durante la gestación, se realiza ultrasonido obstétrico a las 15 semanas en el que se observa corazón en cavidad amniótica, con impresión diagnóstica: “ectopia cordis tipo torácico”. Nace vía cesárea paciente, sexo femenino de 39 semanas de gestación por capurro, con APGAR 8 y 9 al primer y quinto minuto respectivamente, nace con defecto de pared torácica. Trasladada a la unidad de cuidados intensivos neonatales, con diagnósticos de ectopia cordis y onfalocele, sospecha de PC. No requirió apoyo ventilatorio invasivo, ni apoyo de vasopresinas, valorada por equipo multidisciplinario: cardiovascular, equipo cirujano cardiología pediátrica, cirugía e infectología pediátricas. Paciente se egresa el 16 diciembre a los 14 días de vida, sin posibilidades quirúrgicas en Honduras, fallece a los 98 días de vida. **Recomendaciones:** La pentalogía de Cantrell se puede diagnosticar en la ecografía del primer trimestre del embarazo. El diagnóstico prenatal ayuda a las familias a tener la oportunidad de tomar decisiones informadas durante el embarazo. Es necesario un examen de ecocardiografía para evaluar las cámaras del corazón en busca de defectos y fracción de eyección. Debido a la asociación con aneuploidía, el cariotipo también es importante para el asesoramiento de los familiares.

64TL. TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EN PACIENTE PUERPERA. Leonel Edgardo Perdomo Suazo¹, Arnold Rene Thompson Cerna². ¹Estudiante de Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula (UNAH-VS). ²Médico especialista en Neurología, Subespecialista en Epilepsia, Profesor de Neurología, Departamento Clínico Integral, UNAH-VS, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: Los cambios fisiológicos inducidos por el embarazo aumentan las concentraciones de factores de coagulación creando un estado de hipercoagulabilidad, el cual

aumenta el riesgo de eventos tromboticos a nivel cerebral, con mayor incidencia en tercer trimestre y período postparto. La trombosis venosa cerebral representa menos del 1% de ictus, con predominancia en mujeres en edad fértil. **Descripción del caso:** Femenina, 24 años, puérpera tardía de 8 días de evolución con antecedente de parto domiciliario sin complicaciones, con historia de 2 crisis epilépticas tónico-clónica generalizadas, con duración de 5 minutos, con oculogiros y pérdida de la consciencia, sin relajación de esfínteres. Además, cefalea de 5 días de evolución, inicio súbito, holocraneana, tipo opresivo, intensidad 5/10 en la escala análoga del dolor y progresando a 10/10, exacerbada al decúbito, sin atenuantes, acompañado de fotofobia y fosfenos. Al examen físico presenta presiones arteriales normales, respiración regular, sin alteración del estado mental, fondo de ojo muestra borramiento del margen del disco óptico en ojo izquierdo, sin déficit motor. Laboratorialmente con Dímero D (5549 ng/ml, valor de referencia 500ng/ml). La Angio-IRM de cerebro reportó zonas de hiperintensidad en la secuencia FLAIR que se traducen en áreas de restricción a nivel de la corteza parietal bilateral, sin reforzamiento del medio de contraste, hallazgo concordante con trombosis venosa cortical. EEG indica un trazo anormal por presencia de PLEDs y Bi-PLEDs. Se inicia anticoagulación con heparina no fraccionada y Warfarina, terapia anticomicial con levetiracetam, con buena respuesta clínica al tratamiento, por lo cual es dada de alta 7 días posteriores a su ingreso. **Recomendaciones:** La trombosis venosa cerebral es una emergencia cerebrovascular poco frecuente del embarazo y el postparto, que requiere la atención inmediata de un equipo multidisciplinario debido a su alta tasa de mortalidad y discapacidad.

65TL. ECTIMA GANGRENOSO COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO. Wilmer Madrid¹, Brayan Jeyson Hernández Morales², Daphne Graciela Antúnez Nazar³. ¹Pediatra Neumólogo, Hospital Mario Catarino Rivas. ²Pediatra, Profesional Independiente. ³Residente de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: El ectima gangrenoso, es una infección cutánea que suele aparecer en personas inmunodeprimidas, la mayoría de casos son fulminantes, las lesiones en piel se inician como máculo-pápulas eritematosas que rápidamente progresan a ampollas hemorrágicas, que fácilmente se rompen y dejan una costra purulenta, la cual, al desprenderse, muestra una úlcera profunda en sacabocado, con borde indurado, elevado, eritematoso, violáceo y centro necrótico. El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica con una heterogeneidad considerable, haciendo del diagnóstico todo un reto. **Descripción del caso:** Masculino, 9 años de edad, sin antecedentes patológicos personales o familiares, se evalúa 13 días posterior a diagnóstico de varicela sobre infectada, presenta lesiones ulceradas en sacabocado, costra necrótica, localizadas en cara, tórax anterior y miembros superiores,

presentó convulsiones, estado de confusión, edemas. Laboratorio con trombocitopenia, hematuria, Anti-DNA y ANA positivos. Cultivo de lesiones con *Pseudomona aeruginosa*, y *Stenotrophomonas maltophilia*. Biopsia en piel evidenció vasculitis, confirmando diagnóstico de ectima gangrenoso. Entró en falla multiorgánica y fallece posteriormente. **Conclusiones/recomendaciones:** Hay muy pocos casos pediátricos en la literatura mundial, el ectima gangrenoso suele ser mortal en presencia de neutropenia, oscilando entre el 40 y 75% entre los pacientes inmunocomprometidos. El ectima gangrenoso revela una inmunodeficiencia primaria subclínica, por lo que es esencial investigar la inmunosupresión de cualquier tipo, en todos los pacientes con esta entidad clínica.

66TL. SÍNDROME DE CHILD. Claudia Marcela Gutiérrez Portillo¹, Luis Andrés Varela Santos². ¹Dermatóloga, Liga Contra el Cáncer, Clínica Ferraro, Dermatología Clínica y Cirugía Dermatológica, San Pedro Sula, Honduras; Consultorios Médicos Latinoamericanos, Puerto Cortés, Honduras. ²Docente de Pregrado de la Universidad Católica de Honduras, Pediatra, Hospital y Clínica Ferraro, Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: La hemidisplasia congénita con ictiosis y defectos de las extremidades o síndrome de CHILD, es una enfermedad hereditaria rara, que se transmite de forma dominante ligada al cromosoma X, el pronóstico es muy variable y se basa en la presencia y gravedad de las anomalías esqueléticas o cardíacas, al ser letal en varones, puede asegurarse que los varones nacidos vivos de madre portadora, no han heredado la enfermedad y por tanto no son transmisores. **Descripción del caso:** Se presenta lactante de 6 meses de edad que al examen físico presenta lesiones en placa de gran tamaño eritematoescamosas en hemicuerpo derecho, se extienden desde hueco axilar, brazo hasta miembro inferior, no sobrepasan la línea media y se observan lesiones similares en hemicuerpo izquierdo en región anterior de tórax, hueco axilar y brazo izquierdo. Además, presenta onicodistrofia e hiperqueratosis periungueal. Deformidades en miembro superior, caracterizadas por dedos en pinza y en miembro inferior derecho hipomelia (acortamiento). A la auscultación soplo sistólico audible. Se realizaron las interconsultas con Pediatría, Cardiología, Psicología, no acudió a consulta con Genetista. Se le realizó biopsia de piel, exámenes laboratoriales, estudios ultrasonográficos y radiológicos. Se le indicaron jabones y cremas emolientes, cremas a base de urea, fusidin, vaselina, educación a la familia. **Recomendaciones:** La consejería genética a la familia es muy importante ya que las anomalías pulmonares y cardíacas son potencialmente fatales y pueden requerir de una intervención quirúrgica inmediata. Las anomalías renales también pueden requerir drenaje o extirpación del riñón afectado. También pueden ser necesarios aparatos ortopédicos o cirugía correctiva. Los casos mínimamente afectados conllevan el riesgo de una enfermedad grave en la descendencia.

67TL. MIELOMENINGOCELE CERVICAL EN RECIÉN NACIDO. Luis Fernando Bardales Díaz del Valle^{1,2}, José Daniel Almazán Monroy³, Eva Judith Rivera Guzmán³, Nadia Isabel Romero Chinchilla^{4,5}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. ²Residente de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS). ³Especialista en Pediatría asistencial en Hospital Mario Catarino Rivas e Instituto Hondureño de Seguridad Social. ⁴Doctor en Medicina y Cirugía en Hospital Mario Catarino Rivas. ⁵Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Honduras, Campo San Pedro y San Pablo. San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: Los defectos del tubo neural son malformaciones congénitas que afectan el desarrollo del sistema nervioso central, se originan por cierre incompleto del tubo neural. Se encuentran principalmente en las regiones inferiores de la columna. Se dividen en espina bífida oculta y abierta. Mielomeningocele es la principal forma de disrafismo presente en 1-2 por cada mil nacidos. La localización cervical es la menos frecuente pudiendo ser tan solo 1% de los casos de disrafismo. El mielomeningocele cervical varía embriológicamente y las manifestaciones clínicas difieren de las variantes toracolumbares y lumbosacro. Se manifiesta por una protuberancia subcutánea en la región cervical posterior sin deterioro neurológico significativo. Un abordaje oportuno previene infecciones del sistema nervioso central, reduce discapacidades motrices e intelectuales. Las resonancias magnéticas craneales y cervicales son esenciales en el diagnóstico y planificación del abordaje. El tratamiento es quirúrgico. Su pronóstico es excelente. Se debe evaluar las lesiones cautelosamente ya que puede encontrarse hidrocefalia, siringomielia, diastematomielia y médula anclada con deterioros en extremidades. **Descripción del caso:** Hijo de madre 25 años, 5 controles prenatales, secundigesta, primer hijo sano, sin antecedentes patológicos. Parto vaginal, masculino, cefálico, líquido amniótico normal, APGAR 8 y 9 al primer y quinto minuto. A la exploración física se observa masa cervical simétrica, sacular, vascularizada, blanda no dolorosa, y la exploración neurológica con movilidad y fuerza conservada en sus cuatro extremidades, reflejos primitivos presentes. Signos vitales normales. Antropometría normal. IRM reporta signos de mielomeningocele cervical. Intervención quirúrgica con hallazgo de mielomeningocele cervical de 10cm de diámetro y posterior disrafia. Reporte de patología evidencia pared fibrosa gruesa, revestida por células aracnoides aplanadas compatibles con mielomeningocele. Evolución favorable postquirúrgica, analgesia con paracetamol y AINES por 72 horas, sin posteriores hallazgos patológicos al examen físico. **Recomendaciones:** El mielomeningocele cervical es un raro defecto del tubo neural, se recomienda intervención temprana para mejor calidad de vida.

68TL. SÍNDROME DE GUILLIÁN BARRÉ ATÍPICO. Vilma Alejandra Gómez Lara¹, Carlos José Melgar Díaz¹, Kathleen Verenice Nolasco Ferrera¹, Jorge Martín Beltrán Lima¹. ¹Residente de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: El SGB es una enfermedad inflamatoria del sistema nervioso periférico y es la forma más común de parálisis flácida aguda, con una incidencia anual de 1-2/100,000 personas al año. La presentación clínica es heterogénea y existen diferentes variantes. En la minoría de los casos, en especial los que tienen solo signos motores o en neuropatía motora axonal aguda en estudios electrofisiológicos, los reflejos son normales o incluso exagerados en el examen inicial o durante el curso de la enfermedad. El tratamiento es con inmunoglobulina o plasmaféresis. Ambos igual de efectivos. **Descripción del caso:** Se trata de femenina de 26 años, sin antecedentes personales patológicos, quien acude a la emergencia con historia de lumbalgia de 4 días de evolución, continua, sin irradiación, sin atenuantes o exacerbantes. Un día posterior a su inicio, presenta paresia inicialmente en miembro superior derecho y luego progresa a miembros inferiores y miembro superior izquierdo. Acompañándose de parestesias. Niega otra sintomatología. Dos semanas previas a cuadro actual refiere que padeció de cuadro gripal sin tratamiento médico. Al examen físico con signos vitales normales, Glasgow 15/15, MRCSum 48 puntos, hiperreflexia, resto sin alteración. Resonancia magnética cerebral, cervical y lumbar normal. Punción lumbar no patológica. Electromiografía y velocidad de conducción nerviosa confirman Síndrome de Guillán Barré. Se inició Inmunoglobulina humana 30 gramos por 5 días logrando mejoría clínica y egresándose con remisión a rehabilitación. **Recomendaciones:** A pesar de la presentación atípica de la enfermedad, el Síndrome de Guillán Barré debe de tenerse presente como diagnóstico diferencial ante pacientes con tetraparesia, aun teniendo reflejos presentes. La electromiografía y estudios de velocidad de conducción nerviosa son una herramienta esencial para el diagnóstico oportuno cuando la sospecha clínica existe y se necesita iniciar el tratamiento para obtener el máximo beneficio posible para el paciente.

69TL. EPIGNATUS: TERATOMA INMADURO OROFARÍNGEO EN RECIÉN NACIDO. Nora Villeda Romero¹, Giovannie Marie Aguilar², Ana Urbina Salgado³. ¹Residente de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula (UNAH-VS). ²Pediatra (UNAH), Cirugía Pediátrica (UDG), Coordinador postgrado de Pediatría, Hospital Mario Catarino Rivas. ³Anatomía Patológica (UNAH), Médico asistencial PatoLab, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: El primer caso de Epignatus se reportó en 1856. La incidencia estimada para los teratomas es de 1/4000 nacidos vivos, de los cuales apenas un 2% son orofaríngeos, con mayor frecuencia en mujeres, relación 3:1 y aparece en hijos de madres jóvenes. **Descripción del caso:** Madre de 36 años de edad, con antecedente patológico de hernia discal, tercer embarazo, previamente 1 parto y 1 aborto. Acude con embarazo de 27 semanas de gestación con historia de salida de líquido claro transvaginal de 2 horas de evolución de forma espontánea mientras estaba en reposo. Ultrasonido obstétrico previo al ingreso se visualizaban 2 masas cervicales compatibles con malformación cervical congénita a descartar higroma quístico. A la paciente se le realiza cesárea de emergencia, obteniéndose producto pretérmino, vivo, sexo femenino de 1120 g con APGAR 2 y 2 al minuto y 5 minutos respectivamente, presenta tumor en cavidad orofaríngea que producía obstrucción total de vía aérea. Biopsia de tumor extraído reportó teratoma inmaduro congénito con grado histológico 3, con un tamaño de 13 x 9.5 x 5 cm con proliferación desorganizada de tejidos derivados de las 3 capas germinales, identificándose tejido neural inmaduro, tejido escamoso queratinizante, anexos cutáneos, cartílago, tejido óseo, entre otros. Biopsia de placenta reportó datos histológicos compatibles con teratoma inmaduro placentario. Niño falleció inmediato al nacimiento. **Conclusión:** el epignatus tiene una elevada mortalidad, alrededor del 80-100% de los casos, debido al compromiso severo de la vía aérea al nacimiento, por lo cual el diagnóstico prenatal es de suma importancia para idear un plan terapéutico multidisciplinario.

70TL. ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS ANTI-NMDAR. SERIE DE CASOS. Scarleth Velásquez¹, Kevin Díaz¹, Marco Luque². ¹Residente de Cuidados Intensivos Pediátricos, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ²Infectólogo Pediatra, Hospital Escuela, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La encefalitis por anticuerpos contra el receptor de N-metil-D- aspartato (NMDAr), fue descrita por primera vez en 2005. Anualmente hay 1.5 casos por cada millón de habitantes, más frecuente en mujeres jóvenes entre 15 a 25 años. **Descripción de casos:** Caso 1: femenino, 15 años, fiebre de 1 día de evolución y convulsiones tónico-clónico generalizadas, posteriormente agitación psicomotriz, luego Glasgow 7/15, TAC cerebral sin alteraciones, citoquímica de LCR no patológica, panel meningitis-encefalitis positivo para herpes virus humano 6, al persistir con discinesias/

distonías, se sospechó encefalitis autoinmune y se confirmó al obtener resultado positivo de anticuerpos anti-NMDAr positivos. **Caso 2:** femenino, 11 años, cefalea y vómitos de 2 días de evolución que se presenta con convulsiones tónico-clónicas generalizadas, TAC cerebral e IRM sin alteraciones, posteriormente movimientos disquinéticos, punción lumbar revela 45 células blancas con 100% linfocitos. Se solicitan anticuerpos anti-NMDAr y son positivos. **Caso 3:** femenino, 9 años, 2 semanas de evolución de convulsiones generalizadas y posteriormente cambios conductuales y agresividad, TAC cerebral normal y test de anticuerpos anti-NMDAr positivo. Se les indicó tratamiento con rituximab y ciclofosfamida, todos mostraron respuesta favorable. **Conclusiones:** Ante la presencia de discinesias, distonía o convulsiones en corto tiempo de evolución, debe considerarse el diagnóstico de encefalitis antirreceptor NMDA. La prontitud del diagnóstico y tratamiento incidirán en la recuperación neurológica parcial o total, ya que es una enfermedad rara y poco diagnosticada. Estos pacientes se añaden a la evidencia reciente de la relación entre los síntomas psicóticos, los movimientos anormales y los anticuerpos anti NMDA positivos.

71TL. SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE, CAUSA DE ESTADO CONVULSIVO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. Claudia Fuentes¹, Josué Reyes², Wendy Urbina³. ¹Pediatra, Hospital Regional de Occidente, Santa Rosa de Copán. ² Residente Intensivos Pediatra, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, Honduras. ³Intensivista Pediatra, Instituto Hondureño de Seguridad social, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible (PRES) es una entidad clínica-radiológica con presentación neurológica, descrita por primera vez en el año de 1996 y asociada a la presencia de lesiones cerebrales que afectan sobre todo a la sustancia blanca de las regiones posteriores, observándose a través de resonancia magnética cerebral, siendo muy frecuente en niños con insuficiencia renal en hemodiálisis. **Descripción del caso:** Adolescente masculino de 16 años de edad, con antecedente de glomerulonefritis endocapilar crónica diagnosticada a los 4 años de edad, con deterioro progresivo de función renal en últimos meses, asiste a la emergencia con historia de episodio convulsivo tónico generalizado de más o menos 10 segundos de duración, sialorrea y oculogiros, presentando un total de 6 episodios con mismas características clínicas durante 5 horas, al evaluarlo con Glasgow 14/15, pupilas isocóricas reactivas, disartria, episodios frecuentes de agitación, tensión arterial 200/120 mmHg PAM 146 mmHg. Resonancia magnética cerebral: múltiples áreas de isquemia distribuidas en cerebelo y corteza occipital. NUS 68mg/dl, creatinina 8.4mg/dl, TFG 9.6ml/min/m². **Recomendaciones:** PRES es una enfermedad benigna y mayoritariamente reversible, explicado por dos teorías, una de ellas por un aumento rápido y severo de presión arterial generando una falla en la autorregulación del flujo sanguíneo

cerebral y la otra por una liberación de citoquinas, siendo la principal manifestación clínica las convulsiones. Su tratamiento debe enfocarse a tratar el factor desencadenante, siendo reversible en la mayoría de los casos.

72TL. SÍNDROME DEL ÁNGULO PONTocerebeloso DERECHO SECUNDARIO A SCHWANNOMA DEL NERVI0 ACÚSTICO. Sonya Denise Díaz¹, Daysi Nicolle Umanzor², Olga María Suazo Suazo². ¹Hospital Escuela, Emergencia Unificada, Tegucigalpa, Honduras. ²Región Sanitaria Departamental de La Paz, Honduras.

Antecedentes: Los Neurinomas Acústicos son tumoraciones benignas, aparecen de las células de Schwann. Afecta a 1/100,000 personas, entre cuarta y sexta década de la vida, prevalece en mujeres, corresponde a 80-90% de los tumores del ángulo pontocerebeloso y del 6-10% de los procesos expansivos intracraneales. En presentación unilateral, a nivel del ángulo cerebelo pontino se presenta sin antecedentes familiares de enfermedades del Sistema Nervioso Central y cuando es bilateral se asocia a Neurofibromatosis tipo 2. **Descripción del caso:** Masculino, 26 años, sin antecedentes familiares ni personales de relevancia, se presenta con hemiparesia izquierda de 2 años de evolución, inicio insidioso, progresivo que imposibilita la actividad física diaria. Hipoacusia de 6 meses de evolución, inicio súbito, progresiva, acompañada de otalgia intermitente. Al examen físico con hipoacusia en oído izquierdo, anacusia en oído derecho, protuberancia en punta de la nariz, disminución de la fuerza e hiporreflexia en miembros superiores, hiperreflexia en miembros inferiores; signos meníngeos, primitivos y cerebelosos ausentes, con marcha activa sin ataxia. Se ingresa a sala de neurocirugía, con antiinflamatorios y completar estudios. Resonancia magnética de cerebro (IRM) observándose en la base a la convexidad lesión en fosa posterior a nivel de VIII nervio craneal derecho, aproximadamente 3x3x2.5 cm, con efecto de masa, desviando de la línea media que indica meningioma parietal y una masa extra axial localizada en región parietal mostrando un schwannoma a nivel del conducto auditivo interno derecho. Audiometría reporta hipoacusia en oído izquierdo y anacusia en oído derecho. **Conclusiones:** La presentación clínica es diversa, inicialmente presentándose con acufeno y/o hipoacusia que suele progresar a sordera. El estándar de oro para diagnóstico es la IRM. El tratamiento dependerá de la clínica, tamaño de la lesión, su cronicidad y edad del paciente. El diagnóstico confirmatorio es el estudio histopatológico, y consecuentemente se evalúa complementar con radio o quimioterapia.

73TL. SÍNDROME DE JORDAN. Elba Campos¹, Carmen María Pineda², Karen Julissa Benítez², Gaspar Rodríguez³. ¹Pediatra endocrinóloga, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). ² Residente de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula. ³Nefropediatra y Epidemiólogo, Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras. **Antecedentes:** El síndrome PPP2 tipo R5D, o síndrome

de Jordán, es un trastorno del neurodesarrollo causado por variantes patógenas sin sentido en *PPP2R5D*, una subunidad β de la proteína fosfatasa 2A (PP2A). La afección se caracteriza por retrasos globales en el desarrollo, convulsiones, macrocefalia, anomalías oftalmológicas, hipotonía, trastorno de atención, desafíos sociales y sensoriales a menudo asociados con el autismo, trastornos del sueño y dificultades para alimentarse. Entre las personas afectadas, existe un amplio espectro de gravedad, y cada persona solo tiene un subconjunto de todos los síntomas asociados. Actualmente se han diagnosticado menos de 50 casos alrededor del mundo, sin embargo, se estima que podrían existir alrededor de 250,000 casos no diagnosticados. **Descripción del caso:** paciente de 12 meses de edad, procedente de Puerto Cortés, hijo de madre de 39 años. Nace en IHSS vía abdominal por desproporción céfalo pélvico, ingresado en intensivos por 7 días presentando una crisis convulsiva secundaria a hemorragia intracraneal. En los seguimientos posteriores se detectan retrasos en hitos del desarrollo, hidrocefalia congénita. Se realiza exoma completo encontrando variante patógena en el gen *PPP2R5D*. **Conclusiones:** las alteraciones en el desarrollo de un niño pueden deberse a múltiples causas, cuando se sospecha una alteración genética es usual que solo se llegue a una aproximación diagnóstica fenotípica dados los altos costos de las pruebas genéticas, pero cuando las mismas puedan ser posible realizarlas, el esfuerzo valdrá la pena algunas veces para tomar medidas en la mejora de la calidad de vida de los pacientes u otras veces para dar un consejo a la familia sobre descendencias futuras.

74TL. MÁS ALLÁ DEL VIH, EL OBJETIVO DE LA REHABILITACIÓN. Nadia Cubas-Vega^{1,2}, Eligia González Gómez¹, Jessica Henríquez Miranda¹, Tatiana Martínez Lozano¹, Digna Alejandra Díaz³. ¹Médico Residente de segundo año de Medicina de Rehabilitación, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ²Máster en Enfermedades Tropicales e Infecciosas. ³Médico Asistencial Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Centro Especializado de Medicina Física y Rehabilitación, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) siguen siendo una de las 10 causas de muerte más comunes en los países en desarrollo. En 2022, hubo más de 500 nuevos diagnósticos en Honduras. A pesar de la introducción de la terapia antirretroviral combinada, las enfermedades oportunistas, incluidas las infecciones del sistema nervioso central, son un reto para los sistemas de salud pública, provocando que gran parte de las personas que viven con VIH(PVVIH) presente secuelas motoras o cognitivas. **Descripción de casos:** Dos pacientes, mujer de 36 años y un hombre de 26 años, debutaron con diagnóstico de VIH/SIDA por la presencia de 2 neuroinfecciones coexistentes, ambos con neurotoxoplasmosis, y ella además con neurocriptococosis y él con neurotuberculosis. Ingresaron al Centro Especializado de Medicina Física y Rehabilitación del

IHSS - San Pedro Sula con dependencia total para movilidad, autocuidado, comunicación y alimentación, utilizando ambos gastrostomía y traqueotomía. Iniciaron un programa de rehabilitación basado en ejercicio aeróbico, fortalecimiento muscular, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, terapia respiratoria y terapia cognitiva, dos veces por semana, de 5 a 7 horas cada sesión. Tras un trabajo multidisciplinar con el apoyo familiar, ambos pacientes mostraron mejoría en las áreas motora, del lenguaje, respiratoria y funcional, por ejemplo, auto-alimentación. La escala de Independencia Funcional (FIM), mostró valores iniciales para ambos de 23/126 puntos, llegando a un puntaje de 67/126 para él y 66 puntos para ella. Actualmente, continúan en tratamiento rehabilitador, él en espera de infiltración de toxina botulínica para mejorar la espasticidad y ella en espera de retirada de ostomías. **Conclusiones:** El tamizaje de VIH permitiría colaborar con la detección oportuna de la enfermedad y así evitar las complicaciones que la infección conlleva. El manejo rehabilitador debe ser parte del tratamiento integral de las PVVIH.

75TL. DEFECTO INNATO DE LA GLICOSILACIÓN POR PGM3 PATOLÓGICO EN LACTANTE MAYOR CON INFECCIONES RESPIRATORIAS RECURRENTE. Julio Ortega¹, Wilmer Madrid², Carol Zúniga², Gabriela Rivera³, Flory Cálix³. ¹Pediatra, Neumología pediátrica. ²Pediatra, Neurología Pediátrica, Alta especialidad en Neurogenética. ³Residente de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: La alteración congénita de la glicosilación PGM3, también conocida como deficiencia de AGM1 o deficiencia de N-acetilglucosamina-fosfato mutasa 1, es un proceso hereditario de gravedad y sintomatología variable que afecta principalmente al sistema inmunitario, pero puede afectar a otras áreas. Se desconocen datos en Honduras sobre defectos innatos de la glicosilación en el gen PGM3. **Descripción del caso:** Paciente femenina, 17 meses de edad, sin factores perinatales de riesgo, no consanguinidad, con retraso en el neurodesarrollo, sedestación; 7 meses, deambulación asistida, infecciones respiratorias recurrentes que han requerido múltiples hospitalizaciones y en una ocasión intubación endotraqueal, sin observar mejoría pese a tratamientos. El síntoma principal de la paciente es la disnea y los secundarios tos y fiebre. Signos vitales: FC: 132 lpm, FR: 48 rpm, T: 37 C, PA: 98/60 mmHg, O₂Sat: 90%. Al examen físico: evidente distrés respiratorio, uso de músculos accesorios, tiraje intercostal, subcostal y aleteo nasal. Auscultación: presencia de sibilancias en toda la fase espiratoria en todos los campos pulmonares. Resto del examen físico normal. Hemograma, pruebas hepáticas, renales, electrolitos, tiempos de coagulación fueron normales. Ultrasonido abdominal total normal, ecocardiograma normal, rayos x tórax que mostraba datos de atrapamiento aéreo, por lo cual se realiza panel genético para inmunodeficiencias primarias, discinesias primarias y fibrosis quística confirmando diagnóstico de trastorno de la glicosilación en el gen PGM3 de

herencia autosómica recesiva. **Recomendaciones:** Considerar defectos innatos del metabolismo en pacientes pediátricos con infecciones recurrentes. Realizar un diagnóstico temprano y preciso puede mejorar la calidad de vida de los pacientes.

76TL. SÍNDROME DE HERLIN-WERNER WUNDERLICH. HALLAZGO INCIDENTAL EN AUTOPSIA FORENSE. Marlon S. Lizama¹, Milgjan Susana Ponce². ^{1,2}Doctor en Medicina y Cirugía. Residente de Posgrado de Medicina Legal y Forense Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Las malformaciones Mullerianas no son muy comunes de identificar, se estima que representa el 1% de las malformaciones en la población general. Dentro de las cuales se encuentra el útero bicorne, esto se debe a la fusión incompleta de los dos conductos a nivel del fondo uterino, pero logrando unirse en el istmo, en la práctica ginecológica tiene una prevalencia del 10%. El útero bicorne se presenta en 1 de cada 2000 a 1 por cada 28000 mujeres. **Descripción del caso:** Femenina, 59 años de edad que sufre accidente de tránsito tipo atropellamiento, por lo que fue llevada a morgue del Ministerio Público para realizarle autopsia médico legal y determinar la causa de muerte. Durante la autopsia forense persona de complexión robusta, con múltiples excoriaciones, heridas contusas y lesión por desolladura en antebrazo derecho. Cabeza: presencia de Hematoma epicraneano, fractura de base del cráneo, contusión cerebral y hemorragia subaracnoidea. Tórax: fractura de parrilla costal, laceración superficial y congestión pulmonar derecha, hemotórax derecho. Genito-Urinario: presencia de Útero Bicornes, y Agenesia renal derecha. **Conclusiones:** La anomalía del desarrollo del conducto Wolffiano es la causa de la agenesia renal unilateral y el lado del conducto de Wolff faltante, el de Muller está desplazado lateralmente sin fusionarse con el conducto contra lateral, dando así al útero bicorne. Existe nula o escasa documentación de casos de útero bicorne y agenesia renal en autopsias, por lo que su valor en este caso, radica en que, a modo de punto de partida, se hacen estudios estadísticos basados en elementos objetivos de detección y documentación para poder tener datos más certeros para establecer la incidencia y hallazgos de estas malformaciones en casos de autopsia en Honduras.

77TL. DECAPITACIÓN SECUNDARIA A ACCIDENTE DE TRÁNSITO. Alejandra Marcela Ventura Hernández¹, Neidy Lili Iscano², Ileana Paola Ramírez². ¹Médica Especialista en Medicina Legal y Forense y Máster en Criminalística. ²Residente del Postgrado de Medicina Legal y Forense, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Antecedentes: La decapitación es una contusión compleja, que se define como la separación de la cabeza del resto del cuerpo. Las decapitaciones son casos raros por consiguiente la importancia de este caso radica en la escasez de las

mismas en accidentes de tránsito en la literatura médico-legal.

Descripción del caso: Masculino de 16 años, con historia de sufrir accidente tipo colisión en vehículo automotor tipo rastra-automóvil (en el cual se conducía el occiso). Hallazgos de autopsia: decapitación, laceración de: tráquea, aorta torácica y de pulmón derecho; fractura a nivel de la quinta vértebra cervical, contusión y hemorragia pulmonar; contusión del diafragma; laceración hepática que causó hemoperitoneo; fractura de: fémur, tibia y peroné. Las lesiones encontradas durante la autopsia fueron producidas por la colisión, en este caso el agente contundente causante de la decapitación fue

el automotor tipo rastra que actuó ejerciendo presión sobre el cuello, actuando los mecanismos de presión y tracción. En esta decapitación se evidenció deshilachamiento en la piel, sección de músculos, laceración de vasos sanguíneos del cuello y traumatismo de columna vertebral. **Recomendaciones:** Las decapitaciones accidentales por hechos de tránsito no son comunes por lo que su estudio forense y epidemiológico deben de ser de importancia médica, el evitar las mismas a través de las limitaciones en las velocidades de los automotores tendrá mucha más relevancia.

LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024

ÍNDICE DE AUTOR

Acosta Marjury	65TL	Henríquez Juan	54TL
Alma Reyes	76TL	Hernández Pastora	31TL, 46TL, 58TL
Alvarenga Karina	21C	Iscano Neydi	22TL
Álvarez Allan	32C, 34C	Jovel Ivan	9C
Amador Marlon	43TL	Jovel Luis	15C
Antúnez Daphne	69TL	Lara Maryury	12TL
Baquedano Abner	44TL	Lara Alejandra	42TL
Barahona José	41TL	Lizama Marlon	82TL
Bardales Luis	71TL	López Francisco	38C
Bladimir Abner	57TL	Maldonado Manuel	28C
Bonilla Paola	11C, 40TL	Marie Giovanni	12C
Bueso Eduardo	48C, 52TL	Martha Norris	23TL
Cardoza Jeymi	1C	Matamoros Marco	16TL
Carrasco Karen	13TL	Morales Carlos	3TL, 7TL
Castillo Sandra	46C	Morales Katherine	26TL
Castro Erika	27TL	Murillo Ginalizia	1TL
Cerrato Odalis	55TL	Ordóñez Miriam	2TL
Chen Chin	16C	Orellana Dolores	35TL
Cruz María	50TL	Ortega Julio	81TL
Cubas Nadia	80TL	Ortiz Saúl	39C
Degrande Bayron	21TL	Osorio Heriberto	22C
Desgrades Bayron	60TL, 61TL	Otero Beatriz	49TL
Díaz Kevin	75TL	Oviedo Norma	36C
Díaz Sonya	78TL	Palomo José	45C
Duarte Samir	63TL	Pazzeti Daniel	8C
Enríquez Magaly	27C	Perdomo Cinia	43C, 53TL
Escoto Karen	35C, 45TL, 73TL	Perdomo Leonel	68TL
Espinoza Lisseth	26C	Pineda Misael	14C, 30C
Espinoza Manuel	6C, 7C, 8TL, 11TL	Pineda Judith	20C
Fernández Christian	48TL	Pineda Sharon	66TL
Ferrera Alejandra	56TL	Pineda Carmen	79TL
Fuentes Claudia	18TL, 24TL, 25TL	Pinto Mario	47C
García Ada	4TL, 34TL	Portales Nohely	47TL
García José	9TL	Portillo Polet	64TL
García Kathia	25C, 29TL, 30TL	Quan May	6TL
García Mónica	42C	Ramos Alejandra	3C
Godoy Tirzo	24C	Reyes Josie	77TL
Gómez Vilma	72TL	Rivera Glenda	15TL
Gutiérrez Claudia	23C, 70TL	Rivera Gabriela	29C
Gutiérrez Isai	50C	Rocha Manuel	5C
Guzmán Gabriela	17C, 19C	Rodas María	5TL

Rodríguez Luis	2C, 10TL	Urquía Angélica	32TL, 33TL
Saavedra Zahdía	41C	Urquía Marco	44C
Samra José	10C, 14TL, 19TL	Urrutia Varinia	28TL
Sánchez Rafael	51TL	Varela Arlín	49C
Sandoval Engels	40C, 38TL	Ventura Alejandra	83TL
Santos Olman	62TL	Vilchez Keembelee	37C
Sierra Manuel	36TL, 37TL	Villatoro Fernando	39TL
Solórzano Sinthia	18C	Villeda Nora	74TL
Tabora Dany	4C	Zavala Dacia	67TL
Thompson Arnold	31C, 33C	Zúniga Carol	13C, 17TL, 20TL
Torres María	59TL		

INFORMACIÓN LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

Tema Central: "Práctica, conocimiento e innovación: Uniendo fuerzas en la medicina"

Homenaje a:

Dr. Feizal Joaquín Selman-Housein López

Comité Organizador:

Presidente: Dr. Wilmer Madrid
Vicepresidente: Dr. Octavio Fajardo
Secretaria: Dra. Lizzeth Hernández
Tesorera: Dra. Ana Ramos

Comité Científico:

Dra. Hilda Hernández (Coordinadora)
Dra. Jaqueline Santiago (Coordinadora)
Dr. Gustavo Hernández, Ortopedia
Dra. Paola Ochoa, Medicina de Rehabilitación
Dr. Maynor Mata, Pediatría
Dr. Arlín Luque, Ginecología
Dr. Carlos Quijada, Medicina Interna
Dr. Arnold Thompson, Neurología
Dr. Gamaliel Ferrufino, Neonatología
Dr. Gaspar Rodríguez, Nefrólogo Pediatra

Comité de Sociales:

Dra. Silvia Wills (Coordinadora)
Dra. Ariana Hernández
Dr. Josuá Rodríguez

Comité de Publicidad:

Dr. Alejandro Euceda (Coordinador)
Dr. William Wilfredo Miranda
Dr. Rudy Galindo
Dr. Gerardo Acosta
Dr. Carlos Soler

Comité de Logística:

Dra. Eloísa Gómez (Coordinadora)
Dra. Lourdes Estrada
Dra. Francia Erazo
Dr. Emilio Pineda
Dra. Lucy Aguilar Pineda

LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
PUERTO CORTÉS, CORTÉS 2024

PATROCINADORES



LXVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2025

PREPARACIÓN DE RESÚMENES (CONFERENCIAS Y TRABAJOS LIBRES) DEL CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2025 PARA SER INCLUIDOS EN EL SUPLEMENTO DE LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

Lea las instrucciones antes de completar el Resumen y revise ejemplos publicados en el Suplemento del Congreso Médico Nacional de la Revista Médica Hondureña de los años 2023 y 2024, 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 2024). Enviar el resumen al correo electrónico proporcionado por el Comité Organizador. **Fecha límite de recepción:** 11 de marzo de 2025.

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

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

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

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

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

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

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

RESUMEN DE TRABAJOS LIBRES Y CONFERENCIAS

Envío del resumen: según instrucciones del Comité Organizador
Fecha límite de recepción: 11 de marzo 2025

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

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

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

TÍTULO DEL TRABAJO O CONFERENCIA

DATOS DEL O LOS(AS) AUTORES

Nombre
Grado académico
Afilación institucional, ciudad, país

DATOS DEL EXPOSITOR

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

CUERPO DEL RESUMEN (NO MÁS DE 300 PALABRAS)

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

TRABAJO TIPO CIENTÍFICO

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

TRABAJO TIPO CLÍNICO

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

TRABAJO TIPO EXPERIENCIA

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

CONFERENCIA

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

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES FINANCIEROS U OTROS (1)

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

Tipos de conflicto:

- **Financiero:** cuando el individuo tiene participación en una empresa, organización o equivalente, que se relaciona directamente (como socio, accionista, propietario, empleado) o indirectamente (como proveedor, asesor o consultor) con las actividades para las cuales fue convocado o requerido.

Ejemplo: recibir remuneración por dictar conferencias o asesorar en aspectos específicos, se considera un potencial conflicto de intereses financiero.

- **Pertenencia:** derechos de propiedad intelectual o industrial que estén directamente relacionados con las temáticas o actividades a abordar. Ejemplo: tener la autoría de invenciones y/o ser dueño de patentes.
- **Familiar:** cuando alguno de los familiares hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, primero civil, o quien esté ligado por matrimonio o unión permanente, estén relacionados de manera directa o indirecta en los aspectos financieros o de pertenencia, con las actividades y temáticas a desarrollar.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES FINANCIEROS U OTROS (2)

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

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

Fecha:

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

INFORMACIÓN GENERAL E INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

Junio 2024

1. INFORMACIÓN GENERAL

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

1.1 MISIÓN, ALCANCE, VISIÓN

MISIÓN

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

OBJETIVO Y ALCANCE

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

VISIÓN

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

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

1.2 CONTENIDO

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

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

1.2.1 Idioma

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

1.2.2 Editorial

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

1.2.3 Artículo original

Presenta por primera vez hallazgos científicos obtenidos a través de investigaciones con diseño metodológico cuantitativo o cualitativo, o ambos. Puede incluir observaciones de laboratorio, investigaciones poblacionales, investigaciones clínicas, investigación de la implementación, revisiones sistemáticas y 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: Descripción del caso o casos clínicos y Discusión. Debe presentar evidencia suficiente del diagnóstico respectivo a través de la descripción de manifestaciones clínicas evidentes, hallazgos de laboratorio o quirúrgicos, imágenes radiológicas, microorganismos aislados, microfotografía de biopsia, entre otros. Ser cautelosos al aseverar que se trata de un primer caso. Debe seguir los estándares científicos de ética y calidad. Incluye un resumen estructurado de un máximo de 250 palabras.

1.2.6 Imagen en la práctica clínica

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

1.2.7 Revisión bibliográfica

Solamente a solicitud del Consejo Editorial. Es una revisión narrativa y presenta el estado del arte sobre un tema actual y relevante cuya información se ha actualizado a través de investigación documental. Este tipo de artículo puede ser solicitado por el Consejo Editorial o por iniciativa de los autores. Debe constar de secciones de Introducción, seguido del desarrollo del tema, cuyas secciones y subsecciones se denominarán de acuerdo 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 considere 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 no 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 apega a diferentes estándares de publicación que contribuyen a garantizar la publicación ética y de calidad. No se aceptarán artículos que no cumplan los estándares recomendados. Cualquier aspecto no contemplado en estas instrucciones será decidido por el Consejo Editorial.

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

La Revista Médica Hondureña se apega a las *Recomendaciones para la Conducta, Informe, Edición y Publicación de Trabajos Académicos en Revistas Médicas* del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE). Los autores deben consultar estas recomendaciones en el siguiente sitio web: <http://www.icmje.org/> (actualizada a enero 2024).

1.3.2 Red EQUATOR

Los artículos presentados deberán apearse a lo recomendado en los estándares de publicación CONSORT (ensayos clínicos), STROBE (estudios observacionales), CARE (casos clínicos), PRISMA (revisiones sistemáticas), STARD (pruebas de laboratorio), SRQR (estudios cualitativos), entre otros, de acuerdo 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 Diseminación, Universidad de York, Reino Unido y es financiado por el Instituto Nacional para la Investigación en Salud (NIHR); disponible en <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>

1.3.5 Pautas SAGER

Las pautas SAGER (Sex and Gender Equity in Research) proporcionan pautas integrales para que los autores informen sobre sexo y género en el diseño del estudio, el análisis de datos, los resultados y la interpretación de los hallazgos. Además, los editores las utilizan para integrar la evaluación de sexo y género en todos los manuscritos como parte del proceso editorial. Disponibles en <https://onx.la/xbf00>

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 que 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 licenciate. 2) No hay restricciones adicionales: no puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier uso permitido por la licencia. El manuscrito debe ser acompañado por la Carta de Solicitud y Consentimiento de Publicación de Artículo firmada por cada autor (**Anexo II**). No se aceptarán trabajos publicados previamente en otra revista a menos que se cuente con el permiso de reproducción respectivo y se considere de importancia reproducir un artículo ya publicado.

1.3.10 Revisión por Pares

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

2. INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

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

comprensión de la información presentada. Se debe dividir el texto en secciones como se indica para cada tipo de artículo.

2.1 TÍTULO

El título de un artículo es visible en las bases de revistas tanto nacionales como internacionales. Debe presentarse en español e inglés. Utilice palabras que describan adecuadamente (significado y sintaxis) el contenido del artículo. No utilice abreviaturas ni palabras redundantes. El número máximo de palabras es 15. Debe presentar una sugerencia de título abreviado (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: Antecedentes, Objetivo, Métodos, Resultados y Discusión. El resumen de los artículos de caso clínico se divide en Antecedentes, Descripción del caso(s) clínico(s) y Conclusiones. Los artículos de Comunicación Corta, Revisión Bibliográfica y Artículo Especial incluyen resúmenes no estructurados con una extensión máxima de 150 palabras. El resumen no estructurado (sin secciones) presenta un orden incluyendo 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/7x2yIm/>.

2.4.10 Abreviaturas y símbolos

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

2.4.11 Unidades de medida

Se deben utilizar las normas del Sistema Internacional de

Unidades. Los autores deben cotejarlas en la siguiente página web <https://onx.la/f7939>, que es esencialmente una versión 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, Pfaller MA. *Medical microbiology.* 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulo de libro:

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

Artículo de revista en internet:

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

Anexo IV. Lista de cotejo para autores

No.	Los autores deben garantizar que conocen y aplicaron la siguiente información:
1.	El correo electrónico de la Revista Médica Hondureña es revmh@colegiomedico.hn .
2.	Se incluyó la dirección de correo electrónico y el identificador ORCID de todos los autores, y el número de teléfono móvil del autor correspondiente.
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 2024

1. GENERAL INFORMATION

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

1.1 MISSION, SCOPE, VISION

MISSION

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

AIM AND SCOPE

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

VISION

To be a journal that disseminates unpublished scientific knowledge with high quality, prestige and scientific integrity,

accessible nationally and internationally and with broad representation in the field of clinical practice, public health and health research.

1.2 CONTENTS

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

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

1.2.1 Language

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

1.2.2 Editorial

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

1.2.3 Original article

Presents for the first-time scientific findings obtained through research with quantitative or qualitative methodological design, or both. It may include laboratory observations, population-based research, clinical research, implementation research, systematic reviews and meta-analysis, among others. 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 Discussion. 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 not 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 January 2024).

1.3.2 EQUATOR Network

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

1.3.3 Registration of Clinical Trials

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

1.3.4 Registration of Systematic Review Protocols

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

Kingdom, and is funded by the National Institute for Health Research (NIHR); available at <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>.

1.3.5 SAGER Guidelines

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

1.3.6 Ethical Principles

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

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

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

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

1.3.7 ORCID Registration

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

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

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

1.3.9 Copyright and license for use of articles and related materials

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

may not apply legal terms or technological measures that legally restrict others from making any use permitted by the license. The manuscript must be accompanied by the Letter of Request and Consent to Publish Article signed by each author (**Annex II**). Papers previously published in another journal will not be accepted unless permission to reproduce has been granted and it is considered important to reproduce an already published article.

1.3.10 Peer Review

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

2. INSTRUCTIONS FOR MANUSCRIPT SUBMISSION

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

2.1 TITLE

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

2.2 ABSTRACT

This section of an article is visible in both national and international journal databases. It must be written in Spanish and English. It can be structured or unstructured. Structured for original articles and clinical cases with a maximum length of 250 words. The abstract for original articles is divided into: 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/7x2yIm/>.

2.4.10 Abbreviations and symbols

Abbreviations and symbols should be used as little as possible, making use of those internationally accepted. When they appear for the first time in the text, they should be defined by writing the complete term to which they refer followed by the acronym or abbreviation in parentheses. Abbreviations should be avoided in the title and abstract.

2.4.11 Units of measurement

The International System of Units standards should be used. The authors should collate them from the following website <https://onx.la/f7939>, which is essentially a broad version of the metric system.

2.4.12 Tables

They should be presented in text format, not as a figure inserted in the document and avoiding vertical lines. Scientific tables have three lines: top and bottom in the first row, and bottom in the last row. They should be numbered following the order of their appearance in the manuscript where they should be cited in the text; they are presented in separate pages at the end of the manuscript. They will include at the foot of the table a brief explanatory notes of any abbreviations, as well as callouts, identified correlatively with a letter in superscript (e.g., a, b, c). Tables should be self-explanatory and complement without duplicating information in the text. It will have a brief and clear title, describing the information presented, place, date, and number of participants. The heading of each column should include the unit of measurement (percentages, rates, etc.). If the author proposes a table obtained or modified from another publication, the source must be clearly described, and the corresponding permission must be obtained and presented in the correspondence sent to the Editorial Board.

2.4.13 Figures

Figures (graphs, diagrams, illustrations, photographs, etc.) should be sent in digital format, individually numbered according to their appearance in the manuscript, in addition to a version inserted in the document. They should be sent in TIFF or JPEG format, with a resolution of no less than 300 dpi. The legends describing each figure should be presented on individual pages at the end of the manuscript. Arrows or labeling should be included to facilitate the reader's understanding. Figures should not include information that reveals images or personal data that identify the participants in a study, or the patient(s). Authors should indicate if the images were electronically manipulated.

2.4.14 Supplementary information

Supplementary information, for any article that requires it, must be submitted with the article as a separate supplementary

file. The document must contain the general information of the article (title, running title, authors). In a single supplementary file all supplementary information should be included: table(s), figure(s), others, listed according to their appearance in the manuscript.

3. SUBMISSION OF THE MANUSCRIPT

The manuscript in its final version should be submitted in the following order: the **first page** should include Type of article, Title in Spanish, and English, Running title, Name(s) of author(s), ORCID and complete name of the work center in descending order (first the name of the institution, then the name of the department or division and lastly, the unit), followed by the city and country. Corresponding author's contact information (e-mail and cell phone) must be submitted. The declaration of financial and non-financial relationships and activities and conflicts of interest are included. It should also include the number of words in the abstract, number of words in the article (excluding title, authors, abstract, keywords, bibliography, tables, and figures), total number of tables and figures, number of bibliographical references.

The **second page** includes the abstract and keywords in Spanish, followed on another page by the abstract and keywords in English. Subsequently, the Body of the article, Contributions, Acknowledgements, Author(s) Details, References, Tables and Figures will be included. Author details include: name, e-mail and any other relevant information; for example, if the study being published is a thesis as a requirement for an academic degree. It is advisable to review the checklist before submitting the manuscript (**Annex IV**). The corresponding author should send the manuscript by e-mail to [Revista Médica Hondureña revmh@colegiomedico.hn](mailto:revmh@colegiomedico.hn). Articles that do not comply with the Instructions for Authors will be returned with specific observations. Any article that complies with the Instructions for Authors will be registered with a code to initiate the editorial process.

4. EDITORIAL PROCESS

1) First editorial review. The Editorial Board reviews to determine the scientific quality of the article and if its subject matter fits the scope of the journal. The review is initiated by the editorial assistants and editorial body to determine whether it is accepted with or without modifications or rejected. A decision is made as to whether the manuscript is submitted for review by peer reviewers from the journal database, associate editors and/or international editors. This is an internal editorial process.

2) Peer review. The manuscript is sent to two peer reviewers from the journal database, associate editors and/or international editors considered as experts in the corresponding topic. The reviewers will have a period of 2 weeks, extendable, to submit the review of the article. This is an external editorial process.

3) Acceptance or rejection of the manuscript. According to the reviewers' reports, the Editorial Board will decide whether to publish the paper and may request minor or major modifications

from the authors. In this case, the author will have a maximum of 2 weeks to submit a new version with the proposed changes. After this period, if a new version has not been received, the article will be considered withdrawn for lack of response from the author(s). If the authors require more time, they should request it to the Editorial Board. The Editorial Board may also propose the acceptance of the article in a category other than the one proposed by the authors. **4) Second editorial review.** The acceptance or rejection of the revised manuscript will be considered. The editors reserve the right to indicate to the authors suitable editions to the text and the space available in the Journal. **5) Style revision after acceptance.** Once the manuscript has been accepted, the Editorial Board may submit it for correction of grammar and style. **6) Proofreading.** The corresponding author may review the article in a maximum of two calendar days. Only minor aspects will be corrected at this stage. **7) Publication report.** Prior to the printed publication, the Journal will be published electronically and will be sent for inclusion in the electronic databases in which it is indexed. The corresponding author will receive by e-mail the internet link of his/her article.

The Revista Médica Hondureña publishes in advance (continuous mode) before closing an issue. Authors can share and deposit the advance publication version and the published version in institutional or thematic repositories. Likewise, authors may publish the submitted version (prepublication or preprint), which should be notified in the letter of request. When choosing a preprint repository, authors should consider the following characteristics: clearly identify preprints as non-peer reviewed manuscripts, have a clear and accessible process for readers to express concerns and comments, have a mechanism for authors to indicate when the preprint article has been published in a peer-reviewed journal.

5. ANNEXES

Annex I. Length, number of figures/tables and maximum number of bibliographical references according to type of article.

Type of article	Maximum length in words*	Maximum number of tables and/or figures	Bibliographical references
Original	4,000	5	20-40
Clinical Case	3,000	4	15-30
Narrative Review	5,000	4	25-40
Special	4,000	4	30-40
Image	200	1	1-3
Short Communication	2,000	2	5-15
Opinion	2,000	2	3-10
Ethics	3,000	3	5-15
History of Medicine	3,000	3	5-15
<i>Ad Libitum</i>	1,000	2	3-5
Letter to the Editor	300	2	3-5
Editorial	600	Not apply	3-5

*Length excluding title, authors, affiliation, abstract, bibliography, tables and figures.

Annex II. Letter of Request and Consent for Publication of the Article.

Editorial Board
Revista Médica Hondureña

We are requesting the publication of the article type ____ (type of article), entitled ____ (name of article) in the Revista Médica Hondureña. The article was prepared by ____ (name of authors in the corresponding order). We declare that we have followed the publication guidelines of the Journal. We have participated sufficiently in the research, data analysis, writing of the manuscript and reading of the final version to accept responsibility for its content. The article has not been published and is not being considered for publication in any other media. We have disclosed conflicts of interest. We understand that the published articles and materials are licensed for use and distribution under the Creative Commons Attribution 4.0 International license (CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>). All information submitted in the application for publication and in the manuscript is true.

Note. It is suggested to submit a table with the following information: name of each of the authors, their affiliation number (if applicable), signature and seal (if applicable).

Annex III. Examples of bibliographic references.

The book Citing Medicine provides examples of how to present bibliographic references depending on their type. This document is available at <https://acortar.link/guKJJT>

Journal Article:

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

If there are more than six authors, present the first six followed by et al.

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

Book:

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

Book chapter:

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

Internet journal article:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs [Internet].* 2002 Jun

[cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <https://ovidsp.tx.ovid.com/> Subscription required.

For examples of the format of other types of bibliographic

references, authors may consult the following link to the National Medical Library of the United States of America: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Annex IV. Checklist for authors.

No.	Authors should ensure that they are aware of and have applied the following information:
1.	The e-mail address for Revista Médica Hondureña is revmh@colegiomedico.hn .
2.	The mailing address and cell phone number of the corresponding author were included.
3.	Text was written in a single column, 1.5 line spacing, Arial 12 font.
4.	Sections of the article start on one page.
5.	The title page included title in Spanish and English, abbreviated title; authors' names, academic degree, and institutional affiliation.
6.	The title page also included the number of words in the abstract, number of words in the complete article (excluding title, authors, abstract, keywords, bibliography, tables, and figures), total number of tables and figures, number of bibliographic references.
7.	A financial and non-financial relationships and activities and conflict of interest statement was presented on the title page.
8.	Abstract and keywords (https://decs.bvsalud.org/) were included in Spanish and English.
9.	The bibliographic references were cited in the text by consecutive numbers in super-script.
10.	The standards of the International System of Units were used for measurements.
11.	Tables and figures were prepared in the recommended format, presented at the end of the article, with an explanation of the abbreviations used. The legend of the figures is presented on a different page.
12.	The contribution of each author in the preparation of the manuscript was described.
13.	Supplementary information was prepared, if required by the article, in a supplementary file following the recommended format.
14.	Information related to the financing of the study through grants, scholarships or other mechanisms was included.
15.	It was notified in the letter of request for publication if the article has been published or is planned to be published as a preprint (share link to the publication site).
16.	For any study with human participants, proof of approval from a research ethics 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.



ACERCA DE LA REVISTA ▾

CONSEJO EDITORIAL ▾

NÚMEROS

ARTÍCULOS PRÓXIMOS A PUBLICAR

AUTORES ▾

REVISORES

ANUNCIOS

CONTÁCTANOS



INSTRUCCIONES PARA
LOS AUTORES

RECURSOS PARA
AUTORES

INSTRUCCIONES PARA
ENVIAR UN MANUSCRITO



REVISTA MÉDICA HONDUREÑA.
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.



Revista
MEDICA
Hondureña
FUNDADA EN EL AÑO 1930

1930
2024



Se recomienda a los autores visitar el sitio web de la Revista Médica Hondureña y explorar los recursos de información, redacción y publicación de artículos científicos:

<https://revistamedicahondurena.hn/>



Correo electrónico:

Sitios web:



revmh@colegiomedico.hn

<https://revistamedicahondurena.hn/>

<http://www.bvs.hn/RMH/html5/>

<https://www.colegiomedico.hn/>

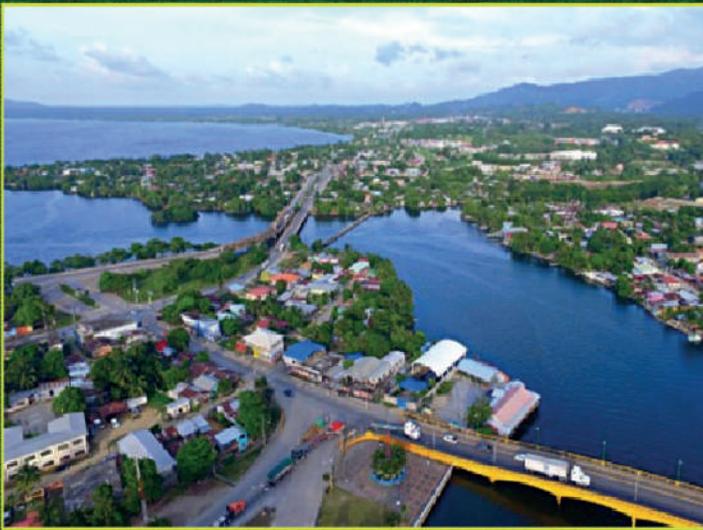


<https://twitter.com/ColegioMedicoHN>
#RevMedHondur



<https://www.instagram.com/colegiomedicohn/?hl=es>

Colegio Médico de Honduras Centro Comercial Centro América,
Local 41C, Tegucigalpa, MDC., Honduras Teléfono (504) 9435-6067



**LXVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
DR. OBDULIO GARCÍA CARIÁS
PUERTO CORTÉS 2024**