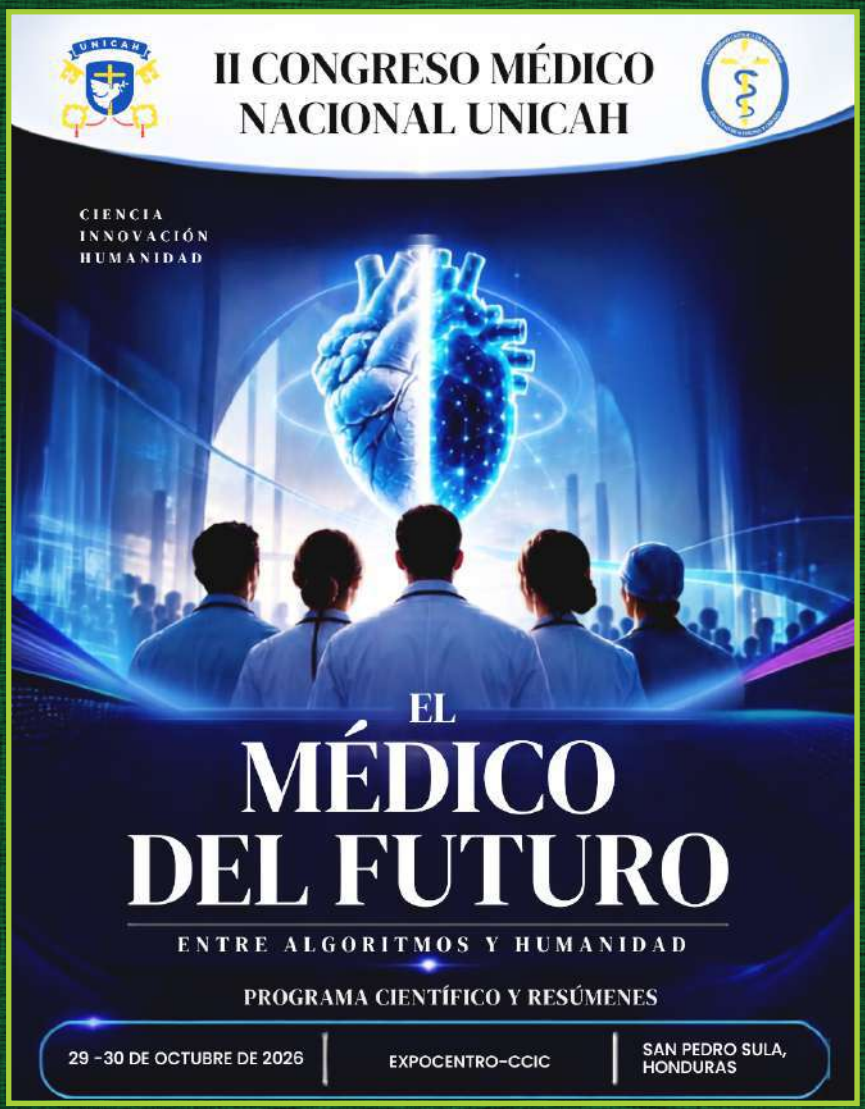
Órgano oficial de difusión
y comunicación científica
del Colegio Médico de Honduras

Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112
ISSN 1995-7068

Vol. 94 (Suplemento No. 2)
2026 pp. S1-62



Versiones electrónicas en: http://revistamedicahondurena.hn / http://www.bvs.hn/RMH/html5 / http://www.colegiomedico.hn/
Indizada en: LILACS-BIREME, CAMJOL, LATINDEX, AmeliCA, REDIB, DOAJ, Research4Life, REDALYC, DIMENSIONS
DOI: https://doi.org/10.5377/rmh.v94iSupl.2.23794

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.

https://doi.org/10.5377/rmh.v94iSupl.2.23794

JUNTA DIRECTIVA DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
PERÍODO 2026-2028

PRESIDENCIA
Dr. Samuel Francisco Santos Fuentes

VICE-PRESIDENCIA
Dr. Haroldo Arturo López García

SECRETARÍA DE ACTAS Y CORRESPONDENCIA
Dra. Rosa María Duarte

SECRETARÍA DE FINANZAS
Dra. Sonia Consuelo Solórzano Gutiérrez

SECRETARÍA DE COLEGIACIONES
Dr. Isaí Gutiérrez Andino

SECRETARÍA DE ACCIÓN SOCIAL Y LABORAL
Dr. Víctor Gerardo Elías Castejón Cálix

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. 94 (Suplemento No. 2)
2026 pp. S1-62

Colegio Médico de Honduras
Bulevard Fuerzas Armadas, frente al Mall Las Cascadas, Tegucigalpa M.D.C., Honduras
Teléfono (504) 9435-6067
http://revistamedicahondurena.hn/
http://www.bvs.hn/RMH/html5/
http://www.colegiomedico.hn/
revmh@colegiomedico.hn

La Revista Médica Hondureña es el órgano oficial de difusión y comunicación científica del Colegio Médico de Honduras. La revista es de acceso abierto (open access, OA), lo que significa que el acceso a los artículos es gratuito y no se cobran tarifas por el procesamiento de los manuscritos. Fomenta y apoya la investigación científica y la educación médica continua, especialmente del gremio médico nacional. Su publicación es semestral, se 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, AmeliCA, LATINDEX, REDIB, DOAJ, RESEARCH4LIFE, REDALYC, DIMENSIONS, 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 2025-2027

CUERPO EDITORIAL

DIRECTORA
Edna Maradiaga, Médica Salubrista

EDITOR ADMINISTRATIVO
Tirzo Israel Godoy, Médico Internista

SECRETARIA
Rosa María Duarte, Médica Salubrista

EDITORA GENERAL
Erika Velásquez Villars, Licenciada en Periodismo

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

ASISTENTE EDITORIAL
Brenda Ávila Carranza, Perito Mercantil

EDITORES ASOCIADOS

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

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 2025-2027

Edna Maradiaga, Médica Salubrista
https://orcid.org/0000-0002-8424-4752
Departamento de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.
edjamar3006@yahoo.com

Tirzo Godoy, Médico Internista
https://orcid.org/0009-0008-6093-5875
Secretaría de Asuntos Educativos y Culturales, Colegio Médico de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.
tgodoy@colegiomedico.hn

Erika Velásquez Villars, Licenciada en Periodismo
https://orcid.org/0000-0002-7270-9188
Centro Nacional de Educación Médica Continua, Colegio Médico de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.
revmh@colegiomedico.hn

Briana Beltran, Médica Epidemióloga
https://orcid.org/0000-0003-0362-4647
Unidad de Epidemiología, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Hospital de Especialidades; Tegucigalpa, Honduras.
yasmin31.beltran@gmail.com

Ana Ligia Chinchilla, Gineco-Obstetra, FACOG
https://orcid.org/0000-0001-9963-6575
Departamento de Ginecología y Obstetricia, IHSS; Departamento de Ciencias Morfológicas, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.
ligiachinchilla@yahoo.com.mx

Rosa María Duarte, Médica Salubrista
https://orcid.org/0000-0003-2373-6574
Comité de Vigilancia, Colegio Médico de Honduras; Dirección General de Normalización, Secretaría de Salud; Tegucigalpa, Honduras.
duarte2000sl@yahoo.com

Eleonora Espinoza, Médica Salubrista
https://orcid.org/0000-0001-7218-3481
Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.
eleo22@hotmail.com

Nora Rodríguez Corea, Pediatra, Epidemióloga
https://orcid.org/0000-0003-1749-4556
Maestría en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.
norarmendoz@gmail.com

Heriberto Rodríguez Gudiel, Gineco-Obstetra, FACOG
https://orcid.org/0000-0003-0333-4201
Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.
gudielmmf2013@gmail.com

José E. Sierra, Médico Fisiatra
https://orcid.org/0000-0002-9538-6166
Departamento de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.
capitan1082@hotmail.com

Efraín Bu Figueroa, Internista Infectólogo
https://orcid.org/0000-0001-6639-6210
Servicio de Medicina Interna-Enfermedades Infecciosas, Hospital Honduras Medical Center; Tegucigalpa, Honduras.
efrabu@hotmail.com

Helga Codina, Reumatóloga
https://orcid.org/0000-0002-7107-7238
Departamento de Medicina Interna, IHSS; Tegucigalpa, Honduras.
helgacv@yahoo.com

Carlos A. Fortín M., Ortopeda y Traumatólogo
https://orcid.org/0000-0002-1885-6478
Departamento de Cirugía, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.
ca14m@yahoo.com

Martha Cecilia García, Doctora en Química y Farmacia
https://orcid.org/0000-0002-7408-2139
Profesional independiente; Tegucigalpa, Honduras.
garcamartha0@gmail.com

Marco T. Luque, Pediatra Infectólogo, Máster 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, FACS.
https://orcid.org/0000-0002-1184-7480
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, Máster 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; Tegucigalpa, Honduras.
revmh@colegiomedico.hn

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

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

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

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

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

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

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

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

Amy Tovar Martínez, Médica Epidemióloga
https://orcid.org/0009-0009-6768-7648
Secretaría de Salud, Dirección General de Normalización, Tegucigalpa, Honduras.
amytm@hotmail.com

Gustavo Ávila, Médico Salubrista
https://orcid.org/0000-0003-0018-3946
Profesional independiente, Tegucigalpa, Honduras.
avilagus62@gmail.com

Allan Izaguirre, Médico Epidemiólogo
https://orcid.org/0000-0002-2641-4020
Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Ciencias de la Salud, Tegucigalpa, Honduras.
allanizaguirre9@gmail.com

II CONGRESO MÉDICO NACIONAL
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE HONDURAS

SEDE: CAMPUS SAN PEDRO Y SAN PABLO

Dr. Armando Palomo

Entre Algoritmos y Humanidad

PROGRAMA CIENTÍFICO Y RESÚMENES

San Pedro Sula, Cortés
29 y 30 de octubre del 2026

CONTENIDO

ORGANIZACIÓN DEL CONGRESO

Equipo de dirección y coordinación de la Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo - UNICAH 7

Comité Organizador del II Congreso Médico Nacional de la Universidad Católica de Honduras 8

Comité Científico del II Congreso Médico Nacional de la Universidad Católica de Honduras 9

BIENVENIDA Y HOMENAJE

Mensaje de bienvenida de la Coordinadora del Comité Científico 10

Reseña biográfica del Dr. Armando Palomo 11

PROGRAMA CIENTÍFICO

Programa de Trabajos Libres (TL), modalidad póster 13

RESÚMENES

Resúmenes de Trabajos Libres (TL), modalidad póster 18

ÍNDICE POR AUTOR Y CÓDIGO 44

INSTRUCCIONES PARA AUTORES 2026 46

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS 2026 54

EQUIPO DE DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA, CAMPUS SAN PEDRO Y SAN PABLO - UNICAH

De izquierda a derecha:
Dra. Laly López (Directora de la Facultad de Medicina y Cirugía), Dra. Laura Majano (Coordinadora de la Facultad de Medicina y Cirugía), Dra. Rennie Medina (Coordinadora de Investigación), Dr. Wilfredo Posadas (Coordinador de Servicio Social).

II CONGRESO MÉDICO NACIONAL UNICAH
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2026

COMITÉ ORGANIZADOR

Junta Directiva 2026-2027 de la Facultad de Medicina y Cirugía, UNICAH Campus San Pedro y San Pablo.

Fila de atrás, de izquierda a derecha: Luis González, Josué Paz, Examany Santos, Marvin Vallecillo, Fredis Castro, Daniel Hernández y Héctor Soler.

Fila de adelante, de izquierda a derecha: Mauricio García, Izzie Sabatovich, Gabriela Orellana, Fernanda Morel, Yeimy Lara, María José Murcia, María Fernanda Pineda, Nataly Rodríguez y Fernando Rodríguez.

II CONGRESO MÉDICO NACIONAL UNICAH
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2026

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Marcos Gonzales, Dra. Ana Orellana, Dra. Rennie Medina, Dr. Eduardo Perdomo.

II CONGRESO MÉDICO NACIONAL UNICAH
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2026

MENSAJE DE BIENVENIDA DE LA COORDINADORA DEL COMITÉ CIENTÍFICO

Les doy la bienvenida al II Congreso Médico Nacional UNICAH 2026, *"El médico del futuro: entre algoritmos y humanidad"*, un encuentro para reflexionar sobre una transformación que ya está ocurriendo.

Los algoritmos pueden procesar millones de datos y ofrecer respuestas en segundos, pero no pueden decidir qué merece ser preguntado ni qué significado tiene un hallazgo para una persona. La tecnología puede ampliar nuestras capacidades; no puede sustituir nuestro criterio, nuestra conciencia ni la humanidad con la que acompañamos a quien confía en nosotros.

Investigar comienza mucho antes de una base de datos o una prueba estadística. Comienza cuando algo cotidiano deja de parecernos normal y nos atrevemos a preguntar por qué. Lo extraordinario muchas veces aparece cuando volvemos a mirar, con mayor atención, aquello que creíamos comprender.

Mi reconocimiento a los autores, asesores y revisores que hicieron posible este encuentro, así como a las personas y comunidades cuyas experiencias dieron origen a estas investigaciones. Detrás de cada dato existe una historia y detrás de cada pregunta, alguien que decidió mirar nuevamente.

El médico del futuro no será quien tenga todas las respuestas, sino quien sepa formular mejores preguntas, utilizar la tecnología sin entregarle su juicio y comprender que una persona nunca puede reducirse a un conjunto de datos.
Que este encuentro nos encuentre precisamente ahí: entre los algoritmos y la humanidad, y siempre frente a una nueva pregunta.

Dra. Rennie Michelle Medina Martínez
Coordinadora del Comité Científico
II Congreso Médico Nacional UNICAH 2026

II CONGRESO MÉDICO NACIONAL UNICAH
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2026

RESEÑA BIOGRÁFICA DEL DR. ARMANDO PALOMO

El Dr. Armando Palomo nació el 10 de julio de 1959 en Tegucigalpa, Honduras. Es hijo de la señora Emérita Elvir (Q. D. D. G.) y del señor Armando Palomo Villeda, el mayor de ocho hermanos y padre de tres hijos. A los cuatro años se trasladó con su familia a San Pedro Sula, Cortés, ciudad en la que ha transcurrido gran parte de su vida y donde ha desarrollado su trayectoria personal y profesional.

Realizó sus estudios superiores en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) y culminó su formación de pregrado en 1989. Su vocación docente surgió desde esa etapa: durante seis años fue instructor del laboratorio de Histología y, durante dos años, impartió la asignatura teórica de Histología a estudiantes de Odontología, Enfermería y Microbiología. Esa experiencia le permitió comprender que el ejercicio de la medicina trasciende la atención de la enfermedad y también exige servir, enseñar y contribuir a la formación de nuevas generaciones.

Inició su trayectoria profesional en el campo de la medicina laboral, primero en empresas maquiladoras de Puerto Cortés y luego en Choloma y Río Blanco. Desde esos espacios contribuyó al desarrollo de lo que posteriormente se conocería como el Sistema Médico de Empresa del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), institución en la que llegó a desempeñarse como director. En 2002 se incorporó a Children International Honduras, organización no gubernamental a la que dedicó 23 años de servicio. Allí coordinó el programa de salud y dirigió un equipo multidisciplinario de médicos, odontólogos y auxiliares de enfermería que atendía aproximadamente a 23,000 beneficiarios. También participó activamente en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.

Su labor alcanzó una dimensión internacional. Desde la región de América Latina y el Caribe colaboró con equipos de Asia y África en la elaboración de los manuales utilizados por dicho programa. Esta experiencia integró distintas culturas y realidades en torno a un objetivo común: proteger la salud, el bienestar y las oportunidades de las nuevas generaciones.

En 2008, una experiencia familiar lo acercó nuevamente a las aulas. Mientras ayudaba a su hija, entonces estudiante de segundo año de Medicina, a comprender un tema de Histología, varios compañeros de ella comenzaron a reunirse en su casa para estudiar. Al reconocer su vocación y capacidad para enseñar, aquellos jóvenes lo motivaron a retomar formalmente la docencia universitaria.

Así comenzó una nueva etapa en la Universidad Católica de Honduras. Se desempeñó primero como docente de Histología y, posteriormente, impartió Patología Sistémica y Terapéutica Alternativa en la carrera de Medicina y Cirugía. Desde 2009 forma parte del cuerpo docente del Campus San Pedro y San Pablo, donde trabaja a tiempo completo y continúa ejerciendo la enseñanza con entrega, vocación y compromiso.

En 2015 obtuvo la Maestría en Gestión de Servicios de Salud por la Universidad Católica de Honduras. Con esta formación fortaleció una trayectoria en la que convergen la medicina, la gestión sanitaria, el servicio y la educación.

El II Congreso Médico Nacional de la Universidad Católica de Honduras rinde homenaje al Dr. Armando Palomo por una trayectoria marcada por el servicio y por su compromiso con la formación de futuros profesionales de la medicina.

Su labor recuerda que detrás de cada diagnóstico hay una persona, una familia y una historia, y que el avance de la ciencia alcanza su verdadero sentido cuando se acompaña de empatía, servicio y atención humanizada.

Mediante sus enseñanzas, sus consejos y, sobre todo, su ejemplo, el Dr. Palomo ha dejado una huella profunda en numerosas generaciones de estudiantes. Su legado no se limita a los conocimientos impartidos en el aula: también permanece en la forma en que muchos de sus alumnos comprenden al paciente, asumen su responsabilidad profesional y ejercen una medicina que, además de ciencia, exige humanidad.

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL II CONGRESO MÉDICO NACIONAL UNICAH
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2026

TRABAJOS LIBRES (TL) MODALIDAD PÓSTER

JUEVES 29 DE OCTUBRE DE 2026

LOBBY – SALÓN EMPRENDEDORES

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
BLOQUE I · PEDIATRÍA, NEONATOLOGÍA Y CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS			
9:00–9:10	TL 01	Sitosterolemia infantil con xantomas y respuesta insuficiente a estatinas: Reporte de caso	Alexandra Marcella Reyes Ramos Médica interno
9:10–9:20	TL 02	Penicilina benzatínica versus azitromicina en faringoamigdalitis aguda pediátrica	Marcos Fernando Gonzales Amaya Médico general, MSc en Salud Pública y Salud Ocupacional
9:20–9:30	TL 03	Insuficiencia tricuspídea en transposición congénitamente corregida de grandes vasos: Reporte de caso	Mauricio Andrés García Guzmán Estudiante de Medicina
9:30–9:40	TL 04	Hallazgos cardiovasculares en recién nacidos macrosómicos	Sahory Gabriela Vásquez Matamoros Médica general
9:40–9:50	TL 05	Hallazgos ecográficos cerebrales según severidad de la asfixia perinatal	Andrea Mishell Buezo Miranda Médica general
9:50–10:00	TL 06	Volumen espiratorio forzado reducido y respuesta broncodilatadora en pacientes pediátricos con anemia drepanocítica	Andrea Nicol Raudales Herrera Médica general
10:00–10:10	TL 07	Perfil clínico y complicaciones de recién nacidos pretérmino hospitalizados	David Estuardo Pacheco Fernández Médico general
10:10–10:20	TL 08	Incidencia y morbimortalidad hospitalarias de recién nacidos con asfixia perinatal	Elena Mercedes Villalvir Galeano Médica general
10:20–10:40		**RECESO DE LA MAÑANA**	
BLOQUE II · CIRUGÍA, ORTOPEDIA, TRAUMA Y MANEJO PERIOPERATORIO			
10:40–10:50	TL 09	Nefrectomía por riñón pélvico ectópico, hidronefrosis grado IV en mujer adulta: Reporte de Caso	Dania Gabriela Cabrera Médica interno
10:50–11:00	TL 10	Frecuencia y severidad de complicaciones tras reparación de hernia incisional	Amalia Susana Murillo Castro Médica general
11:00–11:10	TL 11	Funcionalidad y satisfacción tras reconstrucción artroscópica del ligamento cruzado anterior	Cecilia Vanessa Paz Castillo Médica general
11:10–11:20	TL 12	Síntomas urinarios y calidad de vida después de prostatectomía abierta	Sofía Alejandra Pinto López Médica general
11:20–11:30	TL 13	Características clínicas de pacientes con no consolidación de fracturas de tibia	Irene Samantha Fajardo Ferrera Médica general
11:30–11:40	TL 14	Biopsia vertebral para diagnóstico etiológico del síndrome de destrucción vertebral. Serie de casos	Paola Alejandra Corea Deras Médica general
11:40–11:50	TL 15	Resultados funcionales tras artroplastia total de rodilla	Aylin Lidieth Trejo Soto Médica general
11:50–12:00	TL 16	Características clínicas del politraumatismo por accidentes de motocicleta en jóvenes	Jonas Rafael Aguilar Torres Médico general

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
12:00–1:00		**RECESO / ALMUERZO**	
BLOQUE III · SALUD DE LA MUJER, GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA			
1:00–1:10	TL 17	Alteraciones citológicas cervicales y factores gineco obstétricos asociados en mujeres atendidas en tela	Alexa María Matute Hernández Médica general
1:10–1:20	TL 18	Características clínicas y obstétricas de gestantes con trastornos hipertensivos	Marcela Eunice Pacheco Aguirre Médica general
1:20–1:30	TL 19	Características clínicas y obstétricas de gestantes con desproporción cefalopélvica	Andrea Waldina Guardado Ramírez Médica general
1:30–1:40	TL 20	Tamizaje con ácido acético y seguimiento de lesiones cervicales	Ashley Michelle Dilbert Guzmán Médica general
1:40–1:50	TL 21	Síntomas y cambio o suspensión de anticonceptivos hormonales en mujeres	Christian Eduardo Gómez García Médico general
1:50–2:00	TL 22	Riesgo de apnea obstructiva del sueño en mujeres posmenopáusicas	Amanda Beatriz Irías Lemus Médica general
2:00–2:10	TL 23	Vulnerabilidad social y morbilidad obstétrica en gestantes adolescentes	Ana Elizzabeth Medina Rodríguez Médica general
2:10–2:20	TL 24	Factores educativos y anticonceptivos asociados al embarazo no planificado en adolescentes	Nicolle Alejandra Zepeda Lazo Médica general
2:20–2:40		**RECESO DE LA TARDE**	
BLOQUE IV · CARDIOLOGÍA, NEFROLOGÍA Y RIESGO CARDIOVASCULAR			
2:40–2:50	TL 25	Automedición de la presión arterial y niveles tensionales en adultos universitarios	Isis Martínez Jaco Estudiante de Medicina
2:50–3:00	TL 26	Fenotipos de presión arterial según edad y obesidad abdominal en adultos	Scarleth Samantha Gómez Estudiante de medicina
3:00–3:10	TL 27	Perfil clínico y clase funcional de adultos con insuficiencia cardíaca	Nelson Omar Fúnez Herrera Médico general
3:10–3:20	TL 28	Infecciones asociadas a catéter venoso central para hemodiálisis: caracterización clínico-microbiológica	Vanessa Alejandra Rápalo Luna Médica general
3:20–3:30	TL 29	Características clínicas y oportunidad de atención del accidente cerebrovascular	Gabriela Sofía Pinto Lanza Médica general
3:30–3:40	TL 30	Características clínicas y microbiológicas de infecciones del acceso vascular para hemodiálisis	Aly Alberto Acosta Flores Médico general
3:40–3:50	TL 31	Perfil clínico, estadificación y complicaciones de la enfermedad renal crónica	Mónica Virginia Milla Benítez Médica general
3:50–4:00	TL 32	Perfil clínico, tratamiento y complicaciones de hipertensos con fibrilación auricular	Bessy Carolina Martínez Santos Médica general
BLOQUE V · MEDICINA INTERNA, INFECTOLOGÍA Y CASOS CLÍNICOS			
4:00–4:10	TL 33	Coinfección por histoplasmosis diseminada y tuberculosis extrapulmonar pediátrica: Reporte de caso	Marvin Menjívar Estudiante de Medicina
4:10–4:20	TL 34	Perfil epidemiológico y letalidad de intoxicaciones por plaguicidas	Nassly María Catocho Vásquez Médica general
4:20–4:30	TL 35	Características clínicas, exacerbaciones y desencadenantes del asma bronquial infantil	Eberth Antonio Caballero Caballero Médico general

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
4:30–4:40	TL 36	Criptococosis meníngea en adultos con virus de inmunodeficiencia humana e inmunosupresión avanzada	Scarleth Alejandra Castellanos Henríquez Médica general
4:40–4:50	TL 37	Hallazgos espirométricos en adultos con síntomas respiratorios	Vilma Alejandra Gudiel Corleto Médica general
4:50–5:00	TL 38	Hematomas espontáneos y prolongación del tiempo de tromboplastina parcial activada: Reporte de caso	Nelson Menjívar Bandy Médico general
5:00–5:10	TL 39	Características clínicas y desenlaces de adultos con infección por *Clostridioides difficile*	Jonathan Ignacio Jovel Médico general

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL II CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2026

TRABAJOS LIBRES (TL) MODALIDAD PÓSTER

VIERNES 30 DE OCTUBRE DE 2026

LOBBY – SALÓN EMPRENDEDORES

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
BLOQUE VI · METABOLISMO, DIABETES Y ESTILOS DE VIDA			
9:00–9:10	TL 40	Presión arterial y consumo de alcohol, tabaco y cigarrillo electrónico en adultos jóvenes	Estefany Espinal Estudiante de Medicina
9:10–9:20	TL 41	Actividad física, tabaco, alcohol y síntomas somáticos en adultos	Astrid Hernández Médica Interno
9:20–9:30	TL 42	Medicina tradicional complementaria en adultos con diabetes mellitus tipo 2	Nery Yessenia Mártir López Médica general
9:30–9:40	TL 43	Adherencia farmacológica en adultos con diabetes mellitus tipo 2	Marvin Samuel Gavarrete Contreras Médico general
9:40–9:50	TL 44	Perfiles clínicos del síndrome metabólico en atención primaria	Nelson Menjívar Bandy Médico general
9:50–10:00	TL 45	Riesgo cardiometabólico en adultos jóvenes con adiposidad central y alteraciones lipídicas	Daniela Alejandra Madrid López Médica en servicio social
10:00–10:10	TL 46	Fuerza de prensión relativa y adiposidad como marcadores de riesgo cardiometabólico	Daniela Alejandra Madrid López Médica en servicio social
10:10–10:20	TL 47	Factores asociados al incumplimiento farmacológico en adultos con diabetes mellitus tipo 2	María Auxiliadora Lagos Discua Médica general
10:20–10:40		**RECESO DE LA MAÑANA**	
BLOQUE VII · NEUROCIENCIAS, SALUD MENTAL Y ENVEJECIMIENTO			
10:40–10:50	TL 48	Dependencia funcional en adultos mayores institucionalizados según el índice de barthel	Diana Samira Sabat Reyes Médica general
10:50–11:00	TL 49	Calidad del sueño y síntomas somáticos en adultos de atención primaria	Juan Caballero Estudiante de Medicina
11:00–11:10	TL 50	Estrés percibido y síntomas somáticos en adultos de atención primaria	Karla Sarmiento Estudiante de Medicina
11:10–11:20	TL 51	Percepción de salud y síntomas somáticos según sexo en adultos	Amy Pavón Medica Interno
11:20–11:30	TL 52	Pensamientos sobre muerte y vulnerabilidad emocional en adolescentes referidos a psicología	Francia Yaneth Pineda Tejada Médica general
11:30–11:40	TL 53	Caracterización clínico-funcional de pacientes con esclerosis múltiple	Jonathan Humberto Castrón Guardado Médico general
11:40–11:50	TL 54	Comorbilidad ansiosa en pacientes con trastorno depresivo mayor	Gloria Elena Caballero Médica general

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
12:00–1:00		**RECESO / ALMUERZO**	
BLOQUE VIII · PEDIATRÍA ESPECIALIZADA, RESPIRATORIO Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES			
1:00–1:10	TL 55	Factores asociados al retraso de la orquidopexia en pacientes pediátricos	Arnol Gerardo Chinchilla Morán Médico general
1:10–1:20	TL 56	Hallazgos cardiovasculares en recién nacidos a término y pretérmino	Ricardo Adolfo Hércules Santos Médico general
1:20–1:30	TL 57	Situs inversus totalis y enfermedad respiratoria recurrente: posible síndrome de Kartagener: Reporte de caso	Jeimy Zayen Dominguez Padilla Estudiante de Medicina
1:30–1:40	TL 58	Manejo de vía aérea difícil anticipada en lactante con artrogriposis distal congénita: Reporte de Caso	Martha Lidia Elvir Médica residente de Anestesiologia
1:40–1:50	TL 59	Conocimiento sobre indetectable e intransmisible en personas con virus de inmunodeficiencia humana	Keylin Yanira Montes Médica general
1:50–2:00	TL 60	Necesidades básicas insatisfechas y positividad para *Helicobacter pylori* en adultos	Julissa Michelle Romero Leiva Médica general
2:00–2:10	TL 61	Pazopanib a dosis reducida y toxicidad hematológica en carcinoma renal metastásico: Reporte de caso	Scarleth Samantha Gómez Osorio Estudiante de Medicina
2:10–2:20	TL 62	Manifestaciones cardiovasculares y afectivas durante exposición a clobenzorex: Reporte de caso	Luz María Maldonado Cárdenas Estudiante de Medicina
2:20–2:40		**RECESO DE LA TARDE**	
BLOQUE IX · INNOVACIÓN, EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN			
3:00–3:10	TL 63	Uso y dependencia de inteligencia artificial generativa en estudiantes de medicina	Cristian Miguel Paz Velásquez Estudiante de Medicina
3:10–3:20	TL 64	Cambios en la agenda temática de trabajos de graduación en medicina	Rennie Michelle Medina Martínez Médica general
3:40–3:50	TL 65	Condiciones operativas, equipamiento y capacitación de servicios de ambulancia	Yeimy Lohany Lara Alvarado Estudiante de Medicina
3:50–4:00	TL 66	Conocimientos y actitudes éticas sobre inteligencia artificial generativa en universitarios	Yeimy Lohany Lara Alvarado Estudiante de Medicina
BLOQUE X · MEDICINA CLÍNICA, PREVENCIÓN Y CASOS ESPECIALES			
4:00–4:10	TL 67	Tromboprofilaxis y eventos tromboembólicos en pacientes de ortopedia	Deilyn Antonia Cruz Villeda Médica general
4:10–4:20	TL 68	Características clínicas y desenlaces de pacientes politraumatizados con etilismo agudo	Martha Alejandra Fúnez Benítez Médica general
4:20–4:30	TL 69	Fenotipo marfanoide, hipermovilidad y variantes de significado incierto: Reporte de caso	Juan Edgardo Villeda Estudiante de Medicina
4:30–4:40	TL 70	Parathormona y alteraciones del metabolismo mineral en adultos con hemodiálisis	Gabriel Antonio Argueta Paz Médico general
4:40–4:50	TL 71	Carcinoma metaplásico de mama en mujer joven: Reporte de caso	Cecilia Molina Médica residente de Cirugia General
4:50–5:00	TL 72	Turnos, sueño, alimentación y factores metabólicos en trabajadores de maquila	Fanny Waleska Velásquez Médica especialista en Nutriología

PROGRAMA CIENTÍFICO II CONGRESO MÉDICO NACIONAL UNICAH
SAN PEDRO SULA, CORTÉS 2026

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL) MODALIDAD PÓSTER

TL 01. SITOSTEROLEMIA INFANTIL CON XANTOMAS Y RESPUESTA INSUFICIENTE A ESTATINAS: REPORTE DE CASO. Alexandra Marcella Reyes Ramos[1], Rennie Michelle Medina Martínez[1], Alejandra Lara[2], Paola Bonilla.[3] [1]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras. [2]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Honduras. [3]Hospital Mario Catarino Rivas, Departamento de Endocrinología, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La sitosterolemia es una dislipidemia hereditaria que puede confundirse con hipercolesterolemia familiar. La presencia de xantomas e hipercolesterolemia infantil con respuesta insuficiente a estatinas debe motivar la revisión del diagnóstico. **Descripción del caso:** Niño hondureño de ocho años con aparición progresiva de xantomas en los codos y colesterol total de 543 mg/dL. Se inició tratamiento con estatinas, sin obtener la respuesta esperada. La persistencia de las lesiones y de la alteración lipídica motivó ampliar el diagnóstico diferencial hacia otros trastornos hereditarios del metabolismo de los esteroles. El estudio genético identificó una variante homocigota en ABCG8, confirmando sitosterolemia. Se modificó el tratamiento y se indicó ezetimiba 10 mg/día junto con una dieta baja en fitoesteroles. A los seis meses se documentó un LDL de 110 mg/dL y remisión de los xantomas. Se obtuvo el consentimiento informado del representante legal del paciente. **Conclusión:** La respuesta insuficiente a estatinas en un niño con xantomas e hipercolesterolemia severa justificó reconsiderar el diagnóstico. La confirmación genética permitió establecer un tratamiento dirigido, con remisión de las lesiones y mejoría del perfil lipídico a los seis meses.

TL 02. PENICILINA BENZATÍNICA VERSUS AZITROMICINA EN FARINGOAMIGDALITIS AGUDA PEDIÁTRICA. Marcos Fernando Gonzales Amaya[1]. [1]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La faringoamigdalitis aguda es una causa frecuente de consulta pediátrica en atención primaria. La penicilina G benzatínica intramuscular y la azitromicina oral se utilizan en casos de probable etiología estreptocócica. **Objetivo:** Comparar la adherencia terapéutica, la evolución clínica y las complicaciones en pacientes de 5 a 19 años con faringoamigdalitis aguda tratados con penicilina G benzatínica o azitromicina. **Métodos:** Estudio comparativo en 200 pacientes atendidos en un centro de atención primaria de Pimienta, Cortés. Los investigadores asignaron aleatoriamente a los participantes a dos grupos: 100 recibieron penicilina G benzatínica intramuscular y 100, azitromicina oral. El diagnóstico se estableció mediante criterios clínicos de Centor/McIsaac, sin confirmación microbiológica. Durante el seguimiento se evaluaron adherencia, persistencia de manifestaciones clínicas y complicaciones. Los datos se procesaron con SPSS versión 32. El estudio contó con aval institucional y aprobación del comité institucional local de la institución participante. **Resultados:** La edad media fue de 10.66 años. Presentaron cuatro criterios de Centor el 56.5% (113) y tres criterios el 43.0% (86). La adherencia fue del 100% (100) con penicilina y del 58% (58) con azitromicina. La ausencia de criterios clínicos residuales se observó en el 87% (87) y el 21% (21), respectivamente. Las complicaciones fueron menos frecuentes en el grupo tratado con penicilina. **Discusión:** La penicilina G benzatínica mostró mayor adherencia y mejores resultados clínicos en esta población. La ausencia de confirmación microbiológica limita la interpretación de los hallazgos.

TL 03. INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA EN TRANSPOSICIÓN CONGÉNITAMENTE CORREGIDA DE GRANDES VASOS: REPORTE DE CASO. Mauricio Andrés García Guzmán[1], Oscar Ivan Salinas[2]. [1]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras. [2]Hospital Mario Catarino Rivas, Departamento de Cardiología, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La transposición congénitamente corregida de grandes vasos (L-TGA) produce doble discordancia auriculoventricular y ventriculoarterial; la válvula tricúspide ocupa la posición sistémica y puede desarrollar insuficiencia progresiva. **Descripción del caso:** Lactante femenina de 10 meses, nacida por parto vaginal, con peso de 3600 g y talla de 53 cm al nacer. Desde los dos meses presentó episodios recurrentes de taquicardia y diaforesis, sin cianosis. Al examen se auscultó soplo sistólico grado II/VI en el tercer y cuarto espacios intercostales paraesternales izquierdos. El ecocardiograma confirmó L-TGA con insuficiencia tricuspídea severa y sin comunicación interventricular. Recibió diuréticos para prevenir congestión pulmonar y evolucionó sin falla cardíaca congestiva. Se obtuvo el consentimiento informado de su representante legal. **Conclusión:** La taquicardia y la diaforesis sin cianosis pueden ser manifestaciones de una cardiopatía congénita compleja. El diagnóstico ecocardiográfico temprano y el seguimiento de la insuficiencia tricuspídea y de la función del ventrículo derecho sistémico son esenciales para orientar el tratamiento.

TL 04. HALLAZGOS CARDIOVASCULARES EN RECIÉN NACIDOS MACROSÓMICOS. Sahory Gabriela Vásquez Matamoros[1], María Guadalupe David Desjardines[2]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Los recién nacidos macrosómicos pueden presentar complicaciones durante el período neonatal. Describir los hallazgos cardiovasculares registrados en esta población puede orientar su evaluación clínica. **Objetivo:** Describir la frecuencia y los tipos de hallazgos cardiovasculares documentados en recién nacidos macrosómicos atendidos en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela durante 2025. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo retrospectivo mediante revisión de 153 expedientes. Se analizaron sexo, peso al nacer, vía de nacimiento, ecocardiografía indicada clínicamente y hallazgos cardiovasculares mediante frecuencias y porcentajes. El estudio contó con aval institucional y aprobación del comité institucional local de la institución participante. **Resultados:** De los 153 recién nacidos, el 61.4% (94) eran varones. Entre los 152 con peso registrado, el 84.9% (129) pesaron entre 4.000 y 4.499 g. La cesárea fue la vía de nacimiento en el 67.3% (103). Se realizó ecocardiograma por indicación clínica al 15.7% (24) y se documentó algún hallazgo cardiovascular en el 13.7% (21). Respecto al total de recién nacidos, se registraron foramen oval permeable en el 6.5% (10), combinación de foramen oval permeable y conducto arterioso persistente en el 3.3% (5), conducto arterioso persistente aislado en el 2.0% (3) y defecto del tabique ventricular en el 1.3% (2). El 0.7% (1) presentó múltiples hallazgos. **Discusión:** Los hallazgos más frecuentes fueron foramen oval permeable y conducto arterioso persistente. La ecocardiografía se realizó por indicación clínica únicamente al 15.7% (24). La proporción observada refleja diagnósticos documentados y no permite estimar la prevalencia de alteraciones cardiovasculares en toda la población.

TL 05. HALLAZGOS ECOGRÁFICOS CEREBRALES SEGÚN SEVERIDAD DE LA ASFIXIA PERINATAL. Andrea Mishell Buezo Miranda[1], Diego Iván Arita Santos[2], María Guadalupe David Desjardines[3]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras.[2]Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Pediatría, San Pedro Sula, Honduras.[3]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La asfixia perinatal puede producir lesión cerebral neonatal y secuelas neurológicas. El ultrasonido transfontanelar es una herramienta accesible para identificar alteraciones estructurales cerebrales en los neonatos afectados. **Objetivo:** Describir los hallazgos ecográficos cerebrales según la severidad clínica de la asfixia perinatal en recién nacidos atendidos en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo transversal en 155 recién nacidos con diagnóstico de asfixia perinatal atendidos entre marzo y julio de 2025, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron neonatos con puntuación de Apgar registrada y ultrasonido transfontanelar realizado después de las primeras 24 horas de vida. Se analizaron severidad clínica, hallazgos ecográficos, requerimiento de ventilación mecánica y condición de egreso. El estudio contó con aval institucional y aprobación del comité institucional local de la institución participante. **Resultados:** De los 155 neonatos, el 40.0% (62) presentó leucomalacia periventricular y el 33.5% (52) tuvo estudios sin alteraciones. En la asfixia leve predominaron los estudios normales y la leucomalacia. Al aumentar la severidad se observaron más hemorragia intraventricular y edema cerebral, sin estudios normales entre los casos severos. Los neonatos con Apgar <6 al primer minuto concentraron la mayor proporción de hallazgos patológicos. El 23.2% (36) requirió ventilación mecánica y el 8.4% (13) falleció. **Discusión:** Los hallazgos ecográficos variaron según la severidad clínica de la asfixia perinatal, con ausencia de estudios normales en los casos severos. El ultrasonido transfontanelar permitió documentar alteraciones cerebrales relevantes para la evaluación clínica de estos neonatos.

TL 06. VOLUMEN ESPIRATORIO FORZADO REDUCIDO Y RESPUESTA BRONCODILATADORA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ANEMIA DREPANOCÍTICA. Andrea Nicol Raudales Herrera[1], Wilmer Alejandro Madrid Mejía[2], Francis Fajardo[3], Rennie Michelle Medina Martínez[3]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Hospital Dr. Mario Catarino Rivas, Departamento de Pediatría, San Pedro Sula, Cortés. [3]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La medición del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y su modificación después de un broncodilatador permiten reconocer alteraciones funcionales que requieren seguimiento. **Objetivo:** Describir la frecuencia de FEV1 reducido y la respuesta broncodilatadora en pacientes pediátricos con anemia drepanocítica. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo transversal en 100 pacientes de 5–18 años atendidos en el Hospital Mario Catarino Rivas entre julio de 2024 y mayo de 2025. Se analizaron el FEV1 absoluto y su porcentaje predicho, calculado mediante las ecuaciones Global Lung Function Initiative 2012 (GLI-2012), ajustadas por edad, sexo, talla y grupo étnico. Se definió operacionalmente FEV1 reducido como un valor <80% del predicho. En quienes cumplían este criterio se comparó el FEV1 antes y después del broncodilatador mediante la prueba de Wilcoxon. Se consideró respuesta positiva un incremento ≥12% respecto al valor basal. No se establecieron patrones ventilatorios obstructivos, restrictivos o mixtos. El estudio contó con aval institucional y aprobación del comité institucional local de la institución participante. **Resultados:** De los 100 pacientes, el 56% (56) eran varones y la edad media fue de 10.5 años. El FEV1 promedio fue de 87.45±17.80% del predicho. El 28% (28) presentó valores <80%. En este subgrupo, el FEV1 aumentó de 1.38 L antes del broncodilatador a 1.48 L después de su administración

(p=0.001). El 25.0% (7) de los 28 pacientes cumplió el criterio de respuesta positiva. **Discusión:** Más de una cuarta parte de los pacientes presentó FEV1 reducido. Una cuarta parte de este subgrupo mostró respuesta broncodilatadora. Estos hallazgos identifican pacientes que requieren seguimiento y una evaluación pulmonar más amplia.

TL 07. PERFIL CLÍNICO Y COMPLICACIONES DE RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO HOSPITALIZADOS. David Estuardo Pacheco Fernández[1], Andrea Martínez[2], Linda López[1]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Caracterizar la morbilidad hospitalaria permite identificar las necesidades asistenciales de los recién nacidos pretérmino. **Objetivo:** Describir las características maternas, neonatales y terapéuticas, así como las complicaciones de recién nacidos pretérmino hospitalizados en el Hospital de Occidente. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo retrospectivo mediante revisión de 173 expedientes de una población de 313 recién nacidos pretérmino atendidos entre enero de 2020 y diciembre de 2022. Se incluyeron neonatos de 30–36.6 semanas de gestación y peso de 1.000–2.499 g con información clínica disponible. Se analizaron antecedentes maternos, características neonatales, diagnósticos de ingreso, intervenciones terapéuticas y complicaciones mediante frecuencias y porcentajes. El estudio contó con aval institucional y aprobación del comité institucional local de la institución participante. **Resultados:** Los prematuros tardíos representaron el 70.5% (122), el sexo masculino el 57.2% (99) y el peso de 1.500–2.499 g el 75.1% (130). Las principales condiciones maternas fueron infección urinaria en el 27.7% (48), ruptura prematura de membranas en el 13.3% (23) y trastornos hipertensivos en el 11.6% (20). El 10.4% (18) recibió maduración pulmonar antenatal completa. Se registró enfermedad de membrana hialina en el 69.4% (120). El 50.9% (88) recibió surfactante y el 42.2% (73) requirió ventilación invasiva. Las principales complicaciones fueron falla ventilatoria en el 51.4% (89), coagulación intravascular diseminada en el 32.9% (57), sepsis temprana en el 28.3% (49), hipoglucemia en el 20.8% (36) y sepsis tardía en el 20.2% (35). **Discusión:** Aunque predominaron los prematuros tardíos, se observó elevada morbilidad respiratoria y necesidad de soporte avanzado. La baja proporción con maduración pulmonar antenatal completa señala la necesidad de examinar la oportunidad de la atención obstétrica, la referencia prenatal y el acceso a corticosteroides antenatales.

TL 08. INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD HOSPITALARIAS DE RECIÉN NACIDOS CON ASFIXIA PERINATAL. Elena Mercedes Villalvir Galeano[1], Amalia Susana Murillo Castro[2]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La vigilancia de la asfixia perinatal requiere diferenciar los casos nacidos en la institución de los neonatos referidos. **Objetivo:** Determinar la incidencia hospitalaria y caracterizar la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos con asfixia perinatal atendidos en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo retrospectivo mediante revisión de 244 expedientes de neonatos atendidos entre abril de 2025 y marzo de 2026. Para calcular la incidencia se consideraron únicamente los casos nacidos en el hospital y el total institucional de nacidos vivos. Los casos extrahospitalarios se incluyeron exclusivamente en la caracterización clínica. El estudio contó con aval institucional y aprobación del comité institucional local de la institución participante. **Resultados:** De los 244 neonatos, el 75.4% (184) nació en el hospital y el 24.6% (60) fue extrahospitalario. Entre 10,065 nacidos vivos institucionales se registraron 184 casos, con una incidencia de 18.3 por 1.000 nacidos vivos. El 63.1% (154) eran varones y el 86.5% (211) pesó entre 2.500 y 4.000 g. La encefalopatía fue leve en el 83.2% (203), moderada en el 11.5% (28) y grave en el 5.3% (13). El 64.8% (158) requirió presión positiva, el 59.8% (146) oxigenoterapia, el 32.8% (80) aspiración endotraqueal y el 0.8% (2) masaje cardíaco. Las principales complicaciones fueron convulsiones en el 16.4% (40), taquipnea en el 9.8% (24) y sepsis en el 8.2% (20). Falleció el 3.7% (9). **Discusión:** La incidencia institucional fue de 18.3 casos por 1.000 nacidos vivos. Aunque predominó la encefalopatía leve, fueron frecuentes el soporte respiratorio y las complicaciones neurológicas, respiratorias e infecciosas. La letalidad fue del 3.7% (9).

TL 09. NEFRECTOMÍA POR RIÑÓN PÉLVICO ECTÓPICO HIDRONEFROSIS GRADO IV EN MUJER ADULTA: REPORTE DE CASO. Heylin Nicolle Madrid Ordoñez[1], Dania Gabriela Cabrera García[1], Edwin Alexander Domínguez García[2], Gary Keerk Cooper Lagos[2], Rennie Michelle Medina Martínez.[1] [1]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras. [2]Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Cirugía, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La ectopia renal simple es una anomalía congénita en la que el riñón permanece fuera de su localización habitual; la pelvis constituye su ubicación más frecuente. Aunque suele ser asintomática, la disposición anatómica anómala puede favorecer estasis urinaria, infecciones, litiasis e hidronefrosis progresiva. Este caso muestra la evolución silenciosa de un riñón pélvico hasta la pérdida irreversible de su función. **Descripción del caso:** Mujer de 36 años, sin antecedentes patológicos relevantes, evaluada por dolor abdominal inespecífico.

Los estudios de imagen identificaron incidentalmente un riñón derecho ectópico localizado en la pelvis, asociado con hidronefrosis grado IV. Durante tres años de seguimiento permaneció clínicamente estable y con función renal global conservada. Sin embargo, la ecografía y la tomografía seriadas mostraron progresión de la dilatación pielocalicial, adelgazamiento cortical severo y ausencia de excreción del contraste. Ante la pérdida funcional del riñón afectado, en junio de 2025 se realizó nefrectomía derecha. El estudio histopatológico confirmó un riñón ectópico pélvico con hidronefrosis grado IV, atrofia cortical, esclerosis glomerular y sustitución quística del parénquima. La evolución posoperatoria fue favorable, con preservación de la función renal contralateral. Se obtuvo el consentimiento informado del paciente o de su representante legal, según correspondía. **Conclusión:** La ectopia renal pélvica puede evolucionar silenciosamente hacia hidronefrosis avanzada y pérdida funcional irreversible. El seguimiento imagenológico de estos hallazgos incidentales es fundamental para reconocer la progresión, orientar oportunamente el manejo y preservar la función renal global.

TL 10. FRECUENCIA Y SEVERIDAD DE COMPLICACIONES TRAS REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL. Amalia Susana Murillo Castro[1], Rennie Michelle Medina Martínez[1]. [1]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La hernia incisional es una complicación de la cirugía abdominal cuyo tratamiento puede acompañarse de eventos adversos de diferente severidad. La clasificación de Clavien-Dindo permite estratificar las complicaciones posoperatorias según el tratamiento requerido y su repercusión clínica. **Objetivo:** Describir la frecuencia y severidad de las complicaciones posoperatorias, según la clasificación de Clavien-Dindo, en pacientes sometidos a reparación de hernia incisional en el Hospital Mario Catarino Rivas. **Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo retrospectivo. Se incluyeron mediante muestreo censal 65 pacientes con diagnóstico de hernia incisional intervenidos quirúrgicamente entre agosto de 2015 y agosto de 2021. Las complicaciones documentadas en los expedientes se clasificaron según Clavien-Dindo. Se calcularon frecuencias y porcentajes. El estudio contó con aval institucional y aprobación del comité institucional local de la institución participante. **Resultados:** De los 65 pacientes, el 70.8% (46) no presentó complicaciones y el 29.2% (19) desarrolló algún evento adverso posoperatorio. Predominaron las complicaciones grado I, registradas en el 15.4% (10). Las complicaciones grado II se presentaron en el 3.1% (2) y las grado IIIb en el 3.1% (2). No se documentaron eventos de grado IIIa, IVa o IVb. El 7.7% (5) fue clasificado como grado V. Las infecciones del sitio quirúrgico fueron las complicaciones registradas con mayor frecuencia. **Discusión:** Aproximadamente siete de cada diez pacientes no presentaron complicaciones después de la reparación de la hernia incisional. Entre quienes desarrollaron eventos adversos predominaron los de menor severidad. La mortalidad registrada en el 7.7% (5) respalda la necesidad de fortalecer la vigilancia posoperatoria y el registro sistemático de las complicaciones mediante una clasificación estandarizada.

TL 11. FUNCIONALIDAD Y SATISFACCIÓN TRAS RECONSTRUCCIÓN ARTROSCÓPICA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR. Cecilia Vanessa Paz Castillo[1], Tomás Rolando Minueza Mejia[2], Ramón Efraín Arnold Fajardo Fajardo[3]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Hospital Ruth Paz, Departamento de Ortopedia, San Pedro Sula, Honduras. [3]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La lesión del Ligamento Cruzado Anterior (LCA) puede comprometer la estabilidad de la rodilla, la movilidad y el retorno a las actividades habituales. La evaluación funcional y la satisfacción autorreportada permiten describir los resultados percibidos después de su reconstrucción. **Objetivo:** Describir la funcionalidad y la satisfacción posoperatorias de adultos sometidos a reconstrucción artroscópica del LCA en el Hospital Ruth Paz entre 2022 y 2025. **Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo retrospectivo mediante revisión de expedientes de 138 adultos sometidos a reconstrucción artroscópica del LCA. Se realizó una evaluación telefónica posoperatoria mediante la escala de Lysholm-Tegner y una escala de satisfacción tipo Likert. La valoración se efectuó una sola vez, en intervalos posoperatorios variables según la fecha de cirugía, por lo que los participantes se encontraban en diferentes etapas de recuperación. Los resultados se resumieron mediante frecuencias y porcentajes. El estudio contó con aval institucional y aprobación del comité institucional local de la institución participante. **Resultados:** De los 138 participantes, el 81.9% (113) eran hombres y predominó el grupo de 18–25 años. Se documentaron lesiones meniscales asociadas en el 63.8% (88). El 93.5% (129) alcanzó la categoría «muy buena» en la escala de Lysholm y el 95.7% (132) reportó satisfacción posoperatoria alta. **Discusión:** La mayoría de los pacientes presentó funcionalidad clasificada como muy buena y alta satisfacción después de la reconstrucción artroscópica del LCA. Estos resultados describen el estado posoperatorio autorreportado de la población estudiada. El diseño no permite demostrar la efectividad del procedimiento y la variabilidad del tiempo transcurrido desde la cirugía limita las comparaciones directas entre pacientes.

TL 12. SÍNTOMAS URINARIOS Y CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DE PROSTATECTOMÍA ABIERTA.Sofía Alejandra Pinto López[1], Mario Roberto Ramos Alvarado[2], Marcos Fernando Gonzales Amaya[3]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Hospital Mario Catarino Rivas, Departamento de Urología, San Pedro Sula, Honduras. [3]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La prostatectomía abierta es una alternativa para pacientes con hiperplasia prostática benigna y obstrucción urinaria, especialmente ante próstatas de gran volumen o acceso

limitado a técnicas mínimamente invasivas. **Objetivo:** Describir los síntomas urinarios, su repercusión actual y las complicaciones autorreportadas después de la prostatectomía abierta. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo transversal en 124 pacientes sometidos a prostatectomía abierta en la Fundación Ruth Paz entre enero de 2024 y octubre de 2025. Se revisaron expedientes y se aplicó un cuestionario elaborado por la autora, inspirado en el International Prostate Symptom Score y adaptado con categorías simplificadas de frecuencia. Se registraron los síntomas preoperatorios recordados, los síntomas actuales, su repercusión y las complicaciones autorreportadas. El estudio contó con aval institucional y aprobación del comité institucional local de la institución participante. **Resultados:** Antes de la cirugía, el 82.3% (102) recordó necesidad frecuente o permanente de pujar, el 75.8% (94) interrupción frecuente del chorro y el 93.5% (116) nicturia frecuente o permanente. Durante el seguimiento, el 60.5% (75) nunca requería pujar, el 65.3% (81) nunca presentaba interrupción del chorro y el 75.0% (93) nunca o solo algunas veces experimentaba nicturia. Los síntomas actuales nunca afectaban las actividades cotidianas en el 55.6% (69), la vida social en el 68.5% (85) ni el estado de ánimo en el 66.1% (82). El 47.6% (59) no reportó complicaciones. Las principales fueron infección urinaria en el 16.9% (21), disfunción eréctil en el 12.1% (15) e incontinencia urinaria en el 10.5% (13). **Discusión:** Los pacientes reportaron menor frecuencia de síntomas actuales frente a los preoperatorios recordados. La medición retrospectiva, el instrumento adaptado, los distintos períodos de seguimiento y la ausencia de pruebas inferenciales impiden cuantificar formalmente el cambio o atribuirlo al procedimiento.

TL 13. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON NO CONSOLIDACIÓN DE FRACTURAS DE TIBIA. Irene Samantha Fajardo Ferrera[1], Efraín Fajardo[2]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La no consolidación de las fracturas de tibia prolonga la discapacidad, incrementa los costos asistenciales y puede requerir múltiples intervenciones quirúrgicas. Caracterizar a los pacientes afectados permite reconocer las condiciones clínicas y traumáticas presentes en estos casos. **Objetivo:** Describir las características demográficas, clínicas y traumáticas de pacientes con no consolidación de fracturas de tibia atendidos en el Hospital Mario Catarino Rivas. **Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo retrospectivo basado en la revisión de 62 expedientes de pacientes mayores de 18 años con no consolidación de fractura de tibia posterior al tratamiento quirúrgico, atendidos entre enero de 2024 y junio de 2025. Se analizaron edad, tipo de fractura, mecanismo de lesión, comorbilidades y hábitos tóxicos mediante frecuencias y porcentajes. El estudio contó con aval institucional y aprobación del comité institucional local de la institución participante. **Resultados:** El grupo etario más frecuente fue el de 31–40 años, que representó el 25.8% (16). Las fracturas expuestas constituyeron el 62.9% (39) y las cerradas el 37.1% (23). Entre las 39 fracturas expuestas, predominó el grado IIIA de Gustilo y Anderson, con el 43.6% (17). Los traumatismos de alta energía estuvieron presentes en el 74.2% (46). Se documentó diabetes mellitus en el 30.6% (19) e hipertensión arterial en el 24.2% (15), incluidas las presentaciones concomitantes. El 19.4% (12) eran fumadores activos, el 32.3% (20) exfumadores y el 62.9% (39) registró consumo de alcohol. **Discusión:** En esta población predominaron los adultos jóvenes, las fracturas expuestas y los traumatismos de alta energía. También se documentaron diabetes, hipertensión, antecedentes de tabaquismo y consumo de alcohol. El diseño descriptivo no permite establecer su asociación con la no consolidación.

TL 14. BIOPSIA VERTEBRAL PARA DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DEL SÍNDROME DE DESTRUCCIÓN VERTEBRAL. SERIE DE CASOS. Paola Alejandra Corea Deras[1], Eva Judith Rivera Guzmán[2]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La superposición de causas infecciosas, neoplásicas e inflamatorias dificulta identificar la etiología de las lesiones vertebrales destructivas y puede requerir confirmación histopatológica. **Objetivo:** Describir los hallazgos de la biopsia vertebral y su coincidencia con el diagnóstico presuntivo por imagen en pacientes con síndrome de destrucción vertebral. **Métodos:** Serie de casos retrospectiva de 27 pacientes con diagnóstico presuntivo de síndrome de destrucción vertebral atendidos en el Hospital Mario Catarino Rivas entre abril de 2025 y abril de 2026. Se revisaron características sociodemográficas, localización anatómica, diagnóstico presuntivo por imagen, técnica de biopsia y resultados histopatológicos. Los datos se analizaron mediante frecuencias y porcentajes. El estudio contó con aval institucional y aprobación del comité institucional local de la institución participante. **Resultados:** De los 27 pacientes, el 44.4% (12) tenía más de 45 años y el 51.9% (14) eran mujeres. La región afectada fue torácica en el 33.3% (9), cervical en el 29.6% (8) y lumbar en el 22.2% (6). Los diagnósticos presuntivos fueron infección en el 40.7% (11), neoplasia primaria en el 29.6% (8) y enfermedad metastásica en el 22.2% (6). Se realizó biopsia abierta en el 96.3% (26). Los hallazgos histopatológicos fueron inflamatorios en el 25.9% (7) y malignos en el 25.9% (7). La etiología final fue neoplásica en el 37.0% (10), inflamatoria en el 25.9% (7) e infecciosa en el 25.9% (7). El diagnóstico por imagen coincidió con la biopsia en el 85.2% (23). **Discusión:** La biopsia vertebral aportó información para establecer la etiología de las lesiones destructivas y mostró elevada coincidencia con la sospecha imagenológica. Estos hallazgos respaldan su utilidad para orientar el diagnóstico cuando la imagen no permite definir la causa con certeza.

TL 15. RESULTADOS FUNCIONALES TRAS ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA. Aylin Lidieth Trejo Soto[1], Tomás Rolando Minueza Mejía[2], María David Desjardines[3]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Fundación Ruth Paz, Departamento de Ortopedia, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [3]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La evaluación del dolor, la movilidad y la satisfacción después de la cirugía aporta información sobre los resultados percibidos por los pacientes. **Objetivo:** Describir los resultados funcionales autorreportados y la satisfacción de pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla en la Fundación Ruth Paz. **Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo transversal en 130 pacientes intervenidos entre enero de 2022 y julio de 2025. Se revisaron expedientes clínicos y se realizó una evaluación telefónica única en intervalos posoperatorios variables y no estandarizados, determinados por la fecha de cirugía. Se aplicó un cuestionario elaborado para el estudio y adaptado a partir de componentes funcionales de la Knee Society Score. No se administró la escala completa ni se calculó su puntuación global. El estudio contó con aval institucional y aprobación del comité institucional local de la institución participante. **Resultados:** El 72.3% (94) eran mujeres y el 47.7% (62) tenía entre 70 y 79 años. Se registró hipertensión en el 63.1% (82), osteoporosis en el 29.2% (38) y diabetes en el 24.6% (32). El 80.8% (105) reportó dolor leve u ocasional y el 82.3% (107) ausencia de dolor nocturno. El 57.7% (75) caminaba entre 500 y 1.000 metros y el 54.6% (71) no usaba apoyo. Al utilizar escaleras, el 48.5% (63) subía normalmente y bajaba con dificultad; el 6.2% (8) realizaba ambas actividades normalmente. El 98.5% (128) recibió rehabilitación, el 86.9% (113) reportó buena adherencia y el 97.7% (127) satisfacción alta. **Discusión:** Los pacientes reportaron poca presencia de dolor nocturno, capacidad de deambulación y elevada satisfacción. Persistieron limitaciones para utilizar escaleras y necesidad de apoyo para caminar. Los intervalos posoperatorios variables y el cuestionario adaptado limitan la comparación de los resultados funcionales entre participantes.

TL 16.CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTES DE MOTOCICLETA EN JÓVENES. Jonas Rafael Aguilar Torres[1], Ramón Efraín Arnold Fajardo Fajardo[2]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Caracterizar el politraumatismo por motocicleta puede orientar intervenciones preventivas y fortalecer la atención del trauma. **Objetivo:** Describir las características demográficas, viales, clínicas y hospitalarias de pacientes de 25 años o menos con politraumatismo secundario a accidentes en motocicleta. **Métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo mediante revisión de 120 expedientes de pacientes atendidos en el Hospital Manuel de Jesús Subirana entre octubre de 2025 y abril de 2026. Se consideró politraumatismo la presencia de dos o más lesiones traumáticas graves en diferentes regiones anatómicas con compromiso sistémico, según el diagnóstico médico registrado. La severidad correspondió a la clasificación clínica consignada al ingreso por el médico tratante como leve, moderada o severa. El estudio contó con aval institucional y aprobación del comité institucional local de la institución participante. **Resultados:** De los 120 pacientes, el 82.5% (99) eran hombres, el 22.5% (27) tenía entre 15 y 16 años, el 62.5% (75) procedía del área rural y el 45.8% (55) eran estudiantes. El 75.0% (90) eran conductores. El 49.2% (59) no utilizaba casco y en el 21.7% (26) se desconocía este dato. La colisión con otro vehículo ocurrió en el 43.3% (52). Entre los 119 pacientes con información anatómica, el 82.4% (98) presentó lesiones en extremidades y el 52.9% (63) en cabeza o cuello. Se documentaron fracturas en el 97.5% (117), trauma moderado en el 64.2% (77) y Glasgow de 13–15 en el 70.0% (84). El 39.2% (47) requirió cirugía, el 59.2% (71) fue referido, el 37.5% (45) fue hospitalizado y el 3.3% (4) falleció. **Discusión:** Predominaron los varones jóvenes del área rural. Se documentaron ausencia de casco en casi la mitad de los pacientes, elevada frecuencia de fracturas y necesidad de referencia en seis de cada diez casos.

TL 17. ALTERACIONES CITOLÓGICAS CERVICALES Y FACTORES GINECOOBSTÉTRICOS ASOCIADOS EN MUJERES ATENDIDAS EN TELA. Alexa María Matute Hernández[1], Eddy Mauricio Jiménez Amaya[1], Seneyda Nicoly López Martínez[2], Rennie Michelle Medina Martínez.[1] [1]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras. [2]Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado de Ginecología y Obstetricia, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La citología cervical permite identificar alteraciones celulares y orientar su seguimiento. Su realización periódica contribuye a la prevención y detección temprana del cáncer cervicouterino. **Objetivo:** Determinar las alteraciones citológicas cervicales y describir los factores ginecoobstétricos evaluados en mujeres atendidas en el Policlínico Roger Antonio Mercado, Tela, Atlántida, entre noviembre de 2025 y mayo de 2026. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal, observacional, con enfoque cuantitativo y captación prospectiva de información. Participaron 126 mujeres sometidas a citología cervical durante el período de estudio. La información se obtuvo mediante una ficha estructurada y se analizó mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Debido al reducido número de alteraciones citológicas identificadas, no se realizaron pruebas estadísticas de asociación. El estudio contó con aval institucional y aprobación del comité institucional local de la institución participante. **Resultados:** De las 126 citologías cervicales, el 98.4% (124) fue negativo para lesión intraepitelial o malignidad (NILM) y el 1.6% (2) correspondió a células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US). Respecto al total de citologías, se

identificó ASC-US en el 0.8% (1) correspondiente al grupo de 25–34 años y en el 0.8% (1) correspondiente al grupo de 55 años o más. **Discusión:** Predominaron los resultados citológicos negativos y se observó una baja frecuencia de ASC-US. El reducido número de alteraciones limitó la evaluación de posibles asociaciones con los factores ginecoobstétricos. Los resultados destacan la importancia de mantener el tamizaje periódico y el seguimiento oportuno de los hallazgos citológicos.

TL 18. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y OBSTÉTRICAS DE GESTANTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS. Marcela Eunice Pacheco Aguirre[1], Marco Fernando González[2], Evelyn Judith Gonzáles[1].
[1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una causa importante de morbimortalidad materna y perinatal. En el Hospital General de El Progreso se disponía de información limitada sobre las características de las gestantes afectadas y sus complicaciones durante el período estudiado. **Objetivo:** Describir las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de las gestantes con trastornos hipertensivos atendidas en el Hospital General de El Progreso entre septiembre de 2025 y febrero de 2026. **Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo transversal. Se analizaron 101 gestantes con diagnóstico de trastorno hipertensivo, correspondientes a la totalidad de casos disponibles durante el período de estudio, mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. La información se obtuvo de expedientes clínicos y se procesó mediante análisis estadístico descriptivo, utilizando frecuencias y porcentajes. El estudio contó con aval institucional y aprobación del comité institucional local de la institución participante. **Resultados:** De las 101 gestantes, el 39.6% (40) presentó preeclampsia sin datos de severidad, el 26.7% (27) preeclampsia con datos de severidad, el 23.8% (24) hipertensión gestacional, el 7.9% (8) eclampsia y el 2.0% (2) síndrome HELLP. El 41.6% (42) tuvo control prenatal inadecuado. Las principales complicaciones maternas fueron crisis hipertensivas en el 14.9% (15) y convulsiones en el 7.9% (8). Las complicaciones perinatales más frecuentes fueron bajo peso al nacer en el 26.7% (27) y restricción del crecimiento intrauterino en el 23.8% (24). No se registraron muertes perinatales. **Discusión:** Predominó la preeclampsia sin datos de severidad. Los hallazgos describen la distribución de los trastornos hipertensivos y sus complicaciones en el contexto hospitalario local. La frecuencia de control prenatal inadecuado señala la necesidad de examinar las oportunidades de detección y atención de estas gestantes.

TL 19. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y OBSTÉTRICAS DE GESTANTES CON DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA. Andrea Waldina Guardado Ramírez[1], Arlin Oved Varela Luque[2], Leny Margarita Romero Banegas[3]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Hospital Mario Catarino Rivas, Departamento de Ginecología, San Pedro Sula, Honduras. [3]Ministerio Público , Dirección de Medicina Forense, Medicina Forense, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La desproporción cefalopélvica (DCP) constituye una causa importante de distocia y resolución quirúrgica del embarazo. Caracterizar a las gestantes con esta condición puede aportar información clínica local en hospitales de referencia. **Objetivo:** Describir las características clínicas y obstétricas de gestantes con diagnóstico de DCP atendidas en el Hospital Mario Catarino Rivas entre noviembre de 2024 y octubre de 2025. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo retrospectivo basado en la revisión de expedientes clínicos de 81 gestantes de 15–45 años con diagnóstico de DCP. Se evaluaron características maternas, fetales y obstétricas. La puntuación de Bishop se obtuvo de los expedientes y se consideró favorable cuando fue superior a seis puntos. El análisis se realizó mediante frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y dispersión. El estudio contó con aval institucional y aprobación del comité institucional local de la institución participante. **Resultados:** De las 81 gestantes, el 67.9% (55) tenía entre 15 y 25 años y el 69.1% (56) eran primigestas. El peso fetal estimado presentó una mediana de 3.209 g (RIC: 2.905–3.486), con rango de 1.288–3.997 g. El 85.2% (69) de los embarazos se clasificó como a término y el 16.0% (13) de las gestantes midió menos de 150 cm. Se documentaron patologías maternas en el 46.9% (38): preeclampsia con criterios de severidad en el 12.3% (10), preeclampsia sin severidad en el 11.1% (9) e hipertensión gestacional en el 8.6% (7). La puntuación de Bishop fue favorable en el 92.6% (75). El 65.4% (53) fue referido y el 64.2% (52) registró entre cinco y siete controles prenatales. **Discusión:** Entre las gestantes con DCP predominaron las pacientes jóvenes, las primigestas, los embarazos a término y una puntuación de Bishop favorable.

TL 20. TAMIZAJE CON ÁCIDO ACÉTICO Y SEGUIMIENTO DE LESIONES CERVICALES. Ashley Michelle Dilbert Guzmán[1]. [1]Modelo Descentralizado de Salud de Macuelizo, Atención Primaria de Salud, Macuelizo, Santa Bárbara, Honduras.

Introducción: La Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) es una alternativa de tamizaje para cáncer cervicouterino que permite vincular los resultados anormales con tratamiento oportuno, especialmente en contextos con recursos diagnósticos limitados. **Objetivo:** Describir los resultados del tamizaje mediante IVAA, el tratamiento de las pacientes con resultados anormales y su seguimiento posterior en el Hospital Público Roatán. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo retrospectivo basado en la revisión de fichas de tamizaje y expedientes clínicos de 359 mujeres sometidas a IVAA entre agosto de 2022 y febrero de 2023.

El estudio contó con aval institucional y aprobación del comité institucional local de la institución participante. **Resultados:** De las 359 mujeres tamizadas, el 65.7% (236) presentó IVAA negativo, el 33.7% (121) positivo y el 0.6% (2) sospecha de cáncer. En conjunto, el 34.3% (123) tuvo resultados anormales. Entre estas 123 pacientes, el 97.6% (120) recibió tratamiento, incluido el 95.9% (118) tratado mediante crioterapia o termocoagulación; el 2.4% (3) no recibió tratamiento. De las 120 pacientes tratadas, el 48.3% (58) acudió al control de un mes y el 51.7% (62) no retornó. Se realizó biopsia al 1.4% (5) del total de mujeres tamizadas. Entre las cinco biopsiadas, el 80.0% (4) contó con resultado histológico documentado. De estos cuatro resultados, el 50.0% (2) correspondió a NIC I, el 25.0% (1) a cervicitis crónica linfocítica y el 25.0% (1) a carcinoma in situ. **Discusión:** Casi todas las mujeres con tamizaje anormal recibieron tratamiento, pero más de la mitad no retornó al control de un mes. La escasa confirmación histológica impide estimar el rendimiento diagnóstico de la IVAA. La principal brecha documentada fue la continuidad del seguimiento posterior al tratamiento.

TL 21. SÍNTOMAS Y CAMBIO O SUSPENSIÓN DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES EN MUJERES. Christian Eduardo Gómez García[1]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras.

Introducción: Identificar los síntomas autorreportados durante el uso de anticonceptivos hormonales permite orientar la consejería y el seguimiento en los servicios de planificación familiar. **Objetivo:** Describir los síntomas autorreportados y el antecedente de cambio o suspensión atribuida a síntomas en usuarias de anticonceptivos hormonales atendidas en el Centro Integral de Salud Las Palmas. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo transversal realizado entre abril y septiembre de 2025. Mediante muestreo no probabilístico por conveniencia se incluyeron 109 mujeres de 17–49 años que utilizaban un anticonceptivo hormonal desde hacía al menos 12 meses. Se aplicó un cuestionario estructurado validado por expertos, con consistencia interna aceptable (alfa de Cronbach=0.794). Se calcularon media, frecuencias y porcentajes. El estudio contó con aval institucional y aprobación del comité institucional local de la institución participante. **Resultados:** La edad media fue de 27.3 años. El 56.9% (62) utilizaba anticonceptivo inyectable trimestral, el 35.8% (39) implante subdérmico y el 7.3% (8) anticonceptivos orales. Al agrupar las respuestas «frecuente», «muy frecuente» o «permanente», se reportó amenorrea en el 56.9% (62), aumento de peso en el 40.4% (44), cefalea en el 35.8% (39), irregularidad menstrual en el 31.2% (34), mastalgia en el 27.5% (30), cambios del estado de ánimo en el 23.9% (26) y sangrado abundante en el 22.0% (24). El 43.1% (47) refirió haber cambiado o suspendido previamente algún método anticonceptivo por síntomas. **Discusión:** Fueron frecuentes los cambios menstruales y otros síntomas autorreportados. Cuatro de cada diez participantes comunicaron antecedentes de cambio o suspensión por síntomas. La inclusión exclusiva de usuarias con al menos 12 meses de uso excluyó a quienes pudieron abandonar tempranamente el método y puede subestimar la discontinuación relacionada con síntomas.

TL 22. RIESGO DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS. Amanda Beatriz Irías Lemus[1], Edvin Fernando López Mejía[1]1, Marvin Samuel Gavarrete Contreras[1]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño es un trastorno respiratorio frecuentemente subdiagnosticado. Después de la menopausia pueden aumentar las condiciones clínicas relacionadas con su presentación; sin embargo, la información disponible en mujeres hondureñas es limitada. **Objetivo:** Describir el riesgo de apnea obstructiva del sueño y las características clínicas y conductuales de mujeres posmenopáusicas de 50–65 años atendidas en un policlínico de San Pedro Sula. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo transversal realizado entre junio y noviembre de 2024. Mediante muestreo no probabilístico se incluyeron 123 mujeres posmenopáusicas. El riesgo de apnea obstructiva del sueño se evaluó mediante una versión previamente validada del cuestionario STOP-BANG y se consideró alto con una puntuación superior a cinco. Se calcularon frecuencias, porcentajes e intervalos de confianza del 95% (IC95%). El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** El 58.5% (72; IC95%: 49.7–66.9) presentó riesgo alto. El 48.0% (59) tenía entre 55 y 59 años. Se registró obesidad en el 55.3% (68; IC95%: 46.5–63.8) e hipertensión en el 56.9% (70; IC95%: 48.1–65.3). El 50.4% (62) refirió ronquido frecuente, el 82.1% (101) somnolencia diurna frecuente o constante y el 80.5% (99) sueño no reparador. El 69.9% (86) no realizaba actividad física. **Discusión:** Más de la mitad de las participantes presentó riesgo alto de apnea obstructiva del sueño según STOP-BANG. También se observó elevada frecuencia de obesidad, hipertensión y síntomas relacionados con el sueño.

TL 23. VULNERABILIDAD SOCIAL Y MORBILIDAD OBSTÉTRICA EN GESTANTES ADOLESCENTES. Ana Elizzabeth Medina Rodríguez[1]. [1]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Caracterizar la vulnerabilidad social de gestantes adolescentes permite identificar necesidades sociales y obstétricas. **Objetivo:** Caracterizar las condiciones sociales, reproductivas y la morbilidad obstétrica de gestantes adolescentes atendidas en el Hospital General de El Progreso, Yoro. **Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de 93 expedientes de gestantes adolescentes entre enero y junio de 2022, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico. La vulnerabilidad social se caracterizó mediante variables de educación sexual familiar, escolaridad, ingreso económico, uso de anticoncepción y atención prenatal, sin construir un índice compuesto. Se clasificó como pobreza un ingreso diario entre US$1 y US$11.

La morbilidad obstétrica comprendió las complicaciones registradas, analizadas como categorías no excluyentes. Se calcularon frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** La edad media fue de 16.0±1.6 años y el 69.9% (65) eran primigestas. El embarazo no había sido deseado en el 71.0% (66). El 87.1% (81) carecía de educación sexual familiar, el 78.5% (73) fue clasificado en condición de pobreza y el 43.0% (40) era analfabeta o no había completado la educación primaria. El 55.9% (52) inició relaciones sexuales a los 14 años o antes y el 58.1% (54) no utilizó anticoncepción durante la primera relación sexual. El 32.3% (30) no recibió atención prenatal; entre quienes asistieron, el inicio ocurrió a las 20.1±11.0 semanas. Se documentaron infección urinaria en el 57.0% (53), vaginosis en el 41.9% (39), amenaza de parto pretérmino en el 36.6% (34), amenaza de aborto en el 22.6% (21), ruptura prematura de membranas en el 7.5% (7) y preeclampsia en el 2.2% (2). **Discusión:** Las gestantes estudiadas presentaron coexistencia de embarazo no deseado, desventajas educativas y económicas, baja utilización inicial de anticoncepción y morbilidad obstétrica frecuente.

TL 24. FACTORES EDUCATIVOS Y ANTICONCEPTIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO NO PLANIFICADO EN ADOLESCENTES. Nicolle Alejandra Zepeda Lazo[1]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras.

Introducción: El embarazo no planificado durante la adolescencia puede reflejar barreras educativas, anticonceptivas y de acceso a información. Reconocerlas desde atención primaria permite identificar puntos concretos de intervención. **Objetivo:** Evaluar factores educativos y anticonceptivos asociados con la planificación del embarazo en adolescentes gestantes atendidas en Jesús de Otoro. **Métodos:** Estudio observacional, transversal analítico en 103 adolescentes embarazadas de 10–19 años atendidas en el Centro Integral de Salud Camilo Girón entre noviembre de 2025 y abril de 2026, seleccionadas por conveniencia. Mediante cuestionario estructurado se evaluaron escolaridad, asistencia educativa, información, prácticas anticonceptivas y planificación del embarazo. Se utilizó la prueba exacta de Fisher y se estimaron odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC95%). El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** El 61.2% (63) indicó que el embarazo no fue planificado y el 50.5% (52) tenía entre 14 y 16 años. Las mayores odds de embarazo no planificado se observaron en quienes no habían recibido información sobre planificación familiar (OR=7.00; IC95%: 2.22–22.06; p<0.001). También fueron mayores entre quienes no asistían a una institución educativa (OR=4.12; IC95%: 1.55–10.99; p=0.007), desconocían dónde obtener anticonceptivos (OR=3.22; IC95%: 1.31–7.91; p=0.012), tenían educación primaria o ninguna escolaridad frente a secundaria (OR=2.71; IC95%: 1.18–6.22; p=0.022) y no utilizaron anticonceptivos en su primera relación sexual (OR=2.44; IC95%: 1.07–5.57; p=0.043). **Discusión:** La ausencia de información sobre planificación familiar mostró la asociación de mayor magnitud, acompañada por desvinculación educativa, menor escolaridad y barreras de acceso y uso anticonceptivo. Los hallazgos delimitan un perfil útil para orientar consejería y vinculación educativa desde atención primaria.

TL 25. AUTOMEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y NIVELES TENSIONALES EN ADULTOS UNIVERSITARIOS. Isis Martínez Jaco[1], Estefany Espinal[1], Ana Isabel Barrientos[1], Rennie Michelle Medina Martínez[1]. [1]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La automedición de la presión arterial y las características de quienes la practican han sido poco descritas en adultos jóvenes y comunidades universitarias de Honduras. **Objetivo:** Describir las prácticas de automedición de la presión arterial y los niveles tensionales observados según su realización en adultos de una comunidad universitaria hondureña. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo transversal en una muestra oportunista de 1164 adultos de 18 años o más, pertenecientes a la comunidad de la Universidad Católica de Honduras, Campus San Pedro y San Pablo, evaluados durante mayo de 2025 como parte de las actividades de May Measurement Month. Mediante la ficha estandarizada del programa se recopilaron antecedentes de hipertensión, nivel educativo y práctica de automedición. La presión arterial se obtuvo en reposo con un dispositivo validado y se utilizó el promedio de la segunda y tercera medición. Los resultados se resumieron mediante frecuencias y diferencias de medias. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** Aproximadamente el 33.3% (388) refirió practicar automedición de la presión arterial. En términos descriptivos, quienes la realizaban presentaron valores promedio de presión arterial sistólica y diastólica 11 y 4 mmHg menores, respectivamente, que quienes no la practicaban. La auto medición fue más frecuente entre participantes con diagnóstico previo de hipertensión y mayor nivel educativo. **Discusión:** La auto medición fue utilizada por una minoría de la población evaluada y se observó principalmente entre personas con diagnóstico previo de hipertensión y mayor escolaridad. Las diferencias tensionales identificadas describen patrones entre los grupos, pero no permiten atribuir a la autoedición un efecto sobre la presión arterial debido al diseño transversal y a la ausencia de control de factores de confusión.

TL 26. FENOTIPOS DE PRESIÓN ARTERIAL SEGÚN EDAD Y OBESIDAD ABDOMINAL EN ADULTOS. Rennie Michelle Medina[1], Ana Isabel Barrientos[1] Scarleth Samantha Gómez Osorio.[1] [1]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La distribución de los fenotipos tensionales según edad y adiposidad central puede orientar estrategias de tamizaje en población adulta. **Objetivo:** Comparar la

distribución de las categorías de presión arterial según edad y obesidad abdominal en adultos evaluados mediante un tamizaje universitario. **Métodos:** Estudio observacional, transversal analítico basado en datos recopilados en marzo de 2025 mediante el protocolo May Measurement Month en la Universidad Católica de Honduras, Campus San Pedro y San Pablo. Se incluyeron 1.164 adultos de 18 años o más mediante muestreo oportunista. Se efectuaron tres mediciones de presión arterial y se utilizó el promedio de la segunda y la tercera. Los fenotipos se definieron, según criterios ACC/AHA, como normotensión, presión elevada, hipertensión en estadio I e hipertensión en estadio II. La obesidad abdominal se clasificó mediante puntos de corte de circunferencia de cintura específicos por sexo. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** El 41.9% (488) presentó normotensión, el 11.3% (131) presión elevada, el 35.3% (411) hipertensión en estadio I y el 11.5% (134) hipertensión en estadio II. En conjunto, el 46.8% (545) cumplió criterios de hipertensión. El estadio II aumentó con la edad (p<0.001). La distribución de fenotipos difirió según obesidad abdominal (p=0.024), pero esta no se relacionó significativamente con el estadio II (OR=1.23; IC95%: 0.84–1.82; p=0.304). **Discusión:** Casi la mitad de los participantes cumplió criterios tensionales de hipertensión y el estadio II aumentó progresivamente con la edad. La obesidad abdominal no identificó por sí sola a quienes presentaban mayor compromiso tensional, lo que respalda medir directamente la presión arterial incluso en adultos jóvenes sin adiposidad central.

TL 27. PERFIL CLÍNICO Y CLASE FUNCIONAL DE ADULTOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA. Nelson Omar Fúnez Herrera[1], Abel Ortega[2]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Caracterizar la insuficiencia cardíaca en hospitales con recursos diagnósticos limitados permite reconocer las principales necesidades de atención y seguimiento. **Objetivo:** Describir las características demográficas, comorbilidades, manifestaciones clínicas y clase funcional de adultos con diagnóstico registrado de insuficiencia cardíaca atendidos en el Hospital Básico de Tela. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo retrospectivo mediante revisión de 100 expedientes disponibles de pacientes de 18 años o más, atendidos entre julio de 2024 y junio de 2025, con diagnóstico de insuficiencia cardíaca consignado en el expediente y clasificación funcional de la New York Heart Association (NYHA) registrada. No fueron elegibles los expedientes duplicados o sin información suficiente para determinar las variables principales. Se recopilaron características demográficas, comorbilidades y manifestaciones clínicas. No se dispuso de criterios diagnósticos uniformes ni de fracción de eyección para clasificar el fenotipo de insuficiencia cardíaca. Se calcularon frecuencias y porcentajes. El estudio contó con aval institucional y aprobación del comité institucional local de la institución participante. **Resultados:** De los 100 expedientes, el 51% (51) correspondió a mujeres y el 81% (81) a personas mayores de 50 años. La hipertensión constaba en el 100% (100) y la diabetes mellitus en el 54% (54). Según NYHA, el 39% (39) estaba en clase I, el 27% (27) en clase II, el 19% (19) en clase III y el 15% (15) en clase IV. En conjunto, el 34% (34) correspondió a las clases III–IV. Las manifestaciones principales fueron fatiga o cansancio en el 95% (95), algún grado de disnea en el 94% (94) y edema periférico o abdominal en el 88% (88). **Discusión:** La población estuvo conformada principalmente por adultos mayores de 50 años con elevada frecuencia de síntomas y comorbilidad cardiovascular. Aproximadamente un tercio presentaba limitación funcional NYHA III–IV. La hipertensión fue registrada en todos los expedientes, por lo que constituye una característica de esta serie hospitalaria y no una estimación extrapolable a otros pacientes con insuficiencia cardíaca.

TL 28. INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISIS: CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-MICROBIOLÓGICA. Vanessa Alejandra Rápalo Luna[1], Amalia Susana Murillo Castro[2], Camilo Juárez Umaña[1]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Las infecciones asociadas al catéter venoso central (CVC) complican la hemodiálisis por su impacto clínico y el riesgo de resistencia antimicrobiana. **Objetivo:** Caracterizar las manifestaciones clínicas, los hallazgos microbiológicos y los patrones de resistencia de estas infecciones. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo retrospectivo mediante revisión de 100 expedientes de adultos en hemodiálisis atendidos en el Hospital Mario Catarino Rivas entre octubre de 2025 y marzo de 2026. Según la evidencia documentada, los casos se agruparon en: diagnóstico clínico sin aislamiento microbiológico; diagnóstico clínico con hallazgos paraclínicos o hemocultivo periférico positivo, sin aislamiento en muestra del CVC; y aislamiento microbiológico en hemocultivo obtenido del CVC. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** La edad media fue de 53.1±15.0 años. El 57% (57) eran mujeres y el 65% (65) recibió atención ambulatoria. Se registraron casos clínicos sin aislamiento en el 28% (28), hallazgos paraclínicos o hemocultivo periférico positivo en el 22% (22) y aislamiento en una muestra del catéter venoso central (CVC) en el 50% (50). El 92% (92) presentó fiebre, el 32% (32) escalofríos y el 16% (16) secreción purulenta. El 30% (30) contó con hemocultivos simultáneos y el 18% (18) no tuvo cultivo. Entre los 50 aislamientos, predominaron *S. aureus* en el 42% (21), *K. pneumoniae* en el 22% (11) y otros estafilococos en el 22% (11). Se registró multirresistencia en el 28% (14) de los 50 aislamientos y resistencia a meticilina en el 46.9% (15) de los 32 estafilococos. **Discusión:** La mitad de los casos presentó aislamiento en una muestra del CVC, pero solo el 30% (30) contó con cultivos pareados, lo que limitó atribuir el

catéter como fuente definitiva. El predominio de *S. aureus* y la resistencia a meticilina respaldan fortalecer la toma simultánea de cultivos y orientar el tratamiento según la susceptibilidad antimicrobiana.

TL 29. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR. Gabriela Sofía Pinto Lanza[1], Jennifer Kathel Paz López[2], Magno Saavedra Hernández[3]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Hospital General Atlántida, Departamento de Emergencia, La Ceiba, Atlántida, Honduras. [3]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El pronóstico del accidente cerebrovascular depende del reconocimiento temprano, la llegada hospitalaria y el acceso oportuno a neuroimagen y tratamiento. **Objetivo:** Describir las características clínicas, los factores de riesgo y la oportunidad de atención de pacientes con Accidente Cerebrovascular (ACV) atendidos en el Hospital General Atlántida. **Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, retrospectivo mediante revisión de 104 expedientes de pacientes de 20 años o más con ACV isquémico o hemorrágico, atendidos entre abril de 2024 y abril de 2026. Se analizaron características demográficas, factores de riesgo, tipo y severidad del ACV, manifestaciones clínicas, tiempo desde el inicio de los síntomas y acceso a neuroimagen. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** De los 104 pacientes, el 52.9% (55) eran hombres y la edad media fue de 66 años. El ACV isquémico representó el 82.7% (86). Se registró hipertensión en el 95.2% (99), diabetes en el 30.8% (32), déficit motor en el 90.4% (94) y trastorno del lenguaje en el 58.7% (61). El 66.3% (69) presentó déficit moderado. La mediana del tiempo hasta la llegada fue de 5 horas. El 35.6% (37) llegó dentro de las primeras 4.5 horas, el 49.0% (51) después y en el 15.4% (16) esta clasificación no aplicaba. Respecto al total de 104 pacientes, el 9.6% (10) recibió neuroimagen dentro de las primeras 4.5 horas, el 57.7% (60) después y el 32.7% (34) no tuvo un estudio documentado. **Discusión:** Aunque uno de cada tres pacientes llegó dentro de la ventana terapéutica, menos de uno de cada diez recibió neuroimagen durante ese intervalo. La brecha observada continuó después del ingreso, limitando la confirmación oportuna del diagnóstico y la valoración de terapias de reperfusión.

TL 30. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE INFECCIONES DEL ACCESO VASCULAR PARA HEMODIÁLISIS. Aly Alberto Acosta Flores[1], Manuel Barahona[2]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Caracterizar las infecciones del acceso vascular permite reconocer las condiciones clínicas y microbiológicas presentes en los pacientes afectados. **Objetivo:** Describir las características demográficas, clínicas, vasculares, microbiológicas y de laboratorio de pacientes con infección del acceso vascular para hemodiálisis. **Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo retrospectivo mediante revisión de 90 expedientes de adultos con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis y con infección del acceso vascular, atendidos en el Hospital Mario Catarino Rivas entre enero de 2024 y enero de 2025. Se calcularon frecuencias y porcentajes. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** De los 90 pacientes, el 51.1% (46) tenía entre 51 y 70 años y el 54.4% (49) eran hombres. El 53.3% (48) presentó hipertensión y diabetes, y el 26.7% (24) diabetes sin hipertensión. El 87.8% (79) llevaba al menos un año en hemodiálisis. El acceso vascular fue catéter tunelizado en el 90.0% (81), fístula en el 6.7% (6) e injerto en el 3.3% (3). Entre los 81 catéteres, el 50.6% (41) era femoral. El acceso tenía al menos seis meses en el 84.4% (76). Se realizó hemocultivo al 97.8% (88). Entre los 88 pacientes con hemocultivo, se identificó *S. aureus* en el 56.8% (50), *S. epidermidis* en el 11.4% (10) y *P. aeruginosa* en el 6.8% (6). Se registraron leucocitosis y anemia en el 54.4% (49), y además hipoalbuminemia en el 42.2% (38).**Discusión:** Entre los pacientes con infección predominaron el uso prolongado de catéteres tunelizados, la localización femoral y el aislamiento de *S. aureus*. Al incluir únicamente casos infectados, el estudio no permite estimar riesgo ni establecer asociaciones causales.

TL 31. PERFIL CLÍNICO, ESTADIFICACIÓN Y COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. Mónica Virginia Milla Benítez[1], Catherine Nicolle Rodríguez[1], Olman Gradis[2]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus Sagrado Corazón de Jesús, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) representa una causa importante de morbilidad y demanda de atención especializada. Su caracterización clínica permite reconocer las necesidades asistenciales de la población atendida en contextos hospitalarios locales. **Objetivo:** Describir las características clínicas, estadificación, tratamiento y complicaciones de pacientes con ERC atendidos en el Hospital Básico San Marcos, Ocotepeque. **Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional retrospectivo, basado en la revisión de 110 expedientes clínicos correspondientes al período de enero de 2022 a diciembre de 2024. Se analizaron características sociodemográficas, comorbilidades, estadio KDIGO, resultados de laboratorio, tratamiento y complicaciones mediante frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y dispersión. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** La edad media fue de 59.6 años (DE: 13.8; rango: 21–86) y el 50.9% (56) eran hombres. El 70.0% (77) procedía de Ocotepeque. Entre los 108 registros con información disponible, el 93.5% (101) presentó hipertensión y el 47.2% (51) diabetes. De los 110 pacientes, el

60.0% (66) se clasificó en estadio G5 y el 11.8% (13) en G4. La mediana de filtración glomerular fue de 12.0 mL/min/1.73 m² (RIC: 5.7–34.5) y la de creatinina de 4.4 mg/dL (RIC: 2.0–9.0). Entre los 108 pacientes con información sobre tratamiento, el 53.7% (58) recibía hemodiálisis. El 87.3% (96) presentó complicaciones: hematológicas en el 64.5% (71), cardiovasculares en el 43.6% (48) y metabólicas o endocrinas en el 42.7% (47). **Discusión:** La población estudiada presentó una elevada carga de hipertensión y diabetes, con predominio de ERC avanzada y frecuente presencia de complicaciones.

TL 32. PERFIL CLÍNICO, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DE HIPERTENSOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR. Bessy Carolina Martínez Santos[1], Nadia Isabel Romero[2]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La hipertensión arterial constituye una comorbilidad relevante que incrementa el riesgo cardiovascular y condiciona el manejo clínico. **Objetivo:** Describir las características clínicas, los métodos diagnósticos, el tratamiento y las complicaciones documentadas en pacientes hipertensos con fibrilación auricular atendidos en el Hospital de Puerto Cortés. **Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional retrospectivo mediante revisión de 70 expedientes seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** Predominaron los hombres, con el 75.7% (53), y la procedencia urbana, con el 58.6% (41). La presión arterial estaba controlada en el 50.0% (35), no controlada en el 17.1% (12) y sin información en el 32.9% (23). El electrocardiograma fue el método principal en el 90.0% (63). El tipo de fibrilación no se especificó en el 98.6% (69). El 54.3% (38) presentó dolor torácico, el 42.9% (30) disnea, el 28.6% (20) palpitaciones y el 20.0% (14) síncope. El 51.4% (36) recibía anticoagulantes directos y el 4.3% (3) warfarina; el 44.3% (31) no tenía anticoagulante especificado. Se registraron betabloqueadores en el 48.6% (34), insuficiencia cardíaca en el 52.9% (37) y ACV en el 22.9% (16). **Discusión:** Los pacientes estudiados fueron predominantemente hombres y sintomáticos. El electrocardiograma fue el principal método diagnóstico documentado y los anticoagulantes orales directos, el tratamiento anticoagulante más registrado. La insuficiencia cardíaca fue la complicación más frecuente. La ausencia de especificación del tipo de fibrilación auricular en casi todos los expedientes limitó la caracterización clínica e identificó una oportunidad para mejorar la calidad del registro asistencial.

TL 33. COINFECCIÓN POR HISTOPLASMOSIS DISEMINADA Y TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR PEDIÁTRICA: REPORTE DE CASO. César Alas-Pineda[1], Marvin J. Menjivar-Vallecillo[2], Sendy Ruiz-Zaldivar[2], Luis Romero Reyes[3]. [1]Dartmouth College, Geisel School of Medicine, Quantitative Biomedical Sciences Doctoral Program, Hanover, Estados Unidos. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina, Campus San Pedro y San Pablo , San Pedro Sula, Honduras. [3]Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Departamento de Infectología, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La coinfección por Histoplasma capsulatum y Mycobacterium tuberculosis es extremadamente infrecuente en pacientes pediátricos inmunocompetentes. Ambos patógenos comparten características clínicas y mecanismos intracelulares, complicando el diagnóstico en zonas endémicas como Honduras. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 9 años, previamente sano y sin exposición epidemiológica evidente, ingresó por fiebre prolongada, pérdida de peso, linfoadenopatía generalizada y distensión abdominal. Presentó deterioro hemodinámico, falla multiorgánica y crisis convulsivas. La tomografía demostró infiltrados pulmonares, derrame pleural y lesiones cerebrales parenquimatosas. La inmunocompetencia se sustentó en una biopsia ganglionar con linfadenitis granulomatosa no caseificante y un aspirado de médula ósea sin blastos. Tinciones de Grocott/Giemsa y el antígeno urinario confirmaron histoplasmosis diseminada. Paralelamente, se diagnosticó tuberculosis extrapulmonar probable por histopatología y prueba TB-LAM urinaria positiva, sin confirmación por baciloscopia, cultivo o Xpert MTB/RIF. Recibió inducción con anfotericina B deoxicolato (seguida de itraconazol) y esquema antituberculoso. El uso de esteroides IV un año atrás favoreció la diseminación, mientras que la dexametasona IV intrahospitalaria fue clave para controlar el edema cerebral agudo. Se obtuvo el consentimiento informado del paciente o de su representante legal, según correspondía. **Conclusión:** La coinfección fúngico-micobacteriana en niños representa un reto diagnóstico. La sospecha temprana en áreas endémicas, el empleo de histopatología y biomarcadores rápidos, y el tratamiento dirigido simultáneo son determinantes para un pronóstico favorable.

TL 34. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y LETALIDAD DE INTOXICACIONES POR PLAGUICIDAS. Nassly Maria Catocho Vasquez[1], Emma Amalia Tejeda Sanchez[2], Roberto Antonio Recino Beltran.[3] [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez, Departamento de Medicina Interna, Gracias Lempira, Honduras.[3] Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Las intoxicaciones por plaguicidas causan morbilidad y mortalidad prevenibles. **Objetivo:** Caracterizar el perfil epidemiológico, clínico y toxicológico, así como los desenlaces de pacientes con intoxicación por plaguicidas atendidos en el Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez. **Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo retrospectivo, mediante revisión de 200 expedientes seleccionados por conveniencia entre enero de 2023 y octubre de 2025. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** De los 200 pacientes, el 73.0% (146) eran hombres, el 45.0% (90) tenía entre 25 y 60 años y el 44.5% (89) se dedicaba a la agricultura. Entre los 199 registros con intencionalidad documentada, el 81.4% (162) correspondió a exposiciones voluntarias. La vía oral se registró en el 97.0% (194). Los principales agentes fueron organofosforados en el 33.0% (66), bipiridilos en el 28.0% (56), piretroides en el 18.0% (36) y fosfuro de aluminio en el 10.5% (21). Se registraron vómitos en el 73.5% (147), dolor abdominal en el 68.0% (136), diaforesis en el 28.5% (57), sialorrea en el 20.5% (41) y alteración de la consciencia en el 18.5% (37). El 40.0% (80) estaba bajo los efectos del alcohol. Falleció el 20.0% (40). La letalidad fue del 57.1% (12) entre los 21 pacientes expuestos a fosfuro de aluminio, del 30.4% (17) entre los 56 expuestos a bipiridilos y del 12.1% (8) entre los 66 expuestos a organofosforados. **Discusión:** Las intoxicaciones afectaron principalmente a hombres vinculados con la agricultura y fueron predominantemente intencionales y por vía oral. El fosfuro de aluminio y los bipiridilos presentaron la mayor letalidad. Los hallazgos señalan la necesidad de fortalecer la prevención de conductas suicidas, el control del acceso a plaguicidas altamente peligrosos y la atención toxicológica temprana.

TL 35. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EXACERBACIONES Y DESENCADENANTES DEL ASMA BRONQUIAL INFANTIL. Eberth Antonio Caballero Caballero[1], Ángela Perdomo Molina[2]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras.[2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El asma infantil genera exacerbaciones condicionadas por factores clínicos y ambientales, cuya caracterización local permite orientar medidas preventivas. **Objetivo:** Caracterizar el perfil clínico, las exacerbaciones, los factores desencadenantes y las medidas preventivas del asma bronquial en niños de 5 a 12 años atendidos en el Centro Integral de Salud de San Nicolás, Santa Bárbara. **Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo transversal realizado entre abril y octubre de 2025. Se incluyeron por conveniencia 100 niños con diagnóstico de asma. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** De los 100 niños, el 51% (51) eran varones, el 56% (56) tenía entre 7 y 9 años y el 72% (72) recibió el diagnóstico antes de los ocho años. El 67% (67) presentó sibilancias, el 66% (66) tos seca persistente y el 54% (54) tos nocturna. El 51% (51) había sido hospitalizado y el 60% (60) acudió a emergencias durante el último año. El 16% (16) refirió crisis graves y el 79% (79) crisis estacionales. Las principales exposiciones fueron leña o carbón en el 65% (65), humo de cigarrillo en el 52% (52), mascotas en el 54% (54), polvo en el 62% (62) y humedad o moho en el 44% (44). Aunque el 89% (89) asistía a controles, solo el 31% (31) disponía habitualmente de un plan escrito y el 43% (43) practicaba habitualmente la técnica inhalatoria. **Discusión:** Las exacerbaciones y la exposición a desencadenantes domésticos fueron frecuentes. Los hallazgos evidencian oportunidades para fortalecer la reducción de exposiciones, la técnica inhalatoria y los planes de acción escritos en el cuidado del asma infantil.

TL 36. CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA EN ADULTOS CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA E INMUNOSUPRESIÓN AVANZADA. Scarleth Alejandra Castellanos Henríquez[1], Abel Ortega Rodríguez[2], Emilio Barrueto Saavedra[3]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras. [3] Hospital Mario Catarino Rivas, Departamento de Infectología, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La detección temprana de la criptococosis meníngea puede reducir complicaciones neurológicas y mortalidad. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de criptococosis meníngea confirmada y caracterizar los casos en adultos con VIH y recuento CD4 ≤200 células/µl atendidos en el Hospital Mario Catarino Rivas. **Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional retrospectivo mediante revisión de registros de 102 pacientes adultos vinculados al Servicio de Atención Integral entre abril de 2025 y marzo de 2026, seleccionados por conveniencia. Se analizaron características sociodemográficas, recuento CD4, condición respecto al tratamiento antirretroviral, resultados de antígeno criptocócico sérico y en líquido cefalorraquídeo (LCR), y condición vital mediante frecuencias y porcentajes. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** De los 102 pacientes, el 68.6% (70) eran hombres y el 80.4% (82) presentó CD4 <100 células/µL. El antígeno criptocócico sérico fue positivo en el 46.1% (47), negativo en el 50.0% (51) y no se realizó en el 3.9% (4). El antígeno en LCR fue positivo en el 12.7% (13), negativo en el 64.7% (66) y no se realizó en el 22.5% (23). Entre los 13 casos confirmados, el 84.6% (11) eran hombres, el 46.2% (6) tenía entre 31 y 40 años y el 92.3% (12) presentó CD4 <100

células/µL. El 61.5% (8) tenía diagnóstico reciente de VIH y el 30.8% (4) había abandonado el tratamiento. Falleció el 30.8% (4) de los 13 casos confirmados. **Discusión:** La criptococosis meníngea se confirmó en aproximadamente uno de cada ocho pacientes estudiados y se concentró en personas con inmunosupresión avanzada. La elevada letalidad respalda el fortalecimiento del tamizaje y diagnóstico oportuno. Debido al muestreo por conveniencia y a la ausencia de evaluación de LCR en todos los participantes, los resultados no constituyen una estimación poblacional de incidencia.

TL 37. HALLAZGOS ESPIROMÉTRICOS EN ADULTOS CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS. Vilma Alejandra Gudiel Corleto[1], Armando Palomo Elvir[2]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La espirometría facilita la evaluación de síntomas respiratorios. **Objetivo:** Describir los hallazgos espirométricos, los síntomas respiratorios y las exposiciones ambientales de adultos atendidos en el Centro Integral de Salud San Manuel, Cortés. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo transversal realizado entre noviembre de 2025 y mayo de 2026. Se incluyeron por conveniencia 102 adultos con síntomas respiratorios. Las maniobras se realizaron conforme a los criterios de aceptabilidad y reproducibilidad ATS/ERS 2019. Los valores predichos del Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo (FEV1) y Capacidad Vital Forzada (FVC) se calcularon mediante las ecuaciones de referencia multiétnicas Global Lung Function Initiative 2012 (GLI-2012), ajustadas por edad, sexo y talla. Se definió obstrucción como FEV1/FVC <0.70; posible restricción como FVC <80% del valor predicho con FEV1/FVC conservada; y alteración mixta como la coexistencia de FEV1/FVC <0.70 y FVC <80%. Para exposición al polvo, disnea y tos seca matutina se dispuso de 101 respuestas válidas por un dato faltante; las demás variables tuvieron 102 registros. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** Se identificaron hallazgos anormales en el 71.6% (73; IC95%: 62.2–79.4) de los 102 participantes: obstrucción en el 45.1% (46), posible restricción en el 17.6% (18) y alteración mixta en el 8.8% (9). El 28.4% (29) tuvo resultados normales. El 66.7% (68) eran mujeres, el 48.0% (49) tenía 60 años o más y el 65.7% (67) procedía del área rural. Entre los 101 participantes con información disponible, el 75.2% (76) reportó exposición al polvo, el 62.4% (63) presentó disnea y el 58.4% (59) tos seca matutina. Respecto al total de 102 participantes, el 58.8% (60) reportó exposición al humo intradomiciliario y el 49.0% (50) presentó tos crónica. **Discusión:** Siete de cada diez adultos sintomáticos presentaron hallazgos espirométricos anormales, principalmente obstructivos. Los resultados compatibles con restricción o alteración mixta requieren confirmación mediante medición de volúmenes pulmonares.

TL 38. HEMATOMAS ESPONTÁNEOS Y PROLONGACIÓN DEL TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA: REPORTE DE CASO. Nelson Menjívar Bandy[1], Rennie Michelle Medina Martínez[2], Katherine Laínez[3]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras. [3]Secretaria de Salud, Región Sanitaria de Cortes, Unidad Sanitaria de Atención Primaria en Salud Sinaí, San Pedro Sula, Cortés, Honduras.

Introducción: La integración de antecedentes familiares, manifestaciones clínicas y pruebas básicas de coagulación puede orientar la evaluación inicial, aunque no sustituye la confirmación etiológica. **Descripción del caso:** Paciente femenina de nueve años, procedente de una comunidad rural de Honduras, sin enfermedades crónicas conocidas, evaluada por hematomas espontáneos en abdomen y muslos y sangrado gingival leve. La madre refirió equimosis recurrentes desde la primera infancia y antecedentes paternos de hematomas inexplicados. Una semana antes había recibido ibuprofeno y ambroxol por una infección respiratoria. Se encontraba hemodinámicamente estable, sin traumatismo evidente, hepatoesplenomegalia ni edema articular. Presentaba equimosis y hematomas subcutáneos de 3–5 cm. La hemoglobina fue 12.5 g/dL, las plaquetas 265 000/mm³, el tiempo de protrombina 13.1 segundos, el INR 1.0 y el tiempo de tromboplastina parcial activada 42 segundos (referencia: 26–38). No se dispuso de prueba de mezcla ni determinaciones de los factores VIII, IX y XI o del factor de von Willebrand. Se suspendió el ibuprofeno y se indicó reposo y observación. Los hematomas desaparecieron durante las dos semanas siguientes y no hubo nuevas lesiones al mes. Se obtuvo el consentimiento informado de su representante legal. **Conclusión:** La mejoría espontánea no excluye un trastorno hemorrágico. La prolongación aislada del tiempo de tromboplastina parcial activada, el sangrado mucocutáneo recurrente y los antecedentes familiares justifican estudios especializados y referencia hematológica.

TL 39. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DESENLACES DE ADULTOS CON INFECCIÓN POR CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE. Jonathan Ignacio Jovel[1], Magno Saavedra Hernández[2], Luis Ernesto Samayoa[3]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras. [3]Sapiens Wisdom Research, Santiago, Chile.

Introducción: La infección por Clostridioides difficile (C. difficile) constituye una causa de diarrea asociada con la atención sanitaria, especialmente en pacientes hospitalizados expuestos a antibióticos y con comorbilidades. **Objetivo:** Describir las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y los desenlaces de adultos hospitalizados con diagnóstico registrado de infección por C. difficile en el Hospital Mario Catarino Rivas, 2025–2026. **Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó 112 expedientes de adultos hospitalizados

con diagnóstico de infección por C. difficile entre enero de 2025 y marzo de 2026. Según registros, 108 casos fueron clasificados como confirmados mediante laboratorio y cuatro mediante criterios clínicos. El estudio contó con el aval institucional de la institución sede. **Resultados:** El 50.9% (57) eran mujeres y el 49.1% (55) hombres. El 33.9% (38) tenía entre 51 y 70 años. Las salas de medicina concentraron el 59.8% (67) de los casos y en el 62.5% (70) el diagnóstico ocurrió entre el tercer y sexto día. Se registró uso previo de antibióticos en el 67.0% (75) y de inhibidores de la bomba de protones en el 84.8% (95). El 30.4% (34) presentó diabetes, el 20.5% (23) enfermedad renal crónica, el 87.5% (98) deshidratación, el 57.1% (64) fiebre, el 51.8% (58) dolor abdominal y el 46.4% (52) distensión. El antígeno GDH fue positivo en el 75.0% (84). El 83.9% (94) recibió vancomicina más metronidazol. Se documentaron recurrencias en el 5.4% (6), altas en el 81.3% (91) y muertes intrahospitalarias en el 18.8% (21). **Discusión:** La población presentó exposición frecuente a antibióticos e inhibidores de la bomba de protones, comorbilidad metabólica o renal y elevada mortalidad intrahospitalaria global. Las recurrencias corresponden únicamente a eventos documentados y no permiten estimar su incidencia sin una definición temporal y seguimiento uniforme.

TL 40. PRESIÓN ARTERIAL Y CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y CIGARRILLO ELECTRÓNICO EN ADULTOS JÓVENES. Estefany Espinal[1], Isis Martínez[1], Ana Barrientos[1], Rennie Michelle Medina Martínez[1]. [1]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras. **Introducción:** Caracterizar el consumo de alcohol, tabaco y cigarrillo electrónico permite reconocer perfiles que podrían beneficiarse de intervenciones preventivas. **Objetivo:** Describir los patrones de presión arterial según el consumo de alcohol, tabaco y cigarrillo electrónico en adultos jóvenes de una comunidad universitaria. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo transversal en 734 adultos de 18–30 años evaluados durante mayo de 2025 en la Universidad Católica de Honduras, Campus San Pedro y San Pablo. Se utilizó la ficha estandarizada de May Measurement Month para registrar características sociodemográficas, actividad física y consumo de sustancias. Se definió consumo semanal de alcohol como aquel ocurrido al menos una vez por semana y consumo actual de tabaco o cigarrillo electrónico como su uso durante los 30 días anteriores. La presión arterial se midió en reposo con equipo validado, siguiendo las recomendaciones de la American Heart Association. Se efectuaron tres mediciones consecutivas y se promediaron la segunda y la tercera. Se clasificó como hipertensión una presión sistólica ≥130 mmHg o diastólica ≥80 mmHg, conforme a las guías ACC/AHA. El estudio contó con el aval institucional la institución sede. **Resultados:** De los 734 participantes, el 34.6% (254) presentó hipertensión, con mayor frecuencia entre los hombres y quienes consumían alcohol semanalmente. Los fumadores y vapeadores registraron presiones sistólicas entre 4 y 7 mmHg mayores que los no usuarios. El 8.0% (59) reportó combinación de hábitos y presentó los valores medios más elevados (125/79 mmHg). La inactividad física coexistió con aproximadamente 5 mmHg adicionales de presión sistólica. **Discusión:** Las alteraciones tensionales fueron frecuentes antes de los 30 años y mostraron un patrón desfavorable ante la coexistencia de varios hábitos. Aunque no demuestra causalidad, este hallazgo cuestiona la percepción de bajo riesgo cardiovascular en adultos jóvenes.

TL 41. ACTIVIDAD FÍSICA, TABACO, ALCOHOL Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN ADULTOS. Astrid Hernández[1], Amy Pavón[1], Edmond Pereira[1], Rennie Michelle Medina Martínez[1]. [1]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La actividad física, el consumo de tabaco y la ingesta de alcohol forman parte de los estilos de vida que pueden coexistir con manifestaciones somáticas. Su caracterización en atención primaria puede contribuir a reconocer necesidades de promoción de la salud y orientar evaluaciones clínicas integrales. **Objetivo:** Describir la actividad física semanal, el consumo de tabaco y alcohol y la carga de síntomas somáticos en adultos atendidos en el Dispensario San Vicente de Paúl. **Métodos:** Estudio observacional, transversal descriptivo en 160 adultos. Mediante un cuestionario estructurado se recopilaron características sociodemográficas, percepción general de salud, actividad física semanal y consumo de tabaco y alcohol. La carga de síntomas somáticos se evaluó mediante el Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8). La consistencia interna obtenida en la población estudiada fue aceptable (alfa de Cronbach=0.748). Los resultados se resumieron mediante frecuencias, porcentajes y medidas descriptivas. El estudio contó con el aval institucional de la institución sede. **Resultados:** El 60.0% (96) de los 160 participantes calificó su salud como regular o mala. La información analizada no mostró un patrón estadístico concluyente entre la actividad física, el consumo de tabaco o alcohol y la severidad del SSS-8. **Discusión:** La población estudiada presentó coexistencia de actividad física limitada, percepción desfavorable de salud y síntomas somáticos, principalmente dolor de espalda, fatiga y cefalea. No se demostró una asociación estadística entre los hábitos evaluados y la carga somática. Los hallazgos deben interpretarse como una caracterización descriptiva y no como evidencia de efecto protector o causalidad.

TL 42. MEDICINA TRADICIONAL COMPLEMENTARIA EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. Nery Yessenia Mártir López[1], Marlen Gessenia Romero Jaime[1], Aleyda Patricia Tejeda Rodríguez[2]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Caracterizar el uso de medicina tradicional puede contribuir a una atención clínica más segura y culturalmente pertinente. **Objetivo:** Describir la frecuencia, modalidades y motivos del uso de medicina tradicional como complemento del tratamiento farmacológico en adultos con DM2 atendidos en el Hospital Dr. Salvador Paredes. **Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo transversal realizado entre noviembre de 2024 y noviembre de 2025. Se entrevistaron 100 pacientes adultos con DM2 y tratamiento farmacológico, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se analizaron características sociodemográficas, frecuencia y duración del uso, productos empleados, fuentes de recomendación, motivaciones y comunicación con el médico mediante frecuencias, porcentajes, mediana y rango intercuartílico (RIC). El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** La mediana de edad fue de 59 años (RIC: 51.8–68.0) y el 52.0% (52) eran mujeres. El 96.0% (96) de los 100 pacientes utilizaba medicina tradicional. Entre los 95 con frecuencia registrada, el 54.7% (52) reportó uso ocasional, el 42.1% (40) diario y el 3.2% (3) semanal. Entre los 96 usuarios, predominaron los extractos o cocimientos en el 63.5% (61) y las mezclas caseras en el 22.9% (22). El 31.3% (30) mencionó canela. Las recomendaciones provinieron de amigos en el 39.6% (38) y de familiares en el 34.4% (33). El motivo principal fue mejorar el control de la enfermedad en el 57.3% (55). El 12.5% (12) comunicó esta práctica a su médico. **Discusión:** El uso complementario de medicina tradicional fue frecuente y estuvo influido principalmente por el entorno social y la percepción de beneficio. La escasa comunicación con el médico evidencia la necesidad de preguntar sistemáticamente sobre estas prácticas durante la consulta. El diseño no permite determinar su eficacia, seguridad ni efecto sobre el control glucémico.

TL 43. ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. Marvin Samuel Gavarrete Contreras[1], Amanda Beatriz Irias Lemus[1], Dora Marina Peñalva Matute[2]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La falta de adherencia farmacológica limita el control de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Identificar conductas de incumplimiento permite orientar intervenciones específicas. **Objetivo:** Caracterizar la adherencia farmacológica y las conductas relacionadas con el cumplimiento terapéutico en adultos con DM2 atendidos en el Hospital San Isidro, Tocoa, Colón. **Métodos:** Estudio observacional, transversal descriptivo realizado en 141 adultos con DM2 atendidos entre noviembre de 2024 y enero de 2025, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron adultos con diagnóstico de DM2 atendidos durante el periodo de estudio y se excluyeron participantes sin información suficiente para evaluar las variables principales. La adherencia se evaluó mediante el test de Morisky-Green-Levine de cuatro ítems. Se asignó un punto por cada respuesta indicativa de incumplimiento y se clasificó como alta (0 puntos), media (1–2) o baja (3–4). Se registraron características sociodemográficas y complicaciones relacionadas con la DM2. Se calcularon frecuencias y porcentajes. El estudio contó con el aval institucional de la institución sede. **Resultados:** La adherencia fue evaluable en 140 participantes: el 10.0% (14) presentó adherencia alta, el 70.0% (98) media y el 20.0% (28) baja. De los 141 participantes, el 78.0% (110) refirió olvidar la medicación, el 42.6% (60) no tomarla en el horario indicado, el 27.0% (38) suspenderla al sentirse bien y el 22.7% (32) interrumpirla ante malestar. Las principales complicaciones fueron neuropatía en el 19.9% (28), nefropatía en el 16.3% (23) y pie diabético en el 10.6% (15). El 67.4% (95) eran mujeres y el 80.1% (113) procedía del área urbana. **Discusión:** Solo uno de cada diez participantes presentó adherencia alta y el olvido fue la conducta de incumplimiento más frecuente. Los resultados evidencian oportunidades para fortalecer la educación y el seguimiento terapéutico.

TL 44. PERFILES CLÍNICOS DEL SÍNDROME METABÓLICO EN ATENCIÓN PRIMARIA. Nelson Menjívar Bandy[1], María José Marchena Bandes[2], Rennie Michelle Medina Martínez[2]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El diagnóstico convencional del síndrome metabólico confirma la coexistencia de factores de riesgo, pero no refleja cuál domina su expresión clínica. Reconocer perfiles predominantes podría revelar patrones locales útiles para orientar la priorización del abordaje cardiometabólico en atención primaria. **Objetivo:** Caracterizar los componentes del síndrome metabólico y explorar la arquitectura de sus perfiles clínicos predominantes en adultos atendidos en una unidad de atención primaria hondureña. **Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo transversal en 135 adultos de 18–65 años con al menos tres de los cinco criterios armonizados de síndrome metabólico, atendidos en la UAPS Sinaí, Villanueva, Cortés, entre abril y octubre de 2025. Se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia. Una lista de verificación clínica local clasificó el perfil predominante como obesidad-visceral, hipertensivo, insulinorresistente o dislipidémico. Se calcularon frecuencias y porcentajes. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** De los 135 participantes, el 58.5% (79) procedía del área rural y el 51.1% (69) eran mujeres. El 1.5% (2) de los registros no

consignó sexo. El 76.3% (103) presentó circunferencia abdominal elevada, el 74.8% (101) presión arterial ≥130/85 mmHg, el 63.0% (85) triglicéridos ≥150 mg/dL y el 60.0% (81) glucemia en ayunas ≥100 mg/dL. La clasificación exploratoria identificó un perfil obesidad-visceral en el 42.2% (57), hipertensivo en el 38.5% (52), insulinorresistente en el 10.4% (14) y dislipidémico en el 8.9% (12). Los perfiles obesidad-visceral e hipertensivo reunieron el 80.7% (109). **Discusión:** El síndrome metabólico mostró un patrón clínico caracterizado por la convergencia de adiposidad abdominal y elevación de la presión arterial.

TL 45. RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN ADULTOS JÓVENES CON ADIPOSIDAD CENTRAL Y ALTERACIONES LIPÍDICAS. Daniela Alejandra Madrid López[1], Leonardo Josué Ortega Reyes[1], Rennie Michelle Medina Martínez[2]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La glucemia normal puede coexistir con adiposidad y alteraciones lipídicas cardiometabólicas. **Objetivo:** Caracterizar la adiposidad y las alteraciones lipídicas en adultos jóvenes con glucemia en ayunas normal. **Métodos:** Estudio transversal descriptivo en 30 estudiantes de medicina atendidos en la Clínica San Lucas de la Universidad Católica de Honduras entre julio y agosto de 2026. Se evaluaron antropometría, cintura, glucemia en ayunas, triglicéridos, colesterol total, HDL y LDL. Según la Federación Internacional de Diabetes, se definió adiposidad central como cintura ≥90 cm en hombres o ≥80 cm en mujeres. Según NCEP ATP III/ AHA-NHLBI, se consideraron alterados los triglicéridos ≥150 mg/dL, HDL <40 mg/dL en hombres o <50 mg/dL en mujeres y LDL ≥130 mg/dL. El índice aterogénico se calculó como log10(triglicéridos/HDL), en mmol/L; fue elevado si resultó >0.21. El estudio contó con el aval institucional de la institución sede. **Resultados:** La edad media fue de 21.9±3.0 años y el 50.0% (15) eran mujeres. El 66.7% (20) presentó sobrepeso u obesidad y el 53.3% (16) adiposidad central. La mediana de glucemia fue de 86 mg/dL (RIC: 79.5–91.8); el 90.0% (27) mantuvo valores <100 mg/dL. El 50.0% (15) presentó alteración lipídica: HDL bajo en el 50.0% (15), hipertrigliceridemia en el 10.0% (3) y LDL elevado en el 3.3% (1). Entre los 27 participantes con glucemia normal, el 66.7% (18) presentó sobrepeso u obesidad, el 51.9% (14) adiposidad central, el 48.1% (13) alguna alteración lipídica y el 14.8% (4) índice aterogénico elevado. **Discusión:** Nueve de cada diez participantes conservaron glucemia normal, pero alrededor de la mitad presentó adiposidad central o alteraciones lipídicas. La glucemia aislada no reflejó un perfil adverso dominado por exceso de peso y HDL bajo, lo que respalda integrar la circunferencia abdominal y el perfil lipídico en la evaluación.

TL 46. FUERZA DE PRENSIÓN RELATIVA Y ADIPOSIDAD COMO MARCADORES DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO. Daniela Alejandra Madrid López[1], Leonardo Josué Ortega Reyes[1], Rennie Michelle Medina Martínez[2]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La fuerza de prensión relativa integra la capacidad muscular y el peso corporal y puede complementar la identificación temprana del riesgo cardiometabólico. **Objetivo:** Evaluar la relación entre la fuerza de prensión relativa y diferentes indicadores de adiposidad en estudiantes de Medicina. **Métodos:** Estudio observacional, transversal analítico en 30 estudiantes atendidos en la Clínica San Lucas de la Universidad Católica de Honduras entre julio y agosto de 2026. Se evaluaron peso, talla, índice de masa corporal (IMC), circunferencia abdominal, porcentaje de grasa corporal y fuerza de prensión dominante mediante dinamometría. La fuerza relativa se calculó como fuerza dominante/peso corporal. Se emplearon correlación de Spearman y prueba U de Mann–Whitney. El estudio contó con el aval institucional, y el consentimiento informado correspondientes. **Resultados:** La edad media fue de 21.9±3.0 años y el 50.0% (15) de los 30 participantes eran mujeres. La mediana de fuerza dominante fue de 29.8 kg (RIC: 23.5–40.7) y la de fuerza relativa de 0.394 kg/kg (RIC: 0.324–0.447). La fuerza relativa se correlacionó inversamente con el porcentaje de grasa corporal ($\rho=-0.785$; $p<0.001$) y el IMC ($\rho=-0.527$; $p=0.003$). Quienes presentaron adiposidad central tuvieron menor fuerza relativa que quienes no la presentaron (0.349 frente a 0.446 kg/kg; $p=0.006$).**Discusión:** Una menor fuerza de prensión relativa se relacionó con mayor adiposidad general y central. Este indicador funcional podría complementar las medidas antropométricas en la evaluación cardiometabólica temprana.

TL 47. FACTORES ASOCIADOS AL INCUMPLIMIENTO FARMACOLÓGICO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. María Auxiliadora Lagos Discua[1]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras.

Introducción: Identificar factores vinculados al incumplimiento farmacológico permite reconocer perfiles con probabilidad de incumplimiento durante el seguimiento clínico. **Objetivo:** Evaluar los factores demográficos, sociales y conductuales asociados al incumplimiento farmacológico autorreportado en adultos con DM2 atendidos en el Centro Integral de Salud de Zacapa, Santa Bárbara. **Métodos:** Estudio observacional, transversal analítico en 102 adultos con DM2. Mediante un cuestionario se evaluaron sexo, cumplimiento farmacológico, olvido de dosis, apoyo familiar, limitaciones económicas, seguimiento dietético y asistencia a controles. El análisis del desenlace incluyó 98 participantes con información. Se realizaron comparaciones bivariadas mediante la prueba exacta de Fisher y se estimaron odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC95%).

El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** El 36.7% (36) de los 98 participantes presentó incumplimiento farmacológico y el 81.6% (80) reconoció olvidar dosis ocasionalmente. Haber faltado a más de tres controles mostró la asociación de mayor magnitud con el incumplimiento (OR=11.40; IC95%: 3.71–35.07; p<0.001). También se observaron mayores odds de incumplimiento entre quienes carecían de apoyo familiar (OR=3.45; IC95%: 1.46–8.16; p=0.006), los hombres (OR=3.07; IC95%: 1.27–7.43; p=0.014) y quienes cumplían la dieta solamente de manera ocasional o nunca (OR=2.59; IC95%: 1.10–6.10; p=0.036). **Discusión:** El incumplimiento farmacológico se concentró en un perfil definido por discontinuidad asistencial, ausencia de apoyo familiar, seguimiento dietético irregular y sexo masculino. Las ausencias reiteradas a controles mostraron la asociación de mayor magnitud y podrían funcionar como una señal clínica para identificar a pacientes con mayor probabilidad de incumplimiento. Debido al diseño transversal y al análisis bivariado, los resultados no demuestran causalidad ni asociaciones independientes.

TL 48. DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS SEGÚN EL ÍNDICE DE BARTHEL. Diana Samira Sabat Reyes[1], Lenin Alexander Meza Fernández[2], Eva Judith Rivera Guzmán[3]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Honduras. [2]Departamento de Geriatria, ASHONPLAFA, San Pedro Sula, Honduras. [3]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El Índice de Barthel evalúa el desempeño en actividades básicas de la vida diaria y permite cuantificar el grado de dependencia funcional. **Objetivo:** Determinar el nivel de dependencia funcional y caracterizar el desempeño en actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados de El Progreso, Yoro, así como evaluar su distribución según edad y sexo. **Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo transversal realizado en dos centros geriátricos de El Progreso, Yoro, entre noviembre de 2024 y agosto de 2025. Se incluyeron 86 adultos mayores mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** La mediana del Índice de Barthel fue de 70 puntos (RIC: 50–75). De los 86 participantes, el 50.0% (43) presentó dependencia moderada, el 37.2% (32) dependencia severa o total, el 11.6% (10) independencia funcional y el 1.2% (1) dependencia leve. El 69.8% (60) fue independiente para la alimentación. El 66.3% (57) requirió asistencia para subir escaleras, el 55.8% (48) para utilizar el retrete, el 54.7% (47) para deambular y el 53.5% (46) para realizar la higiene personal. El puntaje funcional difirió según edad (p=0.0016): la mediana fue de 85 puntos (RIC: 75–100) entre los 65–70 años y de 65 puntos en los grupos de 71–75 años (RIC: 51.3–73.8) y mayores de 76 años (RIC: 40–75). No hubo diferencias según sexo (p=0.420). **Discusión:** La dependencia funcional fue frecuente entre los adultos mayores institucionalizados, con predominio del grado moderado y mayores limitaciones en actividades relacionadas con movilidad y autocuidado. Los participantes de 65–70 años mostraron mayor autonomía funcional que los grupos de mayor edad, lo que respalda la valoración funcional periódica para identificar necesidades específicas de asistencia y orientar la planificación individualizada del cuidado.

TL 49. CALIDAD DEL SUEÑO Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN ADULTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. Karla Sarmiento[1], Juan Caballero[1], Rennie Michelle Medina Martínez[1]. [1]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Analizar conjuntamente la calidad y la duración del sueño permite reconocer patrones relevantes para la atención primaria, sin asumir relaciones causales. **Objetivo:** Analizar la relación entre la calidad y la duración autorreportadas del sueño y la carga de síntomas somáticos en adultos atendidos en el primer nivel de atención. **Métodos:** Estudio observacional, transversal analítico en 106 adultos atendidos en el Dispensario San Vicente de Paúl. La calidad del sueño se evaluó mediante una pregunta de autorreporte y se clasificó como buena, regular o mala. La duración se obtuvo a partir de las horas habituales de sueño por noche y se agrupó en <6, 6–7, 7–8 y >8 horas. La carga de síntomas somáticos se midió mediante la puntuación total y las categorías de severidad de la escala SSS-8. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** La duración media del sueño fue de 6.4±1.3 horas y la mala calidad del sueño fue frecuente. La puntuación media del SSS-8 fue mayor entre quienes dormían <6 horas (7.8±2.9) y >8 horas (7.4±2.6), en comparación con quienes dormían entre 7 y 8 horas (4.9±2.2; p<0.001). La distribución mostró mayor carga somática en ambos extremos de duración del sueño. **Discusión:** La duración del sueño presentó una relación no lineal con los síntomas somáticos: tanto dormir menos de seis horas como superar las ocho horas se asoció con puntuaciones más elevadas del SSS-8. El hallazgo identifica los extremos de duración del sueño como señales clínicas que pueden orientar una evaluación integral en atención primaria, sin establecer temporalidad ni causalidad.

TL 50. ESTRÉS PERCIBIDO Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN ADULTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. Karla Sarmiento[1], Juan Caballero[1] Rennie Michelle Medina Martínez[1]. [1]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El estrés psicológico puede manifestarse mediante síntomas físicos que incrementan la demanda asistencial y dificultan el reconocimiento del malestar emocional en atención primaria. Evaluar esta relación puede contribuir a identificar pacientes que requieren un abordaje integral. **Objetivo:** Evaluar la asociación entre el estrés percibido y la carga de síntomas

somáticos en adultos atendidos en un dispensario comunitario. **Métodos:** Estudio observacional, transversal analítico en 106 adultos atendidos en un dispensario comunitario. El estrés se evaluó con la escala PSS-4 y los síntomas somáticos con la SSS-8. Se emplearon correlación y regresión logística ajustada por edad y sexo. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** La puntuación media de estrés percibido fue 5.6±2.1 y la del SSS-8 fue 6.4±3.0. Ambas puntuaciones mostraron una correlación positiva de magnitud moderada-alta (r=0.68; p<0.001). Por cada desviación estándar de incremento en la PSS-4, las odds de presentar carga somática alta fueron 2.40 veces mayores, independientemente de la edad y el sexo (ORa=2.40; IC95%: 1.60–3.50). **Discusión:** Una mayor percepción de estrés se relacionó con una carga somática progresivamente mayor, incluso después de considerar la edad y el sexo. La PSS-4 podría complementar la evaluación de adultos que consultan por síntomas físicos y contribuir a reconocer el malestar emocional que permanece oculto detrás de la consulta somática.

TL 51. PERCEPCIÓN DE SALUD Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS SEGÚN SEXO EN ADULTOS. Astrid Hernández[1], Amy Pavón[1], Edmond Pereira[1], Rennie Michelle Medina Martínez[1]. [1]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Evaluar la percepción de salud y los síntomas somáticos permite reconocer manifestaciones que requieren atención integral. **Objetivo:** Comparar la carga de síntomas somáticos entre mujeres y hombres y describir su comportamiento según la percepción general de salud. **Métodos:** Estudio observacional, transversal analítico en 106 adultos atendidos en 2025 en el Centro de Atención Primaria San Vicente de Paúl. Se recopilaron características sociodemográficas y percepción general de salud. Los síntomas somáticos se evaluaron mediante una versión en español del Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8), no validada localmente. La puntuación se clasificó como mínima (0–3), leve (4–7), moderada (8–11), alta (12–15) o muy alta (≥16). Las medias por sexo se compararon mediante la prueba t de Welch, informando diferencia de medias e intervalo de confianza del 95%. Se realizaron comparaciones descriptivas según percepción de salud. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** El 80.2% (85) de los participantes eran mujeres y el 19.8% (21) hombres. La puntuación media del SSS-8 fue mayor en mujeres que en hombres (8.6±3.9 frente a 6.2±3.4), con una diferencia de 2.4 puntos (IC95%: 0.66–4.14; p=0.008). El 43.4% (46) presentó carga moderada, el 19.8% (21) alta y el 7.5% (8) muy alta. La puntuación media aumentó progresivamente desde 5.2 entre quienes percibían su salud como buena o muy buena hasta 9.3 en quienes la consideraban regular y 13.1 en quienes la calificaban como mala o muy mala. **Discusión:** Las mujeres presentaron mayor carga somática, mientras que el deterioro de la percepción de salud mostró un gradiente marcado de síntomas. Aunque no demuestra causalidad, una pregunta general sobre el estado de salud podría funcionar como señal inicial para identificar pacientes con elevada carga somática.

TL 52. PENSAMIENTOS SOBRE MUERTE Y VULNERABILIDAD EMOCIONAL EN ADOLESCENTES REFERIDOS A PSICOLOGÍA. Francia Yaneth Pineda Tejada[1], Alma E. Barahona Campos[2], Beria Geraldine Bejarano[3]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras. [3]Centro Integral de Salud Dr. Genaro Muñoz Hernández, Servicio de Psicología, Gracias, Lempira, Honduras.

Introducción: Caracterizar los pensamientos relacionados con la muerte en adolescentes referidos a psicología permite reconocer necesidades de atención. **Objetivo:** Estimar la frecuencia de pensamientos relacionados con la muerte y describir indicadores de vulnerabilidad emocional en adolescentes referidos al servicio de psicología del Centro Integral de Salud Dr. Genaro Muñoz Hernández, Gracias, Lempira. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo transversal realizado entre julio de 2025 y enero de 2026. Mediante muestreo no probabilístico por conveniencia se incluyeron 100 adolescentes de 10–19 años referidos a psicología. Se aplicó un cuestionario propio de 12 preguntas, previamente validado, sobre pensamientos relacionados con la muerte, autolesión y experiencias emocionales. El deseo de morir se identificó mediante una respuesta afirmativa al ítem «Su deseo es morir». Las respuestas indicativas de riesgo motivaron evaluación y atención psicológica. Se obtuvo consentimiento del responsable legal. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** El 57% (57) de los 100 adolescentes eran mujeres y la mediana de edad fue de 15 años (RIC: 13–16). El 7.0% (7) expresó deseo de morir. Entre estos siete adolescentes, el 57.1% (4) eran mujeres y el 42.9% (3) hombres. El 28% (28) deseó no despertar o desaparecer. Entre los 99 con respuesta registrada, el 19.2% (19) informó intentos de autolesión y el 46.5% (46) pérdida de interés. Respecto al total de 100 adolescentes, se registraron incomprensión en el 60% (60), desmotivación en el 40% (40), culpa frecuente en el 36% (36), soledad en el 34% (34), síntomas depresivos en el 30% (30) y conflictos familiares intensos en el 25% (25). El 33% (33) identificó los problemas emocionales como su dificultad principal. **Discusión:** Aunque siete de cada cien adolescentes expresaron explícitamente deseo de morir, una proporción mayor refirió deseos de no despertar o desaparecer y antecedentes de autolesión. Esta diferencia señala que limitar el tamizaje a una pregunta directa sobre deseo de morir puede dejar sin identificar otras expresiones relevantes de riesgo y malestar emocional.

TL 53. CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-FUNCIONAL DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE. Jonathan Humberto Castrón Guardado[1], Nicia Eunice Ramírez Sanchez[2], Abel Ortega Rodríguez[3], Rennie Michelle Medina Martínez[3]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Hospital Mario Catarino Rivas, Departamento de Neurología, San Pedro Sula, Honduras. [3]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: En Honduras, la limitada disponibilidad de registros dificulta conocer las características clínicas y funcionales de las personas con esclerosis múltiple. **Objetivo:** Caracterizar el perfil epidemiológico, clínico y funcional de pacientes con esclerosis múltiple atendidos en el Hospital Mario Catarino Rivas entre octubre de 2024 y octubre de 2025. **Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo retrospectivo mediante revisión de 51 expedientes clínicos de adultos con diagnóstico confirmado atendidos en Neurología; no se realizó evaluación directa de los pacientes. Se extrajeron variables sociodemográficas, clínicas, diagnósticas, radiológicas y funcionales. La discapacidad se clasificó con la puntuación de la Escala Expandida del Estado de Discapacidad (EDSS) consignada en el expediente. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** De los 51 pacientes, el 86.3% (44) eran mujeres, el 45.1% (23) tenía entre 31 y 40 años y el 88.2% (45) procedía de zonas rurales. El debut fue motor en el 62.7% (32) y se documentó fatiga en el 43.1% (22). El 70.6% (36) recibió el diagnóstico durante los primeros 24 meses y el 98.0% (50) permaneció libre de brotes durante el último año. Según EDSS, el 60.8% (31) conservaba desplazamiento independiente y el 3.9% (2) requería silla de ruedas. Las lesiones fueron multifocales en el 47.1% (24) y periventriculares en el 43.1% (22). **Discusión:** La serie estuvo constituida principalmente por mujeres jóvenes de zonas rurales, con debut motor y conservación frecuente de la autonomía ambulatoria. La revisión evidencia la utilidad de documentar sistemáticamente EDSS y hallazgos radiológicos para fortalecer el seguimiento y los registros clínicos nacionales.

TL 54. COMORBILIDAD ANSIOSA EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR. Gloria Elena Caballero[1], Vilma Odessa Zelaya Guardado[2]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Psicología, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La coexistencia de trastornos ansiosos en pacientes con trastorno depresivo mayor puede aumentar la carga clínica y la utilización de los servicios de salud. Su identificación sistemática resulta relevante para orientar una atención integral. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de comorbilidad ansiosa y evaluar su asociación con características sociodemográficas y clínicas en pacientes con trastorno depresivo mayor. **Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo con análisis de asociación mediante revisión de 101 expedientes de pacientes con trastorno depresivo mayor atendidos en el Policlínico Miguel Paz Barahona entre enero y diciembre de 2024. Se consideró comorbilidad ansiosa cuando el expediente registraba al menos un diagnóstico del espectro ansioso. Se analizaron características sociodemográficas, clasificación del trastorno depresivo y número de consultas. Se emplearon frecuencias, porcentajes, pruebas de chi-cuadrado, U de Mann-Whitney y regresión logística binaria. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** De los 101 pacientes, el 50.5% (51) presentó comorbilidad ansiosa: ansiedad generalizada en el 36.6% (37) y trastorno mixto de ansiedad y depresión en el 13.9% (14). El 70.3% (71) eran mujeres. La comorbilidad estuvo presente en el 54.9% (39) de las 71 mujeres y en el 40.0% (12) de los 30 hombres (p=0.170). No hubo diferencias según edad (p=0.394) o estado civil (p=0.346). El número de consultas mostró asociación bivariada (p=0.033), pero no después del ajuste (OR=1.34; IC95%: 0.94–1.89; p=0.105). El modelo global no fue significativo (p=0.149). **Discusión:** La mitad de los pacientes presentó comorbilidad ansiosa, principalmente ansiedad generalizada. No se identificaron asociaciones independientes estadísticamente significativas. El diseño observacional retrospectivo no permite establecer causalidad.

TL 55. FACTORES ASOCIADOS AL RETRASO DE LA ORQUIDOPEXIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. Arnol Gerardo Chinchilla Morán[1], Evelin Johana Santos Villalvir[2], Juan Craniotis-Rios[2], Armando Palomo[3]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Fundación Ruth Paz, Departamento de Ortopedia, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [3]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Identificar factores asociados al retraso de la orquidopexia puede contribuir a mejorar la detección, referencia e intervención tempranas. **Objetivo:** Identificar factores clínicos y relacionados con la atención sanitaria asociados al retraso de la orquidopexia en pacientes pediátricos atendidos en la Fundación Ruth Paz. **Métodos:** Estudio observacional, transversal analítico, realizado en 92 pacientes pediátricos sometidos a orquidopexia entre septiembre de 2024 y enero de 2026, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se revisaron expedientes clínicos y se aplicó a los cuidadores una encuesta estructurada sobre antecedentes asistenciales y conocimiento de la criptorquidia. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** La mediana de edad quirúrgica fue de 4.0 años (RIC: 2.0–6.25) y el 84.8% (78) de los 92 pacientes fue intervenido tardíamente. La edad diagnóstica fue mayor entre quienes tuvieron cirugía retrasada (2.0 frente a 0.5 años; p<0.001). El retraso se presentó en el 97.2% (35) de los 36 pacientes con controles de niño sano irregulares y en el 76.8% (43) de los 56 con controles regulares (OR=10.58; IC95%: 1.32–84.90; p=0.007). También ocurrió en el 89.3% (67)

de los 75 pacientes sin referencia inmediata y en el 64.7% (11) de los 17 con referencia inmediata (OR=4.57; IC95%: 1.33–15.72; p=0.020). Solo el 17.4% (16) de los 92 cuidadores mostró conocimiento completo. **Discusión:** El retraso de la orquidopexia fue frecuente y se relacionó, en el análisis bivariado, con mayor edad al diagnóstico, controles preventivos irregulares y ausencia de referencia inmediata. El diseño observacional no permite establecer causalidad. El muestreo por conveniencia y la posible imprecisión de la encuesta limitan la generalización y precisión de los hallazgos. La ausencia de ajuste multivariable impide determinar si las asociaciones son independientes.

TL 56. HALLAZGOS CARDIOVASCULARES EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO Y PRETÉRMINO. Ricardo Adolfo Hércules Santos[1], Diego Iván Arita Santos[2], Marlen Vanessa Orellana Morales[3]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Instituto Hondureño de Seguridad Social, Hospital Regional del Norte, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [3]Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, Departamento de Pediatría, San Pedro Sula, Cortés, Honduras.

Introducción: La evaluación cardiovascular neonatal permite diferenciar defectos estructurales de hallazgos transicionales, como el foramen oval permeable. **Objetivo:** Describir los hallazgos cardiovasculares y su distribución según edad gestacional en recién nacidos atendidos en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo retrospectivo de 136 expedientes de recién nacidos con un diagnóstico cardiovascular, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Los pacientes fueron atendidos entre junio de 2024 y junio de 2025. Se analizaron características maternas y neonatales, edad gestacional, tipo de hallazgo cardiovascular, método diagnóstico, complicaciones y condición de egreso mediante frecuencias y porcentajes. Como indicador complementario se calculó la frecuencia de diagnósticos cardiovasculares entre el total de nacidos vivos. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** Se registraron 208 recién nacidos con diagnósticos cardiovasculares entre 9.955 nacidos vivos, equivalente a 20.9 por 1.000 nacidos vivos. De los 136 expedientes analizados, el 79.4% (108) correspondió a recién nacidos a término y el 20.6% (28) a pretérmino. El 52.2% (71) correspondió al sexo femenino, el 47.1% (64) al masculino y el 0.7% (1) no consignó esta variable. El hallazgo más frecuente fue el foramen oval permeable en el 44.9% (61), seguido de comunicación interventricular en el 29.4% (40), comunicación interauricular en el 14.7% (20) y persistencia del conducto arterioso en el 8.8% (12). La comunicación interventricular fue el defecto estructural más frecuente: se registró en el 28.7% (31) de los 108 recién nacidos a término y en el 32.1% (9) de los 28 pretérmino. Se documentó ecocardiografía en el 38.2% (52) y tamizaje alterado por oximetría de pulso en el 14.0% (19). **Discusión:** El foramen oval permeable fue el hallazgo cardiovascular más documentado, mientras que la comunicación interventricular constituyó el defecto estructural más frecuente en ambos grupos gestacionales.

TL 57. SITUS INVERSUS TOTALIS Y ENFERMEDAD RESPIRATORIA RECURRENTE: POSIBLE SÍNDROME DE KARTAGENER: REPORTE DE CASO. Genesis Geovana Carranza Melendez[1], Jeimy Zayen Dominguez Padilla[1], Sharon Gisselle Reyes Villalta[1], Daniel Alejandro Hernández Díaz[1]. [1]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina ,Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El Situs Inversus Totalis (SIT) es una anomalía congénita caracterizada por la transposición en espejo de las vísceras toracoabdominales. Afecta a 1:10.000 personas, siendo más frecuente en hombres (relación 1:1.5). Se asocia a discinesia ciliar primaria, enfermedad autosómica recesiva que, al combinar SIT, sinusitis y bronquiectasias, constituye el síndrome de Kartagener. Esto motiva a investigar dicha condición en pacientes con SIT conocido y antecedentes de afecciones respiratorias a repetición. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 20 años con diagnóstico conocido de SIT desde los tres años de edad con antecedentes de infecciones respiratorias a repetición, sinusitis y bronquitis, quien acude a la emergencia de un hospital privado al presentar un trauma torácico, tras tener un accidente automovilístico. Los estudios de imagen documentaron dextrocardia y disposición visceral en espejo, compatibles con SIT. Al interrogarlo, afirma antecedentes respiratorios, lo que motiva a considerar la posibilidad de una disfunción ciliar subdiagnosticada. No se le ha brindado seguimiento ni evaluaciones complementarias luego del trauma torácico. A pesar de los hallazgos sugestivos, no se puede diagnosticar disfunción ciliar de manera definitiva debido a la ausencia de una evaluación etiológica completa. Se obtuvo el consentimiento informado del paciente o de su representante legal, según correspondía. **Conclusión:** La presencia del SIT asociada con infecciones respiratorias repetitivas debe orientar a una posible alteración en la estructura ciliar debido a los trastornos de motilidad, como el síndrome de Kartagener. Esta alteración puede afectar la calidad de vida al favorecer infecciones respiratorias persistentes y daño pulmonar progresivo.

TL 58. MANEJO DE VÍA AÉREA DIFÍCIL ANTICIPADA EN LACTANTE CON ARTROGRIPOSIS DISTAL CONGÉNITA: REPORTE DE CASO. Martha Lidia Elvir[1]. [1]Hospital Regional de Occidente, Departamento de Anestesiología, Quetzaltenango, Guatemala.

Introducción: En lactantes, la menor reserva respiratoria incrementa el riesgo de intentos repetidos de intubación. **Descripción del caso:** Lactante femenina de 45 días, 2.5 kg y 47 cm, con artrogriposis distal congénita y parálisis diafragmática derecha, programada para funduplicatura y gastrostomía por reflujo gastroesofágico, dificultad alimentaria y bajo peso. La evaluación preanestésica identificó micrognatia, paladar ojival

y limitación de la movilidad cervical, compatibles con vía aérea difícil anticipada. Se seleccionó la videolaringoscopia como técnica inicial y se verificó la disponibilidad de alternativas para ventilación e intubación en caso de fracaso. Tras inducción inhalatoria con sevoflurano y administración de fentanilo y rocuronio, se realizó videolaringoscopia en posición de olfateo modificada. La intubación orotraqueal con tubo de 3.5 mm se logró al primer intento, sin complicaciones. La anestesia se mantuvo con sevoflurano, fentanilo, ventilación mecánica controlada, monitorización estándar y vigilancia térmica. La paciente permaneció hemodinámicamente estable durante el procedimiento. Se obtuvo el consentimiento informado del paciente o de su representante legal, según correspondía. **Conclusión:** La anticipación de la dificultad permitió elegir una técnica efectiva y limitar la manipulación de la vía aérea. Se destaca la importancia de reconocer el riesgo, seleccionar una estrategia inicial adecuada y disponer de alternativas ante un posible fracaso.

TL 59. CONOCIMIENTO SOBRE INDETECTABLE E INTRANSMISIBLE EN PERSONAS CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. Keylin Yanira Montes[1]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras.

Introducción: Indetectable=Intransmisible (U=U) establece que las personas con VIH con supresión viral sostenida no transmiten el virus por vía sexual. Su comprensión favorece la educación en salud, la adherencia al Tratamiento Antirretroviral (TARV) y la reducción del estigma. **Objetivo:** Caracterizar el conocimiento sobre carga viral y U=U en personas con VIH atendidas en el CIS Los Fuertes, Roatán, durante 2026. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo retrospectivo en 15 adultos con VIH en seguimiento clínico. Se aplicó un cuestionario de 10 ítems sobre carga viral, tratamiento antirretroviral (TARV) e indetectable igual a intransmisible (U=U). Se calcularon frecuencias, porcentajes, mediana y rango intercuartílico (RIC). El conocimiento se clasificó como alto (≥80%), moderado (60–79%) o bajo (<60%). El estudio contó con aval institucional y aprobación del comité institucional local de la institución participante. **Resultados:** La mediana de respuestas correctas fue de 7 sobre 10 (RIC: 5–9). El 46.7% (7) presentó conocimiento alto, el 20.0% (3) moderado y el 33.3% (5) bajo. El 86.7% (13) reconoció que una carga viral indetectable no elimina el VIH y el 80.0% (12) identificó la necesidad de mantener el TARV. El 40.0% (6) identificó correctamente U=U, el 53.3% (8) su implicación en la transmisión sexual y el 93.3% (14) que la adherencia mejora la calidad de vida. **Discusión:** Se identificó una brecha entre el conocimiento sobre supresión viral y TARV y la comprensión de U=U. Menos de la mitad identificó correctamente este concepto. Los hallazgos señalan la necesidad de reforzar la educación sobre U=U, su relación con la supresión viral sostenida y la prevención de la transmisión sexual del VIH.

TL 60. NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS Y POSITIVIDAD PARA HELICOBACTER PYLORI EN ADULTOS. Julissa Michelle Romero Leiva[1], Birdee Loany Schultz Flores[1], Luis Alonzo Salguero Fernández[1], Rennie Michelle Medina Martínez[2]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Coordinación de Investigación, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) permiten analizar la acumulación de vulnerabilidades más allá de factores aislados. **Objetivo:** Evaluar la asociación entre el nivel de NBI y la positividad para H. pylori en adultos con sospecha clínica. **Métodos:** Estudio transversal analítico en 112 adultos atendidos en Santa Cruz de Yojoa durante 2025. La positividad se determinó mediante detección cualitativa de antígeno de H. pylori en heces. Siguiendo el enfoque de NBI, se construyó un índice aditivo operacional, no validado, que asignó un punto por cada condición: hacinamiento: tres o más personas por dormitorio, uso de letrina, escolaridad ausente o primaria incompleta e índice de dependencia económica mayor de dos. La suma se clasificó como sin NBI (0), bajo línea de pobreza (1), pobreza (2–3) o pobreza extrema (4). Se emplearon chi cuadrado, prueba exacta de Fisher, correlación de Spearman y odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC95%). El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** El 57.1% (64) de los 112 participantes presentó positividad. La frecuencia aumentó según la categoría de NBI: 0% (0) entre los 21 participantes sin NBI, 21.9% (7) entre los 32 bajo la línea de pobreza, 95.3% (41) entre los 43 en pobreza y 100% (16) entre los 16 en pobreza extrema (p<0.001). El puntaje mostró correlación positiva con la positividad (rho=0.800; p<0.001). Esta fue mayor entre quienes utilizaban letrina, con el 93.4% (57) de 61 participantes, que entre quienes disponían de inodoro, con el 13.7% (7) de 51. También fue mayor ante hacinamiento, con el 100% (34) de 34 participantes, frente a su ausencia, con el 38.5% (30) de 78 (ambas p<0.001). Un índice de dependencia mayor de dos se asoció con mayor positividad (OR=35.53; IC95%: 9.82–128.53; p<0.001). **Discusión:** La positividad para *H. pylori* siguió un marcado gradiente conforme se acumularon carencias domiciliarias y socioeconómicas.

TL 61: PAZOPANIB A DOSIS REDUCIDA Y TOXICIDAD HEMATOLÓGICA EN CARCINOMA RENAL METASTÁSICO: REPORTE DE CASO. Scarleth Samantha Gómez Osorio[1], Nahun Isaac Gonzales Quintanilla[2], Rennie Michelle Medina Martínez[1]. [1]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Estudios Generales, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Pazopanib es un inhibidor de tirosina cinasa utilizado en carcinoma renal metastásico. La toxicidad puede re-

querir modificaciones de dosis. Se presenta un paciente tratado con pazopanib a dosis reducida durante 24 meses, con posterior aparición de citopenias hematológicas graves. **Descripción del caso:** Paciente hondureño de 73 años con carcinoma renal metastásico, diagnosticado en 2023 y tratado mediante nefrectomía derecha. Recibió sunitinib como primera terapia dirigida, suspendido por toxicidad. En enero de 2024 inició pazopanib 400 mg/día y mantuvo esta dosis durante 24 meses. En enero de 2026 ingresó por fiebre, disnea y tos productiva. Presentaba hemoglobina de 5 g/dL y trombocitopenia de 50.000/µL. El frotis periférico mostró anisocitosis y trombocitopenia; la prueba de Coombs directo fue positiva. La biopsia de médula ósea evidenció hipercelularidad del 60%, cambios dismegacariopoyéticos y maduración conservada de las series mieloide y eritroide. Se consideró toxicidad hematológica asociada a pazopanib, sin excluir síndrome mielodisplásico ni progresión neoplásica. Se suspendió pazopanib y se inició manejo de soporte con transfusiones. El paciente presentó deterioro progresivo y falleció posteriormente. Se obtuvo el consentimiento informado del paciente o de su representante legal, según correspondía. **Conclusión:** La individualización de la dosis puede favorecer la continuidad terapéutica en pacientes con tolerabilidad limitada. Las citopenias graves durante tratamientos prolongados requieren vigilancia hematológica y estudio etiológico exhaustivo.

TL 62. MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES Y AFECTIVAS DURANTE EXPOSICIÓN A CLOBENZOREX: REPORTE DE CASO. Rennie Michelle Medina Martínez[1], Luz María Maldonado Cárdenas[1]. [1]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El clobenzorex es un anorexígeno simpaticomimético metabolizado a d-anfetamina. Su actividad estimulante exige individualizar la indicación ante comorbilidades cardiovasculares o psiquiátricas. **Descripción del caso:** Mujer de 48 años con obesidad grado I (95.3 kg; IMC: 30.4 kg/m²), diabetes mellitus tipo 2 (HbA1c: 10.4%), hipertensión no controlada pese a tratamiento combinado (160–180/100 mmHg en domicilio) y antecedentes de trastorno bipolar y ansiedad sin tratamiento activo. En noviembre de 2025 inició simultáneamente clobenzorex 30 mg/día, semaglutida, insulina degludec y dapagliflozina/metformina. Durante la primera semana presentó temblor, sudoración, frialdad, palpitaciones, agitación, cefalea, dolor torácico y disnea, además de euforia, irritabilidad y verborrea. En varios episodios, las glucemias fueron de 108–130 mg/dL y la presión sistólica de 110–120 mmHg; en otros momentos se documentaron cifras sistólicas de 180–200 mmHg. No se realizaron electrocardiograma, biomarcadores cardíacos ni evaluación psiquiátrica durante el cuadro. La administración en días alternos durante diciembre no produjo mejoría. En enero de 2026 suspendió el clobenzorex, mantuvo el tratamiento metabólico, recibió alprazolam y se intensificó el esquema antihipertensivo. Refirió resolución progresiva en dos a cuatro semanas. En el seguimiento pesaba 90.7 kg, con presión arterial de 140/100 mmHg y HbA1c de 8.0%. El algoritmo de Naranjo obtuvo 2 puntos, correspondiente a una reacción adversa posible. Se obtuvo el consentimiento informado del paciente o de su representante legal, según correspondía. **Conclusión:** Antes de prescribir anorexígenos simpaticomiméticos deben documentarse el control tensional, los antecedentes psiquiátricos y los tratamientos concomitantes, con seguimiento estrecho de manifestaciones cardiovasculares y cambios afectivos.

TL 63. USO Y DEPENDENCIA DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA. Cristian Miguel Paz Velasquez[1], Dora Marina Peñalva Matute[1]. [1]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El uso de inteligencia artificial generativa (GenAI) en educación médica se ha incrementado; su utilidad percibida puede coexistir con conductas de dependencia y efectos negativos en habilidades de aprendizaje. **Objetivo:** Describir el uso de herramientas de GenAI, la dependencia autorreportada y la percepción del impacto sobre el desempeño académico en estudiantes de Medicina de la UNICAH, Campus San Pedro y San Pablo, durante el segundo periodo académico de 2026. **Métodos:** Estudio observacional, cuantitativo, descriptivo transversal, mediante encuesta en línea con muestreo no probabilístico por conveniencia. Se recibieron 125 respuestas; se excluyeron cinco (una sin consentimiento informado y cuatro incompletas) y se analizaron 120 encuestas completas. Se utilizó un cuestionario estructurado basado en Fu et al. sobre patrones de uso, herramientas, percepción de impacto, dependencia y efectos negativos percibidos. Se realizó análisis descriptivo en jamovi. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** El 100% (120) de los participantes reportó uso de GenAI y el 47.5% (57) la utilizaba al menos una vez al día. Las herramientas más utilizadas fueron ChatGPT por el 85.8% (103) y Gemini por el 71.7% (86). El 93.3% (112) consideró que la GenAI mejora su desempeño académico. El 24.2% (29) se clasificó como dependiente y el 75.8% (91) como independiente. Los efectos negativos más reportados fueron la disminución del pensamiento crítico y de la búsqueda independiente de literatura. **Discusión:** En esta muestra, la GenAI fue de uso universal y se percibió mayoritariamente como beneficiosa. También se reportaron efectos negativos percibidos y una proporción relevante de dependencia autorreportada. Por su diseño transversal y análisis descriptivo, estos hallazgos no permiten inferir causalidad ni evaluar asociaciones.

TL 64. CAMBIOS EN LA AGENDA TEMÁTICA DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN EN MEDICINA. Rennie Michelle Medina Martínez[1]. [1]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Analizar los trabajos de graduación por cohortes permite identificar cambios y áreas subrepresentadas. **Objetivo:** Analizar los cambios en la representación temática

y los escenarios asistenciales de los trabajos de graduación de Medicina del Campus San Pedro y San Pablo entre 2025 y 2026. **Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de tendencias basado en 500 registros de egresados de cuatro cohortes. Los títulos se clasificaron en categorías temáticas no excluyentes y por escenario: atención primaria o comunitario, hospitalario u otro/no especificado. Se calcularon frecuencias, porcentajes y diferencias en puntos porcentuales. La cohorte privada del primer trimestre de 2026 se analizó separadamente por su composición diferenciada. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** Al comparar julio de 2025 (95 títulos) con julio de 2026 (93 títulos), los escenarios de atención primaria o comunitarios disminuyeron del 68.4% (65) al 49.5% (46), y los hospitalarios aumentaron del 18.9% (18) al 32.3% (30). Los temas infecciosos disminuyeron del 26.3% (25) al 18.3% (17); los cardiometabólicos aumentaron del 20.0% (19) al 24.7% (23); los pediátrico-neonatales, del 12.6% (12) al 18.3% (17); y los quirúrgico-traumáticos, del 3.2% (3) al 10.8% (10). La salud mental permaneció escasamente representada. En la cohorte privada predominaron los escenarios hospitalarios. **Discusión:** Se observó una reconfiguración de la agenda investigativa: disminuyó la representación de escenarios comunitarios y enfermedades infecciosas, mientras aumentaron los escenarios hospitalarios y los temas cardiometabólicos, pediátrico-neonatales y quirúrgico-traumáticos. Los títulos muestran los problemas que cada cohorte reconoció como investigables y sus vacíos persistentes. La baja representación de salud mental permite identificar un área poco abordada en la producción analizada.

TL 65. CONDICIONES OPERATIVAS, EQUIPAMIENTO Y CAPACITACIÓN DE SERVICIOS DE AMBULANCIA. Marvin Ovidio Cabrera Martínez[1], Yeimy Lohany Lara Alvarado[1], Rennie Michelle Medina Martínez[1]. [1]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La atención prehospitalaria depende de servicios operativos, equipados y capacitados. En San Pedro Sula existe poca información sobre las condiciones operativas de estos servicios. **Objetivo:** Caracterizar las condiciones operativas, el equipamiento, la capacitación del personal y los sistemas de registro de los servicios de ambulancia de San Pedro Sula. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo transversal. Se identificaron 23 servicios públicos, privados o mixtos que habían realizado al menos un traslado al Hospital Mario Catarino Rivas; participaron 21 (91.3%). Se excluyeron unidades de centros de salud y periféricas del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) dedicadas exclusivamente al transporte interinstitucional. Mediante encuesta estructurada y documentación fotográfica se evaluaron ambulancias, equipamiento, formación del personal, capacitación interna, certificación de operadores y registros. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** De los 21 servicios, el 66.7% (14) eran privados, el 19.0% (4) públicos y el 14.3% (3) mixtos. El 38.1% (8) operaba una sola ambulancia. El 42.9% (9) utilizaba exclusivamente vehículos adaptados y el 23.8% (5) combinaba unidades adaptadas y de fábrica. En el 76.2% (16), la antigüedad promedio de las ambulancias era ≥5 años. Disponían de monitor de signos vitales el 81.0% (17), desfibrilador manual el 28.6% (6), desfibrilador externo automático el 38.1% (8), ventilador mecánico el 42.9% (9) y bomba de infusión el 57.1% (12). El 33.3% (7) reportó personal con formación universitaria, el 61.9% (13) capacitación interna, el 57.1% (12) operadores certificados y el 76.2% (16) registros estadísticos. **Discusión:** Los servicios participantes mostraron capacidades heterogéneas. Aunque predominaron la monitorización básica y los registros, la disponibilidad de equipos de soporte avanzado, la formación universitaria y la certificación de operadores no fueron uniformes. Los hallazgos sustentan la definición de estándares locales de equipamiento, capacitación y registro.

TL 66. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES ÉTICAS SOBRE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA EN UNIVERSITARIOS. Marvin Ovidio Cabrera Martínez[1], Yeimy Lohany Lara Alvarado[1], Rennie Michelle Medina Martínez[1]. [1]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Conocer cómo los estudiantes comprenden y valoran la Inteligencia Artificial Generativa (IAG) puede orientar su uso responsable. **Objetivo:** Describir los conocimientos sobre IAG y las actitudes éticas hacia su uso académico en estudiantes de la Universidad Católica de Honduras Campus San Pedro y San Pablo. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo transversal en 153 estudiantes seleccionados por conveniencia. Se aplicó un cuestionario estructurado con variables sociodemográficas, siete preguntas de conocimiento y ocho afirmaciones sobre actitudes éticas mediante escala Likert. Se calcularon frecuencias y porcentajes. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** De los 153 participantes, el 79.7% (122) eran mujeres, el 64.7% (99) tenía menos de 20 años y el 98.7% (151) pertenecía al área de la salud. El 76.5% (117) reconoció que la IAG no razona como un ser humano, el 75.2% (115) definió las alucinaciones, el 83.7% (128) identificó como plagio presentar un ensayo generado sin citar y el 85.0% (130) rechazó que la información siempre sea veraz y libre de sesgos. El 47.1% (72) reconoció que los datos sesgados pueden reflejarse en el contenido. El 60.8% (93) estuvo de acuerdo con verificar la información, el 41.2% (63) con transparentar su uso y el 26.8% (41) con citar la herramienta. El 45.1% (69) rechazó presentar como propio un trabajo completamente generado. **Discusión:** Se observaron conocimientos adecuados sobre veracidad, alucinaciones y plagio, pero menor reconocimiento de los sesgos y respuestas éticas frecuentemente neutrales.

TL 67. TROMBOPROFILAXIS Y EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS EN PACIENTES DE ORTOPEDIA. Deilyn Antonia Cruz Villeda[1], Víctor Manuel Hernández López[2], Jorge Arturo Torres Gutiérrez[1]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La estratificación y la tromboprofilaxis oportuna son fundamentales para prevenir estos eventos. **Objetivo:** Describir la estratificación del riesgo, la utilización y adecuación de la tromboprofilaxis y la frecuencia de eventos tromboembólicos en pacientes hospitalizados en Ortopedia. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo retrospectivo mediante revisión de 149 expedientes de pacientes de 40–90 años sometidos a cirugía ortopédica en el Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez entre enero y agosto de 2025. El riesgo se clasificó retrospectivamente con la escala de Caprini. La adecuación se valoró según recomendaciones ACCP/CHEST aplicables al procedimiento y riesgo hemorrágico: inicio de heparina de bajo peso molecular al menos 12 horas antes o después de la cirugía y duración mínima de 10–14 días en cirugía ortopédica mayor, extendida hasta 35 días cuando estaba indicada. Se calcularon frecuencias y porcentajes. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** De los 149 pacientes, el 53.7% (80) tenía 60 años o más y el 52.3% (78) eran hombres. Según Caprini, el 40.3% (60) presentó riesgo moderado, el 36.2% (54) alto, el 18.8% (28) muy alto y el 4.7% (7) bajo. Ningún expediente documentó la aplicación formal de la escala al ingreso. Entre los 148 registros evaluables, el 71.6% (106) recibió profilaxis combinada y el 14.9% (22) ninguna. La indicación correspondió al riesgo en el 73.0% (108), el inicio fue oportuno en el 74.3% (110) y la duración adecuada en el 69.6% (103). Se documentaron eventos tromboembólicos en el 5.4% (8). Entre estos ocho casos, el 75.0% (6) presentó embolia pulmonar, el 12.5% (1) trombosis venosa profunda y el 12.5% (1) ambas. **Discusión:** Aunque predominaron los niveles de riesgo moderado a muy alto y la profilaxis combinada, persistieron brechas en la estratificación formal, indicación, inicio y duración. La ocurrencia de eventos tromboembólicos en el 5.4% (8) de los 148 registros evaluables respalda estandarizar y documentar la prevención perioperatoria.

TL 68. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DESENLACES DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS CON ETILISMO AGUDO. Martha Alejandra Fúnez Benítez[1], Nahara Stephanie Reyes Flores[1], Alejandro José Gutiérrez Morales[2], Linda Banegas[3]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Hospital Mario Catarino Rivas, Emergencia de Cirugía, San Pedro Sula, Honduras. [3]Instituto Hondureño de Seguridad Social, Región Norte, Departamento de Pediatría, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El etilismo agudo puede alterar el estado de conciencia y dificultar la valoración neurológica inicial del paciente traumatizado. **Objetivo:** Describir las características clínicas, las complicaciones y los desenlaces de adultos politraumatizados con diagnóstico registrado de etilismo agudo atendidos en el Hospital Mario Catarino Rivas. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo retrospectivo mediante revisión de 100 expedientes de adultos con politraumatismo y diagnóstico de etilismo agudo consignado por el equipo tratante entre mayo de 2024 y mayo de 2025. La exposición se definió exclusivamente por ese registro clínico; no se dispuso de una definición diagnóstica estandarizada ni de alcoholemia uniforme para confirmarla. Se analizaron variables demográficas, clínicas y de egreso mediante frecuencias y porcentajes. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** El 98.0% (98) de los pacientes eran hombres y el 76.0% (76) tenía entre 18 y 44 años. Los accidentes de tránsito representaron el 73.0% (73) de los casos, incluidos los accidentes en motocicleta, que correspondieron al 55.0% (55) del total. Predominaron el trauma contuso en el 81.0% (81) y la afectación craneal en el 76.0% (76). Según la escala de Glasgow inicial, el 76.0% (76) presentó compromiso leve, el 5.0% (5) moderado y el 19.0% (19) grave. Se registraron complicaciones en el 36.0% (36): choque hipovolémico en el 9.0% (9) y neumonía por broncoaspiración en el 9.0% (9). El 52.0% (52) recibió alta médica, el 16.0% (16) abandonó el tratamiento, el 12.0% (12) solicitó alta exigida, el 5.0% (5) fue referido y el 15.0% (15) falleció. **Discusión:** El patrón observado identifica a hombres jóvenes motociclistas con traumatismo craneal como el grupo predominante. La mortalidad y las salidas hospitalarias sin completar la atención señalan la necesidad de fortalecer la prevención vial, la documentación diagnóstica de la exposición al alcohol y la continuidad asistencial.

TL 69. FENOTIPO MARFANOIDE, HIPERMOVILIDAD Y VARIANTES DE SIGNIFICADO INCIERTO: REPORTE DE CASO. Juan Edgardo Villeda[1], Rennie Michelle Medina Martínez[1]. [1]Universidad Católica de Honduras, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Cuando el estudio molecular identifica variantes de significado incierto (VUS), su interpretación exige correlación fenotípica y no permite atribuir causalidad ni confirmar un diagnóstico. **Descripción del caso:** Hombre de 21 años, previamente funcional, con dolor musculoesquelético severo iniciado a los 20 años, acompañado de mialgias, artralgias y limitación funcional. Presentó bloqueos articulares, hiperlaxitud y subluxaciones recurrentes. Se documentaron signos de muñeca y pulgar positivos, hiperelasticidad cutánea facial, fenotipo marfanoide, apiñamiento dental, miopía y astigmatismo. Las resonancias cervical y lumbar no mostraron alteraciones estructurales relevantes y los estudios inmunológicos fueron negativos. Un panel de 92 genes identificó las variantes FBN1 c.5449G>A (p.Val1817Met), heterocigota, y ATP7A c.2068G>C (p.Glu690Gln), hemicigota, ambas clasificadas como VUS. La valoración oftalmológica descartó ectopia lentis y desprendimiento de retina. El ecocardiograma mostró una raíz aórtica de 29 mm, sin dilatación ni valvulopatía. Ante la persistencia del dolor y la ausencia de una causa estructural o autoinmune, se diagnosticó fibromialgia y se indicó tratamiento farmacológico, rehabilitación e hidroterapia. Se obtuvo el consentimiento informado del paciente o de su representante

legal, según correspondía. **Conclusión:** El caso muestra que un resultado genético incierto no resuelve por sí solo un fenotipo clínico superpuesto. La clasificación debe sustentarse en criterios estandarizados, correlación clínico-molecular, seguimiento multidisciplinario y reevaluación periódica de las variantes.

TL 70. PARATHORMONA Y ALTERACIONES DEL METABOLISMO MINERAL EN ADULTOS CON HEMODIÁLISIS. Gabriel Antonio Argueta Paz[1], Ángela Perdomo[2], Carlos Madrid[3]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo. [3]Instituto Hondureño de Seguridad Social, Hospital Regional del Norte, Departamento de Nefrología, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Las alteraciones del metabolismo mineral son frecuentes en la enfermedad renal crónica avanzada y afectan los niveles de parathormona (PTH), calcio y fósforo. **Objetivo:** Determinar los niveles de PTH y su relación con las alteraciones del metabolismo mineral en adultos en hemodiálisis del Instituto Hondureño de Seguridad Social–Hospital Regional del Norte durante 2025. **Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo transversal. Se revisaron 257 registros; se excluyeron seis pacientes menores de 18 años y 42 sin valores interpretables de PTH, calcio o fósforo, obteniéndose 209 adultos. Las variables continuas se resumieron mediante mediana y rango intercuartílico (RIC); las asociaciones se evaluaron con correlación de Spearman. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** La mediana de PTH fue de 333 pg/mL (RIC: 183–519), la de calcio de 8.1 mg/dL (RIC: 7.5–8.7) y la de fósforo de 5.8 mg/dL (RIC: 4.7–7.6). El 57.9% (121) de los 209 pacientes presentó PTH >300 pg/mL. Respecto al total, el 37.3% (78) registró valores entre 300–600 pg/mL, el 10.0% (21) entre 601–1000 pg/mL y el 10.5% (22) >1000 pg/mL. La PTH mostró correlación inversa con el calcio ($\rho=-0.402$; $p<0.001$) y directa con el fósforo ($\rho=0.391$; $p<0.001$). No se correlacionó significativamente con la edad ($\rho=-0.132$; $p=0.056$) ni con la frecuencia semanal de hemodiálisis ($\rho=-0.039$; $p=0.578$), ni difirió según sexo ($p=0.481$). **Discusión:** Más de la mitad presentó PTH >300 pg/mL y su elevación se relacionó con menor calcio y mayor fósforo, lo que respalda la vigilancia conjunta de estos marcadores.

TL 71. CARCINOMA METAPLÁSICO DE MAMA EN MUJER JOVEN: REPORTE DE CASO. Cecilia Molina[1], Lilian Barreda[1]. [1]Hospital San Juan de Dios, Departamento de Cirugía, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

Introducción: Se presenta este caso para mostrar el desafío diagnóstico y terapéutico ocasionado por la discordancia histológica y la recurrencia local temprana en una mujer joven. **Descripción del caso:** Mujer de 21 años, sin antecedentes oncológicos personales ni familiares, que consultó por una masa dolorosa en la mama derecha de cuatro meses de evolución. Al examen físico se observó una tumoración ulcerada de aproximadamente 20 cm, sin adenopatías palpables. La biopsia inicial fue informada como neoplasia estromal. Debido al volumen tumoral y la ulceración, se realizó mastectomía higiénica. El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica identificó carcinoma metaplásico con diferenciación condroide; la inmunohistoquímica mostró positividad para CK5/6 y negatividad para receptores de estrógeno, progesterona y HER2. La paciente inició quimioterapia posoperatoria en diciembre. En marzo, tres meses después de iniciar el tratamiento sistémico, se documentó una recurrencia local de aproximadamente 10 cm, que requirió nueva resección. La insuficiencia de piel para el cierre inmediato obligó a utilizar terapia de presión negativa durante aproximadamente un mes, seguida de injerto cutáneo. Se obtuvo el consentimiento informado del paciente o de su representante legal, según correspondía. **Conclusión:** La heterogeneidad tumoral condicionó la discordancia diagnóstica, mientras que la recurrencia temprana exigió resección y cobertura escalonada. Se requiere una correlación anatomopatológica amplia y planificación multidisciplinaria desde el abordaje inicial.

TL 72. TURNOS, SUEÑO, ALIMENTACIÓN Y FACTORES METABÓLICOS EN TRABAJADORES DE MAQUILA. Fanny Waleska Velázques[1], Marco Fernando Gonzales[2]. [1]Profesional Independiente, San Pedro Sula, Honduras. [2]Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El trabajo por turnos puede alterar los ritmos biológicos, afectando el sueño, la alimentación y la actividad física, factores vinculados con el desarrollo del síndrome metabólico. En la industria maquiladora, donde predominan los horarios rotativos, resulta importante evaluar su impacto sobre la salud de los trabajadores. **Objetivo:** Determinar la asociación entre el síndrome metabólico, el ciclo sueño-vigilia y los hábitos alimentarios en trabajadores con turnos rotativos de una maquila de San Pedro Sula, Honduras. **Métodos:** Estudio cuantitativo, correlacional y no experimental. De una población de 895 trabajadores se seleccionó una muestra de 269 colaboradores de 19 a 45 años. Se evaluaron índice de masa corporal, presión arterial, glucosa en ayunas, triglicéridos, actividad física, ciclo sueño-vigilia y hábitos alimentarios. El estudio contó con el aval institucional y la aprobación del comité de ética de la institución sede. **Resultados:** El 95.9% (258) de los trabajadores no se había realizado controles médicos. El 44.6% (120) presentó sobrepeso y el 29.0% (78) obesidad. El 90.0% (242) tuvo presión arterial normal. Se registró somnolencia diurna en el 54.3% (146), somnolencia excesiva en el 53.2% (143) y despertares nocturnos frecuentes en el 50.6% (136). El 61.7% (166) realizaba 20 minutos o menos de actividad física semanal y el 70.3% (189) reportó cambios alimentarios asociados a la rotación de horarios. Hubo una correlación negativa débil entre ciclo sueño-vigilia y hábitos alimentarios ($r=-0.250$; $p<0.01$). **Discusión:** Los trabajadores con turnos rotativos presentaron alteraciones del sueño, baja actividad física y cambios en la alimentación, junto con una elevada frecuencia de sobrepeso y obesidad. Estos hallazgos respaldan la implementación de estrategias dirigidas a mejorar los hábitos de vida y reducir el riesgo metabólico en esta población.

ÍNDICE POR AUTOR Y CÓDIGO

Acosta Flores AA	TL 30
Aguilar Torres JR	TL 16
Alas-Pineda C	TL 33
Argueta Paz GA	TL 70
Arita Santos DI	TL 05, TL 56
Banegas L	TL 68
Barahona Campos AE	TL 52
Barahona M	TL 30
Barreda L	TL 71
Barrientos AI	TL 25, TL 26, TL 40
Barrueto Saavedra E	TL 36
Bejarano BG	TL 52
Bonilla P	TL 01
Buezo Miranda AM	TL 05
Caballero Caballero EA	TL 35
Caballero GE	TL 54
Caballero J	TL 49, TL 50
Cabrera García DG	TL 09
Cabrera Martínez MO	TL 65, TL 66
Carranza Meléndez GG	TL 57
Castellanos Henríquez SA	TL 36
Castrón Guardado JH	TL 53
Catocho Vásquez NM	TL 34
Chinchilla Morán AG	TL 55
Cooper Lagos GK	TL 09
Corea Deras PA	TL 14
Craniotis-Rios J	TL 55
Cruz Villeda DA	TL 67
David Desjardines MG	TL 04, TL 05, TL 15
Dilbert Guzmán AM	TL 20
Domínguez García EA	TL 09
Domínguez Padilla JZ	TL 57
Elvir ML	TL 58
Espinal E	TL 25, TL 40
Fajardo E	TL 13
Fajardo F	TL 06
Fajardo Fajardo REA	TL 11, TL 16
Fajardo Ferrera IS	TL 13
Fúnez Benítez MA	TL 68
Fúnez Herrera NO	TL 27
García Guzmán MA	TL 03
Gavarrete Contreras MS	TL 22, TL 43
Gómez García CE	TL 21
Gómez Osorio SS	TL 26, TL 61
Gonzales Amaya MF	TL 02, TL 12, TL 18, TL 72
Gonzáles EJ	TL 18
Gonzales Quintanilla NI	TL 61
Gradis O	TL 31
Guardado Ramírez AW	TL 19
Gudiel Corleto VA	TL 37
Gutiérrez Morales AJ	TL 68
Hércules Santos RA	TL 56
Hernández A	TL 41, TL 51
Hernández Díaz DA	TL 57
Hernández López VM	TL 67
Irías Lemus AB	TL 22, TL 43
Jiménez Amaya EM	TL 17
Jovel JI	TL 39
Juárez Umaña C	TL 28
Lagos Discua MA	TL 47
Laínez K	TL 38
Lara A	TL 01
Lara Alvarado YL	TL 65, TL 66
López L	TL 07
López Martínez SN	TL 17
López Mejía EF	TL 22
Madrid C	TL 70
Madrid López DA	TL 45, TL 46
Madrid Mejía WA	TL 06
Madrid Ordoñez HN	TL 09
Maldonado Cárdenas LM	TL 62
Marchena Bandes MJ	TL 44
Martínez A	TL 07
Martínez Jaco I	TL 25, TL 40
Martínez Santos BC	TL 32
Mártir López NY	TL 42
Matute Hernández AM	TL 17
Medina Martínez RM	TL 01, TL 06, TL 09, TL 10, TL 17, TL 25, TL 26, TL 38, TL 40, TL 41, TL 44, TL 45, TL 46, TL 49, TL 50, TL 51, TL 53, TL 60, TL 61, TL 62, TL 64, TL 65, TL 66, TL 69
Medina Rodríguez AE	TL 23
Menjívar Bandy N	TL 38, TL 44
Menjivar-Vallecillo MJ	TL 33
Meza Fernández LA	TL 48
Milla Benítez MV	TL 31
Minueza Mejía TR	TL 11, TL 15
Molina C	TL 71
Montes KY	TL 59
Murillo Castro AS	TL 08, TL 10, TL 28
Orellana Morales MV	TL 56
Ortega Reyes LJ	TL 45, TL 46
Ortega Rodríguez A	TL 27, TL 36, TL 53
Pacheco Aguirre ME	TL 18

Pacheco Fernández DE	TL 07
Palomo Elvir A	TL 37, TL 55
Pavón A	TL 41, TL 51
Paz Castillo CV	TL 11
Paz López JK	TL 29
Paz Velásquez CM	TL 63
Peñalva Matute DM	TL 43, TL 63
Perdomo Molina Á	TL 35, TL 70
Pereira E	TL 41, TL 51
Pineda Tejada FY	TL 52
Pinto Lanza GS	TL 29
Pinto López SA	TL 12
Ramírez Sánchez NE	TL 53
Ramos Alvarado MR	TL 12
Rápalo Luna VA	TL 28
Raudales Herrera AN	TL 06
Recino Beltrán RA	TL 34
Reyes Flores NS	TL 68
Reyes Ramos AM	TL 01
Reyes Villalta SG	TL 57
Rivera Guzmán EJ	TL 14, TL 48
Rodríguez CN	TL 31
Romero Banegas LM	TL 19
Romero Jaime MG	TL 42
Romero Leiva JM	TL 60
Romero NI	TL 32
Romero Reyes L	TL 33
Ruiz-Zaldivar S	TL 33
Saavedra Hernández M	TL 29, TL 39
Sabat Reyes DS	TL 48
Salguero Fernández LA	TL 60
Salinas OI	TL 03
Samayoa LE	TL 39
Santos Villalvir EJ	TL 55
Sarmiento K	TL 49, TL 50
Schultz Flores BL	TL 60
Tejeda Rodríguez AP	TL 42
Tejeda Sánchez EA	TL 34
Torres Gutiérrez JA	TL 67
Trejo Soto AL	TL 15
Varela Luque AO	TL 19
Vásquez Matamoros SG	TL 04
Velázques FW	TL 72
Villalvir Galeano EM	TL 08
Villeda JE	TL 69
Zelaya Guardado VO	TL 54
Zepeda Lazo NA	TL 24

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

INFORMACIÓN GENERAL E INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

Octubre 2026

1. INFORMACIÓN GENERAL

La Revista Médica Hondureña (Rev Méd Hondur) es el órgano oficial de difusión y comunicación científica del Colegio Médico de Honduras (**https://www.colegiomedico.hn/**). La revista es de acceso abierto (open access, OA), lo que significa que el acceso a los artículos es gratuito y no se cobran tarifas por el procesamiento de los manuscritos. Fue creada el 2 de noviembre de 1929 y con su primera publicación en mayo de 1930 se constituye en la publicación continua en el campo de la salud más antigua de Honduras. Es una publicación semestral que difunde y comunica conocimientos científicos inéditos fundamentados en principios éticos y de calidad. Su finalidad es fomentar y apoyar la investigación científica y la educación médica continua, especialmente del gremio médico nacional. Cuenta con versión impresa ISSN 0375-1112 y versión electrónica ISSN 1995-7068. La versión electrónica desde 1930 está disponible en https://revistamedicahondurena.hn/ y en https://honduras.bvsalud.org. Se encuentra indizada en LILACS-BIREME, CAMJOL, AmeliCA, LATINDEX, DIMENSIONS, REDIB, DOAJ, RESEARCH4LIFE (**https://onx.la/72baa**). Se encuentran disponibles una serie de recursos para autores (**https://onx.la/7c318**) y para revisores (https://onx.la/d25cf). Los artículos y materiales publicados están autorizados para su uso y distribución de acuerdo con la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0, **https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es**).

1.1 MISIÓN, ALCANCE, VISIÓN

MISIÓN

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

OBJETIVO Y ALCANCE

A través de la difusión y comunicación científica ética y de calidad, fomentar y apoyar la investigación científica y la educación médica continua. Además, difunde artículos de investigaciones inéditas sobre la práctica clínica, la salud pública e investigación para la salud, incluyendo artículos en las categorías original con diseño metodológico cuantitativo, cualitativo y mixto. 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, cualitativo y mixto, 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, cualitativo y mixto. Puede incluir observaciones de laboratorio, investigaciones poblacionales, 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 Edi-

torial 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

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

1.2.6 Imagen en la práctica clínica

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

1.2.7 Revisión bibliográfica

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

1.2.8 Artículo especial

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

1.2.9 Artículo de ética

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

1.2.10 Historia de la medicina

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

1.2.11 Artículo de opinión

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

1.2.12 Cartas al Editor

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

1.2.13 *Ad Libitum*

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

1.2.14 Información Complementaria

La información complementaria incluye material directamente relevante para el contenido de un artículo científico pero que no se puede incluir en el artículo mismo por razones de

espacio o formato (por ejemplo, cuadros y figuras que superan el número permitido, videoclips o archivos de sonido). Los autores deben presentar la información complementaria de manera clara y concisa.

1.2.15 Anuncios

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

1.2.16 Suplementos

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

1.3 ESTÁNDARES DE PUBLICACIÓN

La Revista Médica Hondureña se 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 2026).

1.3.2 Red EQUATOR

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

1.3.3 Registro de Ensayos Clínicos

La Revista Médica Hondureña como una condición para la publicación, requiere que los ensayos clínicos con participantes humanos sean registrados en un registro público de ensayos clínicos antes del inicio de enrolamiento de participantes. Se define ensayo clínico como estudio prospectivo que asigna participantes a una intervención, con o sin grupo de comparación concurrente o grupo control, para estudiar la relación entre una intervención y un desenlace de salud. La Plataforma de Registros Internacionales de Ensayos Clínicos (International Clinical Trials Registry Platform, ICTRP) de la OMS está disponible en **https://onx.la/2c8c9**

1.3.4 Registro de Protocolos de Revisiones Sistemáticas

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

1.3.5 Pautas SAGER

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

1.3.6 Principios Éticos

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

Ética de la Investigación: El Consejo Editorial se reserva el derecho de proceder de acuerdo 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 la metodología, al final de los aspectos éticos el nombre de la herramienta, versión, fabricante y el propósito exacto del uso. Los chatbots (como ChatGPT) no deben figurar como autores, ya que no pueden asumir responsabilidad por la exactitud, integridad y originalidad del trabajo.

1.3.7 Registro ORCID

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

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

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

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

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

1.3.10 Revisión por Pares

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

2. INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

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

cuadros y figuras siempre que sea necesario y para facilitar la comprensión de la información presentada. Se debe dividir el texto en secciones como se indica para cada tipo de artículo.

2.1 TÍTULO

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

2.2 RESUMEN

Este apartado de un artículo es visible en las bases de revistas tanto nacionales como internacionales. Debe realizarse en español y en inglés. Puede ser estructurado o no estructurado. Estructurado para los artículos originales y casos clínicos con una extensión máxima de 250 palabras. El resumen de los artículos originales se divide en: Introducción, Objetivo, Métodos, Resultados y Discusión. El resumen de los artículos de caso clínico se divide en Introducción, Descripción del caso o serie de casos 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, Case description or series of cases, 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, iniciando la primera letra de la palabra clave en mayúscula, 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, el universo, 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 criterios de inclusión y exclusión, 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. Se debe especificar el nombre, versión, fabricante y propósito exacto del uso de IA. 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 apa-

rece después de la Discusión y antes de Agradecimientos. Todos los artículos con más de un autor, deben incluir esta sección.

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

Cuando los autores someten un artículo de cualquier tipo son responsables de declarar todas las relaciones personales, institucionales o financieras que podrían sesgar o podrían ser vistas como sesgo en su trabajo. Si existen implicaciones comerciales o relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés de otro tipo, deben explicarse en un apartado antes de los agradecimientos. Todos los artículos deben incluir esta sección.

2.4.7 Agradecimientos

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

2.4.8 Detalles del autor(es)

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

2.4.9 Referencias bibliográficas

Debe usarse la bibliografía estrictamente necesaria y consultada personalmente por los autores. Los autores deben evitar citar artículos de revistas depredadoras o pseudo revistas. Ver **Anexo I** y **Anexo III**. Las referencias bibliográficas citadas en el texto se identificarán mediante números en superíndice y por orden de aparición en el texto. El superíndice se cita después de la puntuación. Los números se separan por comas. Si son más de dos referencias en orden consecutivo, se pueden separar por un guion colocando la primera y la última. En la sección de Referencias al final del manuscrito, se deben listar todos los autores cuando son seis o menos. Cuando hay siete o más, se listarán los primeros seis seguidos de "et al." Se deben abreviar los títulos de las revistas de conformidad con el estilo utilizado en la lista de revistas indizadas en el Index Medicus que deben ser consultadas en **https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/**. El 75% de las referencias deben ser de los últimos 5 años y el resto de preferencia de la última década, excepto aquellas que por motivos históricos o que contengan casuística nacional o por no encontrar referencias actualizadas, deban ser utilizadas como una alternativa. Se recomienda citar trabajos relacionados publicados en español e inglés, incluyendo artículos relacionados publicados en la Revista Médica Hondureña. El **Anexo I** presenta el límite de referencias según tipo de artículo; es más importante la calidad de la cita bibliográfica (fuente) y su pertinencia para cada apartado del artículo, que la cantidad. Ver ejemplos de referencias bibliográficas en el **Anexo III**. Para ver otros ejemplos de citación, visitar: **https://acortar.link/7x2ylm/**.

2.4.10 Abreviaturas y símbolos

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

2.4.11 Unidades de medida

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

2.4.12 Cuadros

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

2.4.13 Figuras

Las figuras (gráficos, diagramas, ilustraciones, fotografías, etc.), deberán ser enviadas en formato digital, de manera individual, enumeradas, con números arábigos, 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 articulo (titulo, 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
Ad Libitum	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 articulo tipo (tipo del articulo), 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 , conflictos de interés, así como el uso de la IA. 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:

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

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

No.	Los autores deben garantizar que conocen y aplicaron la siguiente información:
1.	El correo electrónico de la Revista Médica Hondureña es revmh@colegiomedico.hn.
2.	Se incluyó la dirección de correo electrónico y el identificador ORCID de todos los autores, y el número de teléfono móvil del autor corresponsal.
3.	Texto fue escrito en una sola columna, a espacio interlineal de 1.5, letra Arial 12.
4.	Las secciones del artículo inician en una página.
5.	En la página del título se incluyó título en español e inglés, titulillo; nombre de los autores 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, Declaración del uso de la Inteligencia artificial generativa (IAG).

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

GENERAL INFORMATION AND INSTRUCTIONS FOR MANUSCRIPT SUBMISSION

October 2026

1. GENERAL INFORMATION

The Revista Médica Hondureña (Rev Méd Hondur) is the official organ of dissemination and scientific communication of the Honduras Medical College (Colegio Médico de Honduras, (https://www.colegiomedico.hn/). The journal is open access (OA), which means that access to the articles is free and no fees are charged for manuscript processing. 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, DIMENSIONS, REDIB, DOAJ, RESEARCH4LIFE (https://onx.la/72baa). A series of resources for authors (https://onx.la/7c318) and reviewers (https://onx.la/ d25cf) are available. Published articles and materials are licensed for use and distribution under the Creative Commons Attribution 4.0 International license (CC BY 4.0, https:// creativecommons. org/licenses/by/4.0/deed.en).

1.1 MISSION, SCOPE, VISION

MISSION

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

AIM AND SCOPE

Through ethical and quality scientific dissemination and communication, encourage and support scientific research and continuing medical education. In addition, it disseminates unpublished research articles on clinical practice, public health, and health research, including articles in the categories original with quantitative, qualitative and mixed methodological design. 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 p ublished, 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 with quantitative, qualitative and mixed 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 with quantitative, qualitative and mixed 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 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, Case description or series of cases, and Conclusion. It should present sufficient evidence of the respective diagnosis through the description of evident clinical manifestations, laboratory or surgical findings, radiological images, isolated microorganisms, biopsy microphotography, among others. Be cautious when stating that it is a first case. It must follow scientific standards of ethics and quality. Include a structured abstract of a maximum of 250 words.

1.2.6 Imaging in Clinical Practice

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

1.2.7 Narrative review

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

1.2.8 Special article

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

1.2.9 Ethics article

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

1.2.10 History of medicine

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

1.2.11 Opinion article

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

1.2.12 Letter to the Editor

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

1.2.13 *Ad Libitum*

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

1.2.14 Supplementary Information

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

1.2.15 Announcements

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

1.2.16 Supplements

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

1.3 PUBLICATION STANDARDS

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

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

The Revista Médica Hondureña adheres to the Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Authors should consult these recommendations on the following website: http://www.icmje.org (updated January 2026).

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 in the methodology, at the end of the ethical considerations, the name of tool, version, manufacturer, and the exact purpose of its use. Chatbots (such as ChatGPT) they should not be listed as authors, as they cannot assume responsibility for the accuracy, integrity, and originality of the work.

1.3.7 ORCID Registration

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

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

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

1.3.9 Copyright and license for use of articles and related materials

Revista Médica Hondureña is an open access (OA) journal, according to the definition of open access in The Directory of Open Access Journals (DOAJ, **https://doaj.org/)**. Authors retain copyright without restriction. Published articles and materials are licensed under Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0, (CC BY 4.0, **https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en)**: you are free to Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material for any purpose, including commercially), under the following terms: 1) Attribution: you must give proper credit, provide a link to the license, and indicate if changes have been made. You may do so in any reasonable manner, but not in such a way as to suggest that you or the use you are seeking is supported by the licensor. 2) No additional restrictions: you may not apply legal terms or technological measures that legally restrict others from making any use permitted by the license. The manuscript must be accompanied by the Letter of Request and Consent to Publish Article signed by each author (**Annex II**). Papers previously published in another journal will not be accepted unless permission to reproduce has been granted and it is considered important to reproduce an already published article.

1.3.10 Peer Review

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

2. INSTRUCTIONS FOR MANUSCRIPT SUBMISSION

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

2.1 TITLE

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

2.2 ABSTRACT

This section of an article is visible in both national and international journal databases. It must be written in Spanish and English. It can be structured or unstructured. Structured for original articles and clinical cases with a maximum length of 250 words. The abstract for original articles is divided into: Introduction, Objective, Methods, Results and Discussion. The abstract for clinical case articles is divided into: Introduction, Case description or series of cases 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.

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, starting with the first letter of the keyword capitalized, 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 universe, 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 inclusion and exclusion criteria, 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. The name, version, manufacturer, and exact purpose of the AI use must be specified. When the methods and procedures require it, the information should be supported with the pertinent bibliographic references. When the manuscript refers to human subjects, the section should be entitled Participants and Methods.

2.4.3 Results

It should be written in the past tense. The results should be presented in a way that corresponds to the methodology proposed, including the development of the statistical analysis. Describe the most important findings of the research carried out. Preferably use the expository form; only when it is strictly necessary to use tables and/or figures. Do not repeat in the text what is stated in the tables or figures. Do not express interpretations, assessments, judgments, or assertions. Do not use verbal expressions such as quantitative estimates (rarely, most, occasionally, often) as a substitute for numerical values.

2.4.4 Discussion

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

2.4.5 Contributions

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

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

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

2.4.7 Acknowledgements

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

2.4.8 Details of the author(s)

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

2.4.9 Bibliographical references

Only the bibliography strictly necessary and consulted personally by the authors should be used. See **Annex I** and **Annex III**. Bibliographical references cited in the text should be identified by superscript numbers and in order of appearance in the text. The superscript is cited after punctuation. The numbers are separated by commas. If there are more than two references in consecutive order, they can be separated by a hyphen placing the first and the last one. In the References section at the end of the manuscript, all authors should be listed when there are six or fewer. When there are seven or more, the first six should be listed followed by “et al.” Journal titles should be abbreviated in accordance with the style used in the list of journals indexed in *Index Medicus* that should be consulted at **http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed**. Seventy-five percent of the references should be from the last 5 years and the rest preferably from the

last decade, except those that for historical reasons or containing national casuistry or for not finding updated references, should be used as an alternative. It is recommended to cite related works published in Spanish and English, including related articles published in the Revista Médica Hondureña. **Annex I** present the limit of references according to the type of article; the quality of the bibliographic citation (source) and its relevance to each section of the article is more important than the quantity. See examples of bibliographic references in **Annex III**. For other citation examples, see: **https://acortar.link/7x2ylm/**.

2.4.10 Abbreviations and symbols

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

2.4.11 Units of measurement

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

2.4.12 Tables

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

2.4.13 Figures

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

2.4.14 Supplementary information

Supplementary information, for any article that requires it, must be submitted with the article as a separate supplementary file. The document must contain the general information of the article (title, running title, authors). In a single supplementary file all supplementary information should be included: table(s), figure(s), others, listed according to their appearance in the manuscript.

3. SUBMISSION OF THE MANUSCRIPT

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

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

4. EDITORIAL PROCESS

1) First editorial review. The Editorial Board reviews to determine the scientific quality of the article and if its subject matter fits the scope of the journal. The review is initiated by the editorial assistants and editorial body to determine whether it is accepted with or without modifications or rejected. A decision is made as to whether the manuscript is submitted for review by peer reviewers from the journal database, associate editors and/or international editors. This is an internal editorial process.
2) Peer review. The manuscript is sent to two peer reviewers from the journal database, associate editors and/or international editors considered as experts in the corresponding topic. The reviewers will have a period of 2 weeks, extendable, to submit the review of the article. This is an external editorial process.
3) Acceptance or rejection of the manuscript. According to the reviewers' reports, the Editorial Board will decide whether to

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

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

5. ANNEXES

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

Type of article	Maximum length in words*	Maximum number of tables and/or figures	Bibliographical references
Original	4,000	5	20-40
Clinical Case	3,000	4	15-30
Narrative Review	5,000	4	25-40
Special	4,000	4	30-40
Image	200	1	1-3
Short Communnication	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
Ad Libitum	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 documented the relationships and financial and non-financial activities and conflicts of interest, as well as the use of AI. 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:

Abood 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, and institutional affiliation.
6.	The title page also included the number of words in the abstract, number of words in the complete article (excluding title, authors, abstract, keywords, bibliography, tables, and figures), total number of tables and figures, number of bibliographic references.
7.	A financial and non-financial relationships and activities and conflict of interest statement was presented on the title page.
8.	Abstract and keywords (https://decs.bvsalud.org/) were included in Spanish and English.
9.	The bibliographic references were cited in the text by consecutive numbers in super-script.
10.	The standards of the International System of Units were used for measurements.
11.	Tables and figures were prepared in the recommended format, presented at the end of the article, with an explanation of the abbreviations used. The legend of the figures is presented on a different page.
12.	The contribution of each author in the preparation of the manuscript was described.
13.	Supplementary information was prepared, if required by the article, in a supplementary file following the recommended format.
14.	Information related to the financing of the study through grants, scholarships or other mechanisms was included.
15.	It was notified in the letter of request for publication if the article has been published or is planned to be published as a preprint (share link to the publication site).
16.	For any study with human participants, proof of approval from a research ethics com-mittee is required. If it is an investigation on secondary sources, include institutional approval or endorsement.
17.	All accompanying documentation was prepared: Letter to the Editorial Board, Written authorization from the persons or institutions recognized in the Acknowledgments section, Written authorization for the reproduction of previously published material, Proof of Approval of the research committee, Institutional endorsement, Declaration of the use of Generative Artificial Intelligence (GAI).

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/

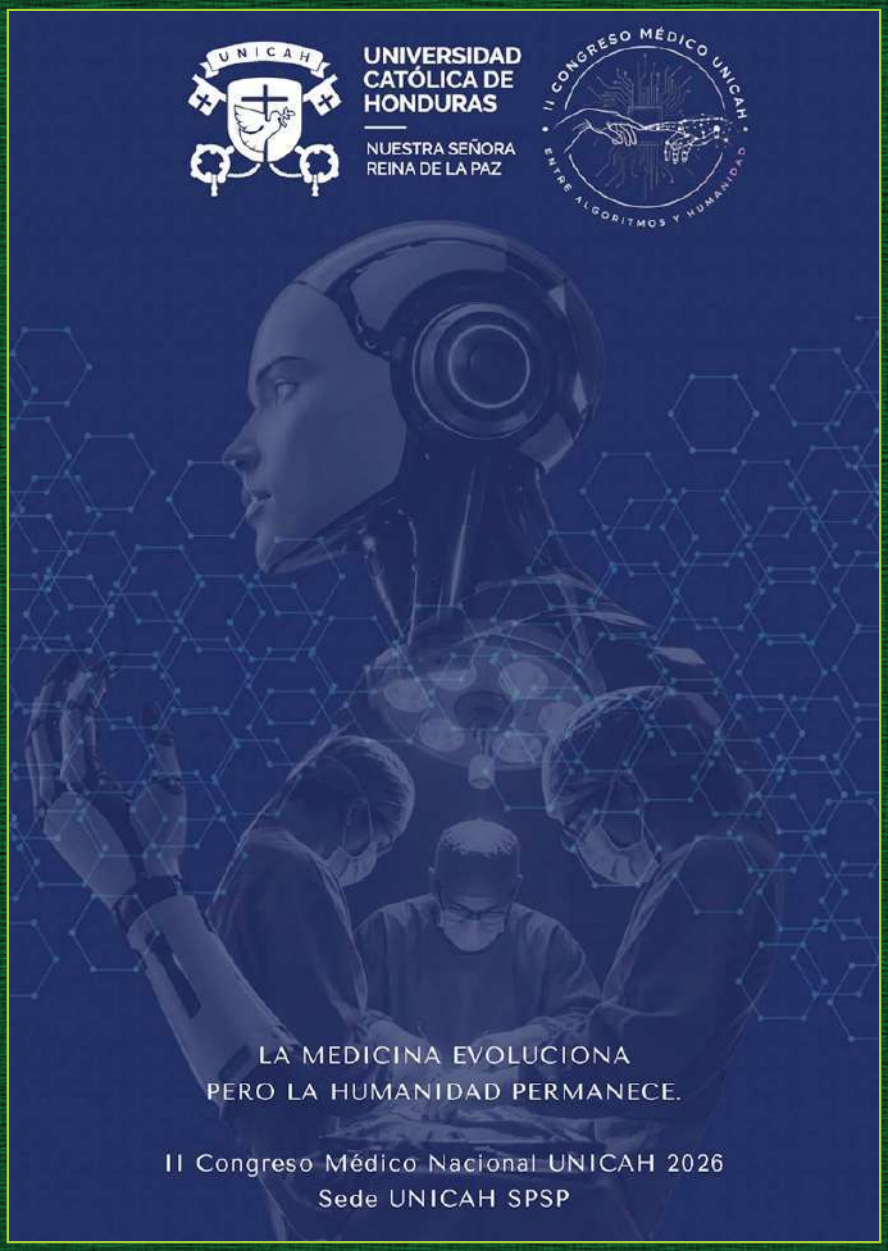
LILACS · COPE · DeCS Descriptores en Ciencias de la Salud · Citing Medicine · ICMJE International Committee of Medical Journal Editors

WAME world association of medical editors · ORCID Connecting Research and Researchers · PubMed · research4life

AUTHORAID · equator network · THE GLOBAL HEALTH NETWORK g research by sharing knowledge

Correo electrónico: revmh@colegiomedico.hn
Sitios web: 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



II CONGRESO MÉDICO NACIONAL
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE HONDURAS

San Pedro Sula, Cortés
29 y 30 de octubre del 2026