



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

Revista **MEDICA** Hondureña

ISSN 0375-1112

ISSN 1995-7068

Vol. 93 (Suplemento No. 1)
2025 pp. S1-68



Modalidad:
Híbrida

**IX Congreso de la Asociación
Centroamericana y del Caribe
de Infectología**

**¿Cuándo?**
10, 11 y 12
de diciembre
de 2024

**¿Dónde?**
Hotel Clarion
Tegucigalpa,
Honduras



¡ESCANEA!
 **¡Inscribete!**
[www.event2app/
acencai2024](http://www.event2app/acencai2024)

Organiza:   

Para más información contáctanos: ✉ shel@honduras@gmail.com

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

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

DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v93iSupl.1.20409>

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

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

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



JUNTA DIRECTIVA DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS PERÍODO 2024-2026

PRESIDENCIA

Dr. Samuel Francisco Santos Fuentes

VICE-PRESIDENCIA

Dr. Haroldo Arturo López García

SECRETARÍA DE ACTAS Y CORRESPONDENCIA

Dra. Xaviera Alexa Caballero Cáceres

SECRETARÍA DE FINANZAS

Dra. Elena Ninoska Reyes Flores

SECRETARÍA DE COLEGIACIONES

Dr. Isaí Gutiérrez Andino

SECRETARÍA DE ACCIÓN SOCIAL Y LABORAL

Dr. Víctor Gerardo Elías Castejón Cáliz

SECRETARÍA DE ASUNTOS EDUCATIVOS Y CULTURALES (PRESIDENCIA CENEMEC)

Dr. Tirzo Israel Godoy Torres

FISCALÍA

Dra. Ingrid E. Urbina Hollmann

VOCALÍA

Dra. Sayda Lizeth Pejuan Uclés



Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112 / ISSN 1995-7068

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

**Vol. 93 (Suplemento No. 1)
2025 pp. S1-68**

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

<http://revistamedicahondurena.hn/>
<http://www.bvs.hn/RMH/html5/>
[http://www.colegiomedico.hn/](http://www.colegiomedico.hn/revmh@colegiomedico.hn)
revmh@colegiomedico.hn

CONSEJO EDITORIAL 2022-2025

CUERPO EDITORIAL

DIRECTORA

Edna Maradiaga, Médica Salubrista

EDITOR ADMINISTRATIVO

Tirzo Israel Godoy, Médico Internista

SECRETARIA

Rosa María Duarte, Médica Salubrista

EDITOR GENERAL

Erika Velásquez Villars, Licenciada en Periodismo

COMITÉ EDITORIAL

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

ASISTENTE EDITORIAL

Brenda Ávila Carranza, Perito Mercantil

EDITORES ASOCIADOS

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

EDITORES INTERNACIONALES

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

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

Edna Maradiaga, Médica Salubrista

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

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

Tirzo Godoy, Médico Internista

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

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

Erika Velásquez Villars, Licenciada en Periodismo

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

Centro Nacional de Educación Médica Continua, Colegio Médico de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.
revmh@colegiomedico.hn

Briana Beltran, Médica Epidemióloga

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

Unidad de Epidemiología, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Hospital de Especialidades; Tegucigalpa, Honduras.
yasmin31.beltran@gmail.com

Ana Ligia Chinchilla, Gineco-Obstetra, FACOG

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

Departamento de Ginecología y Obstetricia, IHSS; Departamento de Ciencias Morfológicas, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.
ligiachinchilla@yahoo.com.mx

Rosa María Duarte, Médica Salubrista

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

Comité de Vigilancia, Colegio Médico de Honduras; Dirección General de Normalización, Secretaría de Salud; Tegucigalpa, Honduras.
duarte2000sl@yahoo.com

Eleonora Espinoza, Médica Salubrista

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

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

Nora Rodríguez Corea, Pediatra, Epidemióloga

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

Maestría en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.
norarmendoz@gmail.com

Heriberto Rodríguez Gudiel, Gineco-Obstetra, FACOG

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

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.
gudielmmf2013@gmail.com

José E. Sierra, Médico Fisiatra

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

Departamento de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.
capitan1082@hotmail.com

Efraín Bu Figueroa, Internista Infectólogo

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

Servicio de Medicina Interna-Enfermedades Infecciosas, Hospital Honduras Medical Center; Tegucigalpa, Honduras.
efrabu@hotmail.com

Helga Codina, Reumatóloga

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

Departamento de Medicina Interna, IHSS; Tegucigalpa, Honduras.
helgacv@yahoo.com

Carlos A. Fortín M., Ortopeda y Traumatólogo

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

Departamento de Cirugía, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.
ca14m@yahoo.com

Martha Cecilia García, Doctora en Química y Farmacia

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

Biblioteca Médica Nacional, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.
garcamartha0@gmail.com

Marco T. Luque, Pediatra Infectólogo, Master en Epidemiología

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

Departamento de Pediatría, IHSS; Departamento de Pediatría, Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.
mtluque@yahoo.com

Enma Molina, Médica Fisiatra, Máster en Métodos Cuantitativos de Investigación en Epidemiología.

 <https://orcid.org/0000-0002-2260-656X>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IX CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN CENTROAMERICANA Y DEL CARIBE DE INFECTOLOGÍA

PROGRAMA CIENTÍFICO Y RESÚMENES

**Tegucigalpa, Honduras
10 al 12 de diciembre 2024**

CONTENIDO

ORGANIZACIÓN DEL CONGRESO

Junta Directiva de la Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas período 2022-2024	7
Comité Organizador del IX Congreso de la Asociación Centroamericana y del Caribe de Infectología	8
Mensaje de Bienvenida	9
Programa Científico.....	10

RESÚMENES

Resúmenes de Conferencias Magistrales.....	19
Resúmenes de Trabajos Libres, Modalidad Oral	25
Resúmenes de Trabajos Libres, Modalidad Póster.....	31

ÍNDICE DE AUTOR.....	50
----------------------	----

PATROCINADORES	51
----------------------	----

INSTRUCCIONES PARA AUTORES 2025	53
---------------------------------------	----

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS 2025.....	61
------------------------------------	----

**IX CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN CENTROAMERICANA
Y DEL CARIBE DE INFECTOLOGÍA
SOCIEDAD HONDUREÑA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
JUNTA DIRECTIVA 2022-2024**



Dra. Wendy Moncada
Presidenta



Dra. Diana Varela
Secretaria



Dr. Marco Tulio Luque
Fiscal



Dra. Sara Rivera
Tesorera



Dr. Efraín Bú
Vocal

**IX CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN CENTROAMERICANA
Y DEL CARIBE DE INFECTOLOGÍA
SOCIEDAD HONDUREÑA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

**COMITÉ ORGANIZADOR DEL IX CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN
CENTROAMERICANA Y DEL CARIBE DE INFECTOLOGÍA**



De izquierda a derecha: Dra. Wendy Moncada, Dr. Efraín Bú Figueroa, Dra. Diana Varela, Dr. Marco Tulio Luque, Dr. Ramon Jeremías Soto, Dra. Maribel Rivera, Dra. Elham Mandhegari y Dra. Pamela Zacasa.

**IX CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN CENTROAMERICANA
Y DEL CARIBE DE INFECTOLOGÍA
SOCIEDAD HONDUREÑA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

MENSAJE DE BIENVENIDA

Estimados colegas, distinguidos invitados, participantes:

Es un honor y un privilegio para mí darles la más cálida bienvenida al Congreso de la Asociación Centroamericana y del Caribe de Infectología 2024. Este evento reúne a destacados profesionales, investigadores y académicos de nuestra región y Estados Unidos, y es una oportunidad invaluable para fortalecer el conocimiento, intercambiar experiencias y construir estrategias innovadoras en la lucha contra las enfermedades infecciosas que afectan a nuestras comunidades.

Quiero iniciar expresando mi más sincero agradecimiento a todos ustedes por su presencia. Su participación refleja el compromiso con la salud pública y con el bienestar de nuestros pacientes. En especial, quiero agradecer a nuestros ponentes nacionales e internacionales, quienes, con su experiencia y dedicación, enriquecerán este congreso con sus valiosas aportaciones. También quiero reconocer el trabajo incansable de los organizadores y patrocinadores, cuya visión y esfuerzo han hecho posible este evento. Su dedicación ha permitido que hoy podamos estar aquí, compartiendo este espacio de aprendizaje y colaboración. La infectología ocupa un lugar fundamental en la medicina. Lo hemos visto a lo largo de la historia. Su importancia va más allá de la atención clínica, abarcando la investigación científica, la prevención de enfermedades, el diseño de políticas públicas y la educación en las comunidades. Como profesionales en este campo, nuestra labor no solo salva vidas, sino que también construye resiliencia en nuestras sociedades frente a amenazas sanitarias presentes y futuras.

En los últimos años, hemos sido testigos de cómo grandes desafíos en infectología han transformado la manera en que entendemos y abordamos la salud en el mundo. Desde la pandemia de COVID-19 hasta el resurgimiento de enfermedades como el dengue, VIH y la tuberculosis, hemos demostrado que el conocimiento, la innovación y la colaboración son nuestras mejores herramientas. Durante este congreso, exploraremos los avances más relevantes en nuestro campo. Hablaremos sobre aspectos relevantes de la resistencia antimicrobiana y cómo la lucha contra las bacterias multirresistentes ha alcanzado un punto crítico; vacunación y cómo la implementación de vacunas innovadoras ha transformado la prevención de enfermedades en nuestra región; avances en tecnología y su impacto en la salud; entre otros temas interesantes.

Analizaremos los retos actuales y exploraremos nuevas oportunidades para avanzar en nuestra disciplina.

Nuestro compromiso como Infectólogos no termina en el hospital o en el laboratorio; se extiende a la comunidad, donde nuestras acciones impactan directamente en la calidad de vida de las personas. Para seguir abogando por sistemas de salud robustos, acceso universal a medicamentos esenciales y educación sanitaria para todos.

Finalmente, quiero reiterar mi gratitud por su presencia y participación en este importante evento. Estoy segura de que este congreso será un espacio enriquecedor que nos permitirá seguir avanzando en nuestra misión compartida: proteger y promover la salud de nuestras comunidades.

Bienvenidos. ¡Muchas gracias!

**Dra. Wendy Moncada
Presidenta**

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL IX CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN CENTROAMERICANA Y DEL CARIBE DE INFECTOLOGÍA

MARTES 10 DE DICIEMBRE 2024

HOTEL CLARION, SALÓN MADRID

CM: CONFERENCIA MAGISTRAL, CP: CONFERENCIA PLENARIA, SP: SIMPOSIO, CS: CONFERENCIA SIMPOSIO, S: SEMINARIO

Hora	CODIGO	Evento	Responsable
7:00 am		Inscripción	Comité organizador
8:00 am		Bienvenida	Dra. Wendy Moncada
8:30 am	CM1	Estrategias para combatir la resistencia antimicrobiana en Latinoamérica	Dr. Gabriel Levy, Argentina
9:00 am	CP2	Plenaria: El microbioma y su impacto en la salud y la enfermedad	Dra. Laura Ortiz-Vélez, EUA
9:30 am	CP2	Plenaria: Medicina de precisión y su impacto en el paciente con sepsis	Dr. German Esparza, Colombia
10:00 am	RECESO		
		SALÓN MADRID A	
10:30 am	CM2	Reunión con el experto: Manejo de la Osteomielitis crónica y vertebral	Dr. Jorge Chaverri, Costa Rica
11:15 am	SP1	Simposio de la Asociación Panamericana de Infectología y ACENCAI: Avances y retos de los Programas de Optimización de Antimicrobianos en Centroamérica.	Moderadora: Dra. Wendy Moncada
11:35 am	CS1	Avances y retos de los PROA en Centroamérica	Dra. María Eugenia Gutiérrez, Panamá
11:55 am	CS2	Mejores estrategias en la implementación de programas de optimización de antimicrobianos	Dr. Gabriel Levy, Argentina.
12:15 M	RECESO		
13:00 pm	SP2	Simposio: Abordaje de la resistencia antimicrobiana en Centro América y el Caribe.	Moderadores: Dr. Guillermo Porras, Dr. Carlos Rodríguez
13:10 pm	CS3	Carbapenemasas en Centro América y el Caribe. Estrategias de diagnóstico y control	Dr. German Esparza, Colombia
13:30 pm	CS4	Soluciones informáticas como apoyo al PROA	Dr. Diego Danze, Argentina
13:50 pm	CS5	Casos clínicos en bacterias MDR	Dra. María Virginia Villegas, Colombia

14:15 pm	SP3	Simposio: Optimización del diagnóstico de infecciones bacterianas.	Moderadores: Dra. Diana Varela, Dra. María Eugenia Gutiérrez
14:30 pm	CS6	Avances en el diagnóstico de resistencia antimicrobiana	Dr. Silvio Vega, Panamá
14:50 pm	CS7	Determinantes pronósticos en el paciente con infección: Tiempo y precisión	Dr. Guillermo Porras, Nicaragua
15:10 pm	CS8	Optimización del uso de pruebas diagnósticas (Diagnostic Stewardship)	Dr. Silvio Vega, Panamá
SALÓN MADRID B			
10:30 am	CM3	Reunión con el experto: Infecciones de piel y tejidos blandos por Micobacterias atípicas.	Dr. Carlos Rodríguez, Republica Dominicana
11:15 am	SP4	Simposio: Uso de antibióticos en el paciente crítico	Moderadores: Dr. Alex Cardona
11:30 am	CS9	Optimización de antibióticos en el paciente crítico: PK/PD en el paciente crítico	Dr. Juan Villalobos, Costa Rica
11:45 am	CS10	Antibióticos en pacientes con alteración de función hepática y renal	Dr. Carlos Rodríguez, República Dominicana
12:00 m	CS11	Resistencia Antimicrobiana: Avances y retos en Centroamérica	Dr. Jorge Chaverri, Costa Rica
12:15 pm	RECESO		
13:00 pm	SP5	Simposio: Infecciones en el niño con cáncer. St Jude Children's Research Hospital/NAFCCA/ACENCAI	Moderadores: Dr. Marco Luque, Dra. Pamela Zacasa
13:15 pm	CS12	Red de Neutropenia y fiebre en Centroamérica	Dra. Jacqueline Levy, Panamá
13:35 pm	CS13	Usando datos de un registro de fiebre y neutropenia en un hospital de cáncer pediátrico	Dra. Alicia Chang, Guatemala
13:55 pm	CS14	Optimización de antibióticos en el niño con cáncer	Dra. Kattia Camacho, Costa Rica
14:30 pm	CS15	Generación de nube ultrasónica basada en agua hipoclorosa, para la reducción de bacterias y virus en aire y superficies.	Ing. Carlos Córdova, Perú
SALÓN MADRID C			
14:00 pm	S1	Seminario: Toma de muestras para diagnóstico microbiológico	Moderadores: Dr. Marco Luque, Dra. Maribel Rivera

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL IX CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN CENTROAMERICANA Y DEL CARIBE DE INFECTOLOGÍA

MIÉRCOLES 11 DE DICIEMBRE DE 2024

HOTEL CLARION, SALÓN MADRID

HORA	CODIGO	EVENTO	RESPONSABLE
8:00 am	CP3	Plenaria: ¿Cómo impulsar la investigación en la región?	Dra. María Luisa Ávila, Costa Rica
8:30 am	CM4	Panorama general del desarrollo de nuevas vacunas	Dra. María Elena Bottazzi, Honduras/EUA
9:00 am	CP4	Plenaria: Nuevos horizontes en la terapia antirretroviral	Dr. Alejandro Afani, Chile
9:40 am	RECESO		
SALÓN MADRID A			
10:00 am	CM5	Experto 1: Prácticas esenciales en prevención de heridas quirúrgicas	Dr. Guillermo Porras, Nicaragua
10:45 am	SP7	Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Moderador: Dr. Efraín Bú Figueroa
11:00 am	CS16	Selección de la mejor terapia antirretroviral para asegurar el éxito a largo plazo	Dr. Alejandro Afani, Chile
11:30 am	CS17	Prevención contra VPH en personas viviendo con VIH	Dra. María Eugenia Gutiérrez, Panamá
12:15 pm	RECESO		
13:00 pm	SP8	Simposio: Diagnóstico y manejo de micosis	Moderadores: Dr. Oscar Gómez, Dr. Alex Cardona
13:15 pm	CS18	Micosis del sistema nervioso central	Dr. Guillermo Porras, Nicaragua
13:35 pm	CS19	Candidiasis Sistémica	Dr. Juan Villalobos, Costa Rica
13:55 pm	CS20	Micosis Endémicas	Dr. Eduardo Porras, Nicaragua
14:15 pm	SP9	Simposio: Infecciones Congénitas	Moderadores: Dr. Marco Luque
14:30 pm	CS21	Sífilis congénita	Dra. Jacqueline Levy, Panamá
14:50 pm	CS22	Toxoplasma congénito	Dra. Elham Mandhegari, Honduras
15:10 pm	CS23	Citomegalovirus congénito	Dra. Alicia Chang, Guatemala

SALÓN MADRID B			
10:00 am	CM6	Experto 2: Endocarditis Bacteriana: Diagnostico y nuevas herramientas en el tratamiento.	Dr. Miguel Sierra Hoffman, Honduras / EUA Moderador: Dr. Alex Cardona
10:45 am	SP10	Simposio: Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica (SLIPE) y ACENCAI	Moderadores: Dra. Katia Camacho, Dra. Pamela Zacasa
11:00 am	CS24	Dengue: ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos?	Dr. José Brea, República Dominicana
11:20 am	CS25	Polio: ¿Qué tan cerca estamos de su eliminación en las Américas?	Dra. Luiza Helena Falleiros, Brasil
11:40 am	CS26	Reticencia vacunal: El eterno retorno	Dra. María Luisa Ávila, Costa Rica
12:00 m	RECESO		
13:00 pm	SP11	Simposio: Vacunación a lo largo de la vida	Moderadoras: Dra. Diana Varela
13:15 pm	CS27	Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)	Dra. Kattia Camacho, Costa Rica
13:35 pm	CS28	Vacunación en la embarazada	Dra. Lourdes Dueñas, El Salvador
13:55 pm	CS29	Reduciendo la carga de enfermedad por COVID-19: El papel crucial de la vacunación	Dra. María Luisa Ávila, Costa Rica
14:15 pm	SP12	Simposio: Vacunación en el adulto	Moderadores: Dra. Wendy Moncada, Dr. Efraín Bú
14:30 pm	CS30	Importancia de la vacunación del adulto mayor	Dra. Nancy Sandoval, Guatemala
14:50 pm	CS31	Estrategias de vacunación contra Neumococo	Dr. Jorge Chaverri, Costa Rica
15:10 pm	CS32	Vacunación contra Herpes Zóster	Dra. Nancy Sandoval, Guatemala
15:30 pm	CS42	Programa de educación Continua 2021-2014	Dra. María Luisa Matute
16:00 pm	ASAMBLEA ACENCAI		

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL IX CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN CENTROAMERICANA Y DEL CARIBE DE INFECTOLOGÍA

MIÉRCOLES 12 DE DICIEMBRE DE 2024

HOTEL CLARION, SALÓN MADRID

HORA	CODIGO	EVENTO RESPONSABLE	
8:00 am	CM7	Infecciones emergentes en América en el siglo XXI	Dr. Efraín Bú, Honduras
8:30 am	CP5	Plenaria: Vacunas contra enfermedades desatendidas	Dra. María Elena Bottazzi, Honduras/ EUA
9:00 am	CP6	Plenaria: Terapias restaurativas del Microbioma	Dra. Laura Cristina Ortiz-Vélez, EUA
9:30 am	CM8	Diagnóstico y manejo de la infección por C. difficile	Dr. Miguel Sierra Hoffman, Honduras/ EUA
SALÓN MADRID A			
10:30 am	SP13	Simpósio: Infectious Diseases Society of America (IDSA) y ACENCAI	Moderadores: Dra. Diana Varela,
10:50 am	CS33	Actualidades y controversias en prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.	Dra. Rossana Rosa, Honduras /EUA
11:10 am	CS34	Actualización en infecciones por bacilos gram negativos difíciles de tratar	Dra. Angélica Cifuentes Kottkamp, EUA
11:30 am	CS35	Ensayos Clínicos que impactarán en la práctica – IDWeek 2024	Dra. Laila Woc-Colburn, EUA
11:45 am	SP14	Simpósio: Infecciones de transmisión sexual	Moderadora: Dra. Wendy Moncada
12:00 m	CS36	Avances en el diagnóstico de las enfermedades de transmisión sexual	Dr. Saul Lira, Honduras
12:20 pm	CS37	Tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual en la era de la resistencia	Dra. Nuria Chávez, Guatemala
12:40 pm	CS38	Avances en diagnóstico y manejo de Sífilis	Dr. Alex Cardona, Honduras
SALÓN MADRID B			
10:30 am	SP15	Simpósio: Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)	Moderadores: Dr. Marco Luque, Dr. Elham Mandhegari
10:50 am	CS39	Programa local de IAAS	Dr. Patricio Nercelles, Chile
11:10 am	CS40	Paquete de medidas y su impacto en IAAS	Dra. Roxana Trejo, México
11:30 am	CS41	Retos en la implementación de programas de control de infecciones	Dra. Vianka Sandoval, Guatemala
11:45 am	SP16	Simpósio de la Asociación Hondureña de Parasitología y el Instituto Antonio Vidal: Fortaleciendo capacidad en diagnóstico de enfermedades infecciosas y parasitología	Moderadores: Dr. Efraín Bú, Dra. Diana Varela
12:00 m	CS43	Talleres de diagnóstico parasitológico	Dr. Jorge García
12:20 pm	CS44	Seminarios web sobre enfermedades infecciosas e investigación ética y de calidad	Dra. Lindsay Borjas
12:40 pm	CM59	Capacidad de respuesta: Análisis y plan de mejora	Dra. Jackeline Alger
13:00 pm	CLAUSURA		

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL IX CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN CENTROAMERICANA Y DEL CARIBE DE INFECTOLOGÍA

TRABAJOS LIBRES (TL) PRESENTACIÓN MODALIDAD PÓSTER

MIÉRCOLES 11 DE DICIEMBRE 2024
SALÓN C

HORA	CÓDIGO	TÍTULO	CATEGORÍA	EXPOSITOR
09:00-9:10	TL13	Rodococosis como causa de neumonía adquirida en la comunidad en paciente con Dermatomiositis	Caso clínico	Dr. Luis Rivera
09:10-09:20	TL14	Endocarditis Bacteriana en paciente pediátrico con Linfoma No Hodgkin tipo Burkitt	Caso clínico	Dra. Clarissa Aguilar
09:20-09:30	TL15	Síndrome de Lemierre: Agente bacteriano no esperado	Caso clínico	Dra. Abril Aguilar
09:30-09:40	TL16	Síndrome de Shock Tóxico por <i>Streptococcus pyogenes</i> : Presentación de cuatro casos	Caso clínico	Dra. Carmen Gómez
09:40-09:50	TL17	Absceso de mediastino: A propósito de un caso	Caso clínico	Dra. Ruth Torres
09:50-10:00	TL18	El papel de la imagenología en el manejo de la Espondilodiscitis Infecciosa Bacteriana.	Caso clínico	Dr. Gustavo A. Murillo
10:00-10:10	TL19	Meningitis por <i>Escherichia coli</i> en adulto mayor: reporte de caso	Caso clínico	Dra. Ruth Torres
10:10-10:20	TL20	Fatal desenlace de encefalitis por el virus del Dengue	Caso clínico	Dr. Jimmy Kury
10:20-10:30	TL21	Paciente VIH positivo con ectasia coronaria y estenosis aortica, reto diagnóstico	Caso clínico	Dr. Edil Argueta
10:30-10:40	TL22	Tuberculosis meníngea en paciente con macroadenoma hipofisiario con hipogonadismo hipogonadotrópico	Caso clínico	Dr. Luis Rivera
10:40-10:50	TL23	Bola fúngica por <i>Cándida tropicalis</i> en paciente diabético con infección del tracto urinario a repetición	Caso clínico	Dr. Adalid Mendoza
10:50-11:00	TL24	Osteomielitis del sacro por <i>Chromobacterium violaceum</i>	Caso clínico	Dr. Josué Zúniga
11:00-11:10	TL25	Aspergilosis traqueobronquial mimetizando lesión pseudotumoral: una rara presentación de una enfermedad conocida	Caso clínico	Dra. Cinthya Castillo
11:10-11:20	TL26	Otomicosis invasiva por <i>Aspergillus flavus</i> : reporte de caso	Caso clínico	Dra. Elsie M Alvarado
11:20-11:30	TL27	Histoplasmosis gastrointestinal en paciente inmunocompetente: reporte de un caso en paciente de Guatemala	Caso clínico	Dr. Diego Álvarez
11:30-11:40	TL28	Otitis Crónica, cuando un Aspergiloma es el protagonista	Caso clínico	Dr. Ezequiel Guevara
11:40-11:50	TL29	Infecciones emergentes por <i>Cándida duobushaemulonii</i> multirresistente en el Hospital Escuela: serie de casos	Caso clínico	Dra. Sandra Montoya

HORA	CÓDIGO	TÍTULO	CATEGORÍA	EXPOSITOR
11:50-12:00	TL30	Enfermedad cavitaria pulmonar por <i>Aspergillus</i> en paciente no inmunocomprometido, serie de casos.	Caso clínico	Dr. Marvin Argueta
12:00-12:10	TL31	Aspergilosis pulmonar con presentación atípica en paciente inmunocompetente	Caso clínico	Dr. Luis Rodríguez
12:10-12:20	TL32	Vasculitis pulmonar en el contexto de hepatitis autoinmune e infección por <i>Coccidioides immitis</i> : reporte de un caso en paciente de Guatemala	Caso clínico	Dr. Darío Souza
12:20-12:30	TL33	<i>Escherichia coli</i> y su resistencia a antimicrobianos a partir de aislamientos obtenidos de trabajadores porcícolas colombianos	Científico	Dra. Seyli Gómez
13:00-13:10	TL34	Factores de riesgo asociados a infecciones del tracto genitourinario en población geriátrica causadas por <i>Escherichia coli</i> en pacientes ambulatorios e institucionalizados	Científico	Dra. Josselith Castañeda
13:10-13:20	TL35	Factores para mortalidad en adultos mayores con infecciones intrabdominales. Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz. Managua, Nicaragua. Julio 2021 - julio 2023.	Científico	Dra. Gisselle Gámez
13:20-13:30	TL36	Mayor frecuencia de infección respiratoria aguda (IRA) atendida en servicio de emergencia pediátrica del Hospital Enrique Aguilar Cerrato (HEAC) en municipio de Intibucá, julio 2022- julio 2023	Científico	Dra. Dolores A Orellana
13:30-13:40	TL37	Caracterización molecular de factores de virulencia en aislamientos de <i>Escherichia coli</i> uropatógenas (UPEC) en pacientes geriátricos	Científico	Dr. Fernando José Pérez
13:40-13:50	TL38	Evaluación del Índice de Peritonitis de Mannheim, Índice Neutrófilos/Linfocitos e Índice Plaquetas/Linfocitos como parámetros predictivos de mortalidad en pacientes con infección intraabdominal complicada en un hospital universitario de Nicaragua	Científico	Dra. Freda Alvarado
13:50-14:00	TL39	Factores de riesgo asociado a infección y mortalidad por <i>Clostridioides difficile</i> en pacientes de un hospital de referencia en nicaragua	Científico	Dr. Carlos Balitán Amoreti
14:00-14:10	TL40	Incidencia de infección respiratoria aguda (IRA) en adulto mayor (AM60+) que vive en una zona urbano-marginada de Tegucigalpa, Honduras. 2024	Científico	Dr. Manuel Sierra
14:10-14:20	TL41	Actividad Antimicrobiana In Vitro de Ceftolozane/ Tazobactam, Imipenem/Relebactam y Comparadores Contra Aislados Clínicos Gramnegativos Recogidos en Colombia, Ecuador, Guatemala, Panamá y Puerto Rico: SMART 2017-2022	Científico	Dr. Thales Polis
14:20-14:30	TL42	Beneficios de la aspiración subglótica en pacientes acoplados a ventilación mecánica invasiva, en las unidades de cuidados intensivos en hospital y clínica San Jorge la bolsa, honduras.	Científico	Lcda. Alison Ortiz

HORA	CÓDIGO	TÍTULO	CATEGORÍA	EXPOSITOR
14:20-14:30	TL43	Severidad de primer episodio de COVID-19 y factores asociados, 2021- 2023	Científico	Dra. May Len Quan
14:30-14:40	TL44	Perfil epidemiológico y clínico de pacientes con Hepatitis C atendidos en el Hospital Escuela, Tegucigalpa, 2016-2023.	Científico	Dr. José Roberto Andino
14:40-14:50	TL45	Fidelidad en la ruta de atención a pacientes con sospecha de leishmaniasis cutánea ulcerada, trojes, 2022	Científico	Dra. Katia López
14:50-15:00	TL46	Caracterización de factores de virulencia e identificación molecular de especies crípticas de <i>Cándida</i> causantes de Candidemia en Honduras	Científico	Dr. Fernando Chávez
15:00-15:10	TL47	Tendencias globales en la investigación sobre Dermatofitos y Dermatofitosis- un análisis bibliométrico	Científico	Dr. Bryan Ortiz
15:10-15:20	TL48	Variabilidad en la reactividad de las pruebas para el diagnóstico serológico de la infección por <i>Trypanosoma cruzi</i> : resultados en una cohorte de mujeres embarazadas, Honduras.	Científico	Dra. Jackeline Alger
15:20-15:30	TL49	Comportamiento de la curva epidemiológica de casos de microcefalia a partir de la introducción del virus Zika a Honduras en 2014	Científico	Dra. Angélica Urquía
15:30-15:40	TL50	Introgresión de <i>Wolbachia</i> en poblaciones de mosquitos <i>Aedes aegypti</i> , una nueva alternativa para el control de arbovirus en Honduras	Científico	Dra. Josselith Castañeda
15:40-15:50	TL51	Hospital Escuela: Experiencia en el fomento de un ecosistema de revisión ética e integridad científica.	Experiencia	Dra. Cinthya K Mejía
15:50-16:00	TL52	Creación y organización del Departamento de Gestión Académica e Investigación del Hospital Escuela, para Integración de la Docencia, Servicio e Investigación, en la gestión clínica.	Experiencia	Dra. Xiomara Medina
16:00-16:10	TL53	Impulsando proyectos de inteligencia artificial y educación sobre enfermedades infecciosas mediante talleres virtuales para una comunidad de práctica global.	Experiencia	Dra. Jackeline Alger
16:10-16:20	TL54	Mapeo y caracterización de iniciativas de innovación social en salud desarrollada en Mesoamérica, enfoque enfermedades infecciosas. Revisión de alcance, periodo 2018 – junio 2024.	Experiencia	Dra. Scarlet Rodas
16:20-16:30	TL55	Formación en prácticas hospitalarias y la adherencia a las normas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud en el Hospital Escuela	Experiencia	Dra. Xiomara Medina

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL IX CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN CENTROAMERICANA Y DEL CARIBE DE INFECTOLOGÍA

TRABAJOS LIBRES (TL) PRESENTACIÓN MODALIDAD ORAL

JUEVES 12 DE DICIEMBRE 2024
SALÓN C

HORA	CODIGO	EVENTO	RESPONSABLE
10:00 am	SP17	Simposio: Experiencias en Salud Pública	Moderadores: Dr. Jeremías Soto, Dra. Sairy Pérez
10:10 am	TL1	Escalamiento de REDe: una red fundacional pionera en la expansión de la investigación sobre enfermedades infecciosas en América Latina y el Caribe	Dra. Jackeline Alger, Honduras
10:20 am	TL2	Proyecto The Global Health Network Latinoamérica y Caribe: fortaleciendo capacidades para investigar con ética y calidad en Honduras.	Dra. Clarissa Aguilar, Honduras
10:30 am	TL3	Mejorando la capacidad de investigación en salud: el enfoque del diseño Pathfinder en entornos desafiantes.	Dra. Katia López, Honduras
10:40 am	TL4	Hacia el acceso universal a información sanitaria confiable: una consulta global para la Organización Mundial de la Salud	Dra. Jackeline Alger, Honduras
10:50 am	TL5	Serie de casos: Tuberculosis peritoneal en pacientes con cirrosis, un reto diagnóstico	Dra. Sara Daniela Sahury López, Honduras
11:00 am	TL6	Leishmaniasis visceral y VIH, reporte de caso	Dra. Eimy Yazmin Barahona Moncada, Honduras
11:15 am	SP18	Simposio: Trabajos científicos	Moderadores: Dra. Pamela Zacasa, Dra. Elham Mandegari.
11:30 am	TL7	Caracterización clínica-epidemiológica de los casos de dengue atendidos en el hospital de occidente, enero – julio 2024	Dra. Carmen Naira, Honduras
11:45 am	TL8	Epidemiología y perfil clínico de infecciones causadas por bacilos Gram negativos resistentes a carbapenémicos identificados por un método molecular rápido en un hospital de referencia en Nicaragua	Dr. Josué Zuniga Gaitán, Nicaragua
12:00 m	TL9	Determinación de la frecuencia de patotipos diarreogénicos de <i>Escherichia coli</i> aisladas de fuentes de aguas procedentes de la parte alta de la cuenca del Río Choluteca, Honduras	Dra. Daniela García Gonzales, Honduras
12:15 pm	TL10	Epidemiología y patrón clínico de las bacteriemias en un hospital de referencia en Nicaragua: un estudio de cohorte de tres años	Dra. Anielka Solís, Nicaragua
12:30 pm	TL11	Histoplasmosis diseminada en pacientes pediátricos del Hospital Escuela: serie de casos	Dra. Cinthya Karina Mejía, Honduras
12:45 pm	TL12	Infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres centrales en pacientes pediátricos oncológicos del Hospital Escuela	Dra. Gabriela Moya, Honduras
13:00 pm	CLAUSURA		

**IX CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN CENTROAMERICANA Y DEL CARIBE
DE INFECTOLOGÍA
TEGUCIGALPA, HONDURAS, 2024**

RESÚMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES

CS4 “SOLUCIONES INFORMÁTICAS COMO HERRAMIENTAS DE APOYO A LOS PROGRAMAS DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS”.

Diego Andrés Danze¹. ¹Medical Science Liaison – BioMérieux División Internacional; Buenos Aires, Argentina.

La presentación aborda la importancia de utilizar soluciones informáticas para apoyar los programas de optimización de antimicrobianos. Se destaca el papel crucial del microbiólogo clínico en estos programas y cómo los informes estadísticos microbiológicos son la base para el diseño de tratamientos empíricos ajustados a la epidemiología institucional. Frente a las urgencias infectológicas, se destaca la necesidad de una recepción rápida de resultados del laboratorio de microbiología para un manejo adecuado de enfermedades infecciosas, promoviendo el valor de la información y la colaboración entre profesionales de la salud.

CS6 AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO DE LA RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS.

Silvio Vega¹. ¹Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SENACYT), Universidad Latinoamericana de Ciencia Y Tecnología; Ciudad de Panamá, Panamá.

El diagnóstico microbiológico de la infección incluye aislamiento e identificación del agente causal. Antes del advenimiento de la genómica y la proteómica, este era un proceso engorroso y prolongado que se lograba con la identificación bioquímica del agente y su patrón de susceptibilidad. La instauración de una terapia temprana dirigida aumenta las probabilidades de éxito del tratamiento, de manera tal que estos procedimientos prolongados dificultaban el logro de este objetivo. La automatización permitió disminuir este tiempo, mediante el uso de equipos como VITEK o PHOENIX, en colaboración con equipos automatizados de hemocultivos como el BACTEC 9240 y el BACT/ALERT. A través de la genómica, no solamente es posible la identificación más rápida de la bacteria, sino que también es posible identificar genes de resistencia, que predicen la producción de mecanismos de resistencia a uno o varios antibióticos. Los métodos genómicos más utilizados son el PCR, un proceso de amplificación de secuencias de DNA; el DNA microarray, que detecta la presencia o ausencia de genes de un microorganismo; y la secuenciación genómica completa (WGS), que detecta determinantes genéticos de resistencia. Tecnologías como Xpert-Carba de Cepheid+, identifican por

PCR simple genes específicos de carbapenemasas, de tipo serina o Metallo Carbapenemasas. La técnica de FilmArray de BioMérieux, utilizando PCR multiplex, permite la identificación de bacterias en diferentes tipos de muestras y genes de resistencia en hemocultivos positivos y en muestras de tracto respiratorio inferior. La proteómica, con el uso del MALDI-TOF, usando espectrometría de masa, permite la identificación de proteínas específicas de un microorganismo que se usan en su identificación; igualmente, se identifican proteínas y enzimas que conducen a la aparición de mecanismos de resistencia bacteriana. Más recientemente, las pruebas de secuenciación de nueva generación (NGS) están permitiendo la identificación de resistencia a los antimicrobianos en forma más temprana, en muestras directas.

CS7 DETERMINANTES PRONÓSTICOS EN EL PACIENTE CON INFECCIÓN: TIEMPO Y PRECISIÓN.

Guillermo Porras Cortés^{1,2}. ¹Hospital Fernando Vélez Paiz, Departamento de Medicina Interna, Servicio de Infectología; Managua, Nicaragua. ²Hospital Vivian Pellas, Departamento de Medicina Interna, Servicio de Infectología clínica; Managua, Nicaragua.

La sepsis produce 11 millones de muertes anuales en el mundo. La toma de decisiones e intervenciones oportunas son determinantes en el pronóstico y en el desenlace clínico; por ende, podemos atribuir que el tiempo y la precisión son dos factores claves en el proceso de atención de un paciente con una enfermedad infecciosa potencialmente grave. Las escalas predictivas (qSOFA, NEWS, MEOWS, MEDS) y biomarcadores como proteína C reactiva, preceptiva o procalcitonina pueden ser útiles para establecer la gravedad del paciente con infección. Uno de los factores más importantes es el diagnóstico microbiológico temprano, en el cual puede basarse desde tinciones de Gram hasta plataformas moleculares cerradas de reacción en cadena de polimerasa multiplex, cuyo resultado puede estar en 70 minutos. Métodos avanzados de proteómica como MALDI-TOF. Así pues, la estratificación de la gravedad del proceso infeccioso y el tiempo y precisión del diagnóstico microbiológico son claves, pero hay que tener en cuenta también un problema de salud pública contemporáneo como es la resistencia antimicrobiana, la cual, si bien es variable entre países o instituciones, puede entorpecer la evolución clínica y el pronóstico de los pacientes. Para el año 2050, de no variar las estrategias o políticas de salud concernientes al uso de antimicrobianos, se estima que podría haber 10 millones de

mueres anualmente atribuibles a la resistencia antimicrobiana. De tal manera que también el tiempo y la precisión en establecer el patrón de sensibilidad del agente etiológico del proceso infeccioso juegan un papel determinante para poder mantener o redirigir la terapia en procura de la mejor alternativa terapéutica posible. Finalmente, también otro factor que implica tiempo es el control de la fuente de infección en aquellos procesos que ameritan procedimientos quirúrgicos, tales como drenaje de abscesos o infecciones intraabdominales.

CS8 OPTIMIZACIÓN DEL USO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (DIAGNOSTIC STEWARDSHIP).

Silvio Vega¹. ¹Medical Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología (SENACYT); Ciudad de Panamá, Panamá.

El notable incremento de la resistencia bacteriana a los antibióticos y la lenta aparición de nuevos antimicrobianos nos están dejando sin medicamentos eficaces para tratar las infecciones. A pesar de la multicausalidad de este fenómeno, el sector salud humana debe reforzar las estrategias que orienten a minimizar su efecto. La optimización del diagnóstico (diagnostic stewardship) es una estrategia que ayuda a reconocer de forma rápida y apropiada el agente causal y su sensibilidad, permitiendo la pronta instalación de una terapia dirigida. Consiste en el establecimiento de guías elaboradas entre los clínicos y el laboratorio, que faciliten el ordenamiento, la toma adecuada y el seguimiento de una buena muestra, así como el rápido análisis y envío y discusión de resultados, para realizar los cambios necesarios en la terapia del paciente. Los objetivos de esta estrategia son: 1. Proveer de las pruebas diagnósticas correctas, para el paciente correcto, en tiempo adecuado, para el manejo del paciente bien orientado por data microbiológica precisa y 2. Generar una data segura y representativa para la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos, que sirva en la construcción de guías de tratamiento empírico y estrategias de control de infecciones. Este nuevo ordenamiento debe coincidir con la labor del PROA (antimicrobial stewardship), donde se ajustarán los tiempos de espera de los resultados y las acciones inmediatas que se tomen al momento de recibirlos. Estos cambios podrían originar de escalación del antibiótico, reemplazo o suspensión de este, en acorde con la identificación del patógeno y su perfil de sensibilidad.

CS10 ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES CON ALTERACIÓN DE FUNCIÓN HEPÁTICA Y RENAL.

Carlos Rodríguez Taveras¹. ¹Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Departamento Medicina Interna, Servicio de Infectología; Santo Domingo, República Dominicana.

La elección de un fármaco antimicrobiano exige conocer las circunstancias especiales que pueden concurrir en el paciente, entre ellas las que pueden afectar a cualquiera de los procesos farmacocinéticos: absorción, distribución y eliminación. Si bien

todas ellas pueden tener su relevancia, son las que afectan la eliminación de los fármacos de forma preferente las que adquieren especial importancia: primero porque son muy frecuentes en los pacientes que precisan antibioticoterapia y segundo porque la repercusión sobre los fármacos es impactante. En la actualidad, el esfuerzo se centra en la investigación clínica de los fármacos, procediendo a verificar el grado de alteración de la farmacocinética en pacientes según diferentes grados de insuficiencia renal y, en algunos casos, incluso cuando el paciente es sometido a hemodiálisis, de ahí la conveniencia de reducir dosis por el nivel de alteración de dicha función. El uso de hemodiálisis elimina antibióticos con peso molecular y/o fijación a proteínas y/o volumen de distribución reducidos, lo que implica la administración de la dosis después de cada sesión e incluso la administración de dosis adicional y, en el caso de las técnicas de depuración externa más extremas, sólo la presencia de un volumen de distribución elevado garantiza que el antibiótico no será eliminado. Del mismo modo, es habitual que se investigue el impacto de algún tipo de insuficiencia hepática, como es el caso de la cirrosis, aunque en cuanto a la disfunción hepática no puede señalarse una regla global, por lo que ha de recurrirse a utilizar la información específica de cada uno de los antibióticos para hacer el reajuste según el metabolismo del antimicrobiano prescrito. La presencia de insuficiencia renal y/o de alteración de la función hepática supone el necesario ajuste de la dosis de los antibióticos que se eliminan de forma activa por la orina o por metabolismo hepático, respectivamente.

CS12 RED DE NEUTROPENIA Y FIEBRE EN CENTROAMÉRICA.

Jacqueline Levy^{1,2}. ¹Hospital del Niño Doctor José Renán Esquivel, Hematooncología, Departamento de Medicina Interna; Ciudad de Panamá, Panamá. ²St. Jude Global Alliance, Grupo de Centroamérica y el Caribe en colaboración con St. Jude (NAFCCA); Ciudad de Panamá, Panamá.

Las infecciones cobran especial importancia en pacientes con cáncer, ya que éstas aumentan la morbimortalidad y atrasan el tratamiento de dicha enfermedad. La red de neutropenia y fiebre en Centroamérica y el inicio del registro de fiebre surgen como una necesidad regional de tener guías locales de manejo según la capacidad de cada centro/país para conocer de manera objetiva cómo se manifiestan estas infecciones, cómo se tratan y su impacto en los pacientes con malignidad hemato-oncológica. El grupo de Centroamérica y el Caribe en colaboración con St. Jude (NAFCCA) publicó en 2020 las guías de manejo de neutropenia y fiebre en pacientes pediátricos con cáncer; con esto, cada sitio formuló un algoritmo para uso local y se idearon estrategias de implementación. Luego inició el proceso de registro de fiebre (definir variables, crear la base de datos) que empezó su implementación entre 2021 y 2022, con 4 niveles de recolección de datos. La falta de recurso humano para recolectar e ingresar los datos fue un desafío común entre los sitios. Entre los resultados obtenidos en 2 años, 499 pacientes contribuyeron a 619 episodios, con la mayoría de ellos en

pacientes con LLA (62%), en fase de mantenimiento. El tiempo de administración de antibióticos (hora dorada) y el porcentaje de cultivos tomados antes del inicio de antibióticos varió según el sitio, con un promedio de 43% y 59%, respectivamente. Las infecciones respiratorias y la bacteriemia fueron las infecciones documentadas más frecuentes. En promedio, el 13% de los episodios tuvieron un cultivo positivo, siendo la *Escherichia coli* y la *Pseudomonas aeruginosa* los gérmenes más aislados. Se reportó un 2.5% de mortalidad. A partir de estos datos se nos presentan oportunidades para mejorar en aquellos aspectos que aún no son óptimos, tanto a nivel local como a nivel regional y en nuevos proyectos colaborativos.

CS14 OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN NIÑOS CON CÁNCER.

Kattia Camacho Badilla^{1,2}. ¹Hospital Nacional de Niños, Departamento de Infectología, San José, Costa Rica. ²Hospital Cima, Departamento de Pediatría; San José, Costa Rica.

Los programas de optimización de antibióticos (PROA por sus siglas en español o AMS, por sus siglas en inglés) son un componente fundamental de la atención en los servicios de hemato-oncología pediátrica, donde los pacientes tienen un alto riesgo de infecciones debido a la inmunosupresión por la quimioterapia y los trastornos hematológicos. Estos pacientes con frecuencia requieren antimicrobianos de amplio espectro para controlar y prevenir infecciones potencialmente mortales, lo que los hace particularmente vulnerables a la resistencia a los antimicrobianos. Los PROA tienen como objetivo optimizar el uso de antimicrobianos al garantizar la selección, la dosificación y la duración adecuadas de la terapia, mejorando así los resultados clínicos y minimizando la aparición de cepas resistentes. En los pacientes pediátricos con cáncer, el uso de herramientas que optimicen el uso de los antibióticos es esencial para equilibrar la necesidad de un manejo rápido y eficaz de las infecciones con el riesgo de efectos adversos, como toxicidad, infecciones por *Clostridioides difficile* y colonización por organismos resistentes a múltiples fármacos. Estrategias como la desescalada de antibióticos, la vigilancia microbiológica regular y el tratamiento individualizado basado en la estratificación del riesgo son parte integral de los PROA en este entorno.

CM5 PRÁCTICAS ESENCIALES EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO.

Guillermo Porras Cortés ^{1,2}. ¹Hospital Fernando Vélaz Paiz, Departamento de Medicina Interna, Servicio de Infectología; Managua, Nicaragua. ²Hospital Vivian Pellas, Departamento de Medicina Interna, ²Servicio de Infectología; Managua, Nicaragua.

Las infecciones asociadas a la atención en salud tienen impacto clínico, incrementando la morbilidad de los pacientes, afectando su calidad de vida y, de manera importante, se reconoce que

aumentan el riesgo de mortalidad. Además, tienen impacto económico con aumento de costos de hospitalización, estancia hospitalaria prolongada, necesidad de admisión a unidad de cuidados intensivos o de reintervenciones quirúrgicas y la administración de nuevos antibióticos. Además, se reconoce el impacto que las infecciones asociadas a la atención en salud tienen en cuanto al incremento de la resistencia antimicrobiana. Se estima que anualmente 83 millones de personas en el mundo desarrollan una infección asociada a la atención en salud. De manera específica, las infecciones de sitio quirúrgico aumentan de 2 a 11 veces la mortalidad de los pacientes y se estima que el 75% de las muertes en pacientes con infección de sitio quirúrgico son atribuibles a la infección per se. Se han logrado definir factores de riesgo modificables que se transforman en prácticas esenciales en la prevención de infecciones del sitio quirúrgico, como evitar la remoción del vello del área anatómica de la cirugía, preparación antiséptica de la piel del sitio quirúrgico con gluconato de clorhexidina alcohólica, evitar la hipotermia, control de la glucemia preoperatoria y postoperatoria, descolonización dirigida de *Staphylococcus aureus* nasal en cirugía cardiotorácica y de reemplazo articular y la profilaxis antibiótica preoperatoria.

CS18 INFECCIONES FÚNGICAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

Guillermo Porras Cortés ^{1,2}. ¹Hospital Fernando Vélaz Paiz, Departamento de Medicina Interna, Servicio de Infectología; Managua, Nicaragua. ²Hospital Vivian Pellas, Departamento de Medicina Interna, Servicio de Infectología; Managua, Nicaragua.

Las infecciones fúngicas en el sistema nervioso central pueden expresarse con diferentes síndromes clínicos, tales como meningitis, meningoencefalitis, absceso cerebral, manifestación rinocerebral, síndrome de fosa posterior, evento vascular cerebral o como un componente de infección fúngica diseminada. De manera general, diversos estudios han establecido que la infección fúngica más frecuente del sistema nervioso central es la aspergilosis, seguida de la zigomicosis. De manera específica, en la población de personas viviendo con VIH, la infección fúngica más frecuente es la criptococosis meníngea. Recientemente se han observado brotes de infecciones fúngicas por *Fusarium solani* asociado al uso de anestésico contaminado en clínicas en donde se realizan cirugías estéticas. Un aspecto clave en el abordaje de las infecciones fúngicas del sistema nervioso central es establecer un diagnóstico temprano para iniciar tratamiento oportuno. Al momento del tratamiento es importante reconocer no solo la actividad del antifúngico sobre la especie de hongo infectante, sino la capacidad de penetración y distribución en el sistema nervioso central. Es importante tener en cuenta que hay situaciones en las cuales el paciente amerita intervención neuro-radiológica o neuroquirúrgica.

CS20 MICOSIS ENDÉMICA EN CENTROAMÉRICA Y EL CARIBE.

Eduardo Xavier Porras Rosales¹. ¹Hospital Escuela Manolo Morales Peralta, Departamento de Epidemiología, Servicio de Infectología; Managua, Nicaragua.

La micosis endémica en Centroamérica y el Caribe se refiere a un grupo de infecciones fúngicas causadas por hongos patógenos específicos que son prevalentes en áreas localizadas y donde algunas convergen. Son causados en su mayoría por hongos dismórficos, donde las más reportadas en la región son histoplasmosis, coccidioidomicosis y paracoccidioidomicosis, micosis emergentes como entomofotoromicosis en zonas intertropicales. La mayoría están incluidos en el orden Onygenales, donde su prevalencia ha venido en aumento por las características socioeconómicas de la zona, como las actividades agrícolas, migratorias, turísticas y la falta de reporte obligatorio. El determinante de la enfermedad está en la interrelación de la carga fúngica, virulencia del agente y respuesta inmune del huésped. Las manifestaciones clínicas dependerán del tipo de huésped que se vea afectado, donde compartan una puerta de entrada que es la vía aérea manifestándose con síntomas respiratorios y diseminación según el tiempo de enfermedad. El estándar de oro sigue siendo el cultivo; sin embargo, muchos hospitales no cuentan con laboratorio nivel III de bioseguridad, haciendo más difícil el aislamiento de los patógenos. Han surgido nuevas herramientas diagnósticas rápidas, como antígeno en orina de histoplasma para pacientes inmunocomprometidos, que agilizan la intervención médica, aunque no están estandarizadas. En la terapéutica se sabe que la mortalidad y las reacciones medicamentosas están menos evidenciadas en el uso de compuestos lisosomales de anfotericina B, a pesar de no estar disponibles en la mayoría de los países de ingreso bajo. La prevención se basa en la reducción de la exposición a estos hongos, y el tratamiento implica el uso de antimicóticos apropiados. La concientización sobre estas micosis, su diagnóstico oportuno y su tratamiento adecuado son esenciales para mejorar la salud pública en Centroamérica.

CS21 SÍFILIS CONGÉNITA.

Jacqueline Levy^{1,2}. ¹Hospital del Niño Doctor José Renán Esquivel, Hematooncología, Departamento de Pediatría; Ciudad de Panamá, Panamá. ²St. Jude Global Alliance, Grupo de Centroamérica y el Caribe en colaboración con St. Jude (NAFCCA); Ciudad de Panamá, Panamá.

La sífilis congénita es una de las principales enfermedades de transmisión sexual clasificada por la OMS como un desafío de salud pública a nivel global, con metas propuestas de eliminación para 2025 y 2030 que estamos lejos de alcanzar. Es causada por la transmisión materno-fetal de la bacteria *Treponema pallidum*, con efectos más severos si se transmite en el primer trimestre de embarazo, pudiendo causar abortos

espontáneos y muerte fetal. Si el embarazo llega a término, 2/3 de los recién nacidos infectados serán asintomáticos y el 95% de los que presenten manifestaciones será de manera precoz en los primeros 3 meses de vida. El diagnóstico se hace en base a pruebas maternas, neonatales y manifestaciones clínicas: si un neonato es hijo de madre con sífilis no tratada en el embarazo o con tratamiento inadecuado (agente distinto a la penicilina; dosificación inadecuada; se administró dentro de 4 semanas antes del parto; no se trató a la pareja), y/o tiene clínica sugestiva de la enfermedad (descamación palmo plantar, hepato/esplenomegalia, exantema, rinitis mucopurulenta, entre otras) se debe tomar prueba NO treponémica (VDRL/RPR) en paralelo al recién nacido y su madre, analizar VDRL y citoquímica en líquido cefalorraquídeo, radiografía de huesos largos (evaluar periostitis, anomalías óseas) y fondo de ojo, USG cerebral y pruebas auditivas (según clínica). Al confirmar el diagnóstico, se debe dar tratamiento con penicilina G sódica 50,000 U/kg/dosis IV cada 12 horas (≤ 1 semana de vida) y luego cada 8 horas (> 1 semana de vida) por 10 días (14 días si tiene neuro sífilis) o con penicilina benzatínica 50.000 UI/kg en dosis única IM (si la sífilis es poco probable). Si anticuerpos treponémicos son positivos a los 18 meses, se confirma el diagnóstico de sífilis congénita.

CS25 POLIO: ¿QUÉ TAN CERCA ESTAMOS DE SU ELIMINACIÓN EN LAS AMÉRICAS?

Luiza Helena Falleiros Arlant¹. ¹ Universidad Metropolitana de Santos, Departamento de Salud Infantil; Sao Pablo, Brasil.

La poliomielitis es una enfermedad viral altamente contagiosa causada por el poliovirus (PV). Afecta a niños hasta cinco años, y puede llevar a parálisis permanente o muerte. La única forma de prevenir esta enfermedad es a través de vacunas. Desde de 1950 contamos con dos vacunas para su prevención: oral (virus vivos atenuados) y parenteral (inactivada). En el año 2000, con la vacunación rutinaria en los programas nacionales, se alcanzó una reducción de 99% de la enfermedad. Actualmente, se cuenta con dos países endémicos: Pakistán y Afganistán, en los que, en 2024, se contabilizaban 68 casos de polio virus salvaje serotipo 1. Todavía, hay varias decenas de casos provocados por PV serotipos 1, 2 y 3 derivados de la vacuna oral. Estos, pueden estar circulando, o estar albergados en los intestinos de inmunosuprimidos o, aislados de aguas residuales. Los casos de poliomielitis causados por PV *asociados* a la vacuna oral, VAPP, provocan la enfermedad, horas o días, después de la vacunación oral. Como varios países del mundo siguen usando la vacuna oral contra polio, los virus VDPV siguen sufriendo mutaciones y circulando por el mundo por un tiempo largo. La alta cobertura vacunal con la vacuna parenteral inactivada es fundamental, y protege directamente al vacunado. Es importante suspender la vacuna oral para reducir la cantidad de PV circulando en la comunidad. Además, tiene que mejorar la vigilancia epidemiológica y ambiental en la mayoría de los países latinoamericanos. Es preocupante la cantidad de casos

de Parálisis Flácida Aguda que no fueron reportados o no fueron debidamente investigados. En conclusión, se puede decir que mientras haya un solo caso de enfermedad polio y/o un solo caso aislamiento de polio virus salvaje y/o aislamiento de VDPVs el riesgo de polio continúa.

CS27 VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO.

Kattia Camacho Badilla^{1,2}. ¹Hospital Nacional de Niños, Departamento de Infectología, San José, Costa Rica. ²Hospital Cima, Departamento de Pediatría; San José, Costa Rica.

El virus del papiloma humano (VPH) es una infección de transmisión sexual muy común en todo el mundo y una de las principales causas de varios tipos de cáncer, incluidos el cáncer de cuello uterino, el cáncer anal y el cáncer orofaríngeo. La vacuna contra el VPH representa un avance significativo en la salud pública, ya que ofrece un medio eficaz para prevenir la infección por los tipos de VPH más oncogénicos. Esta vacuna está dirigida a las cepas de VPH de alto riesgo, VPH-16 y el VPH-18, que son responsables de aproximadamente el 70% de los casos de cáncer de cuello uterino, así como a otras cepas relacionadas con las verrugas genitales y otras neoplasias malignas. La vacuna, es más eficaz cuando se administra antes del inicio de la actividad sexual, generalmente durante la adolescencia. Genera una respuesta inmunitaria sólida, con eficacia demostrada para prevenir las infecciones persistentes por VPH y las lesiones precancerosas asociadas. Los estudios a largo plazo indican una protección sostenida que dura al menos una década. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la integración de la vacuna contra el VPH en los programas nacionales de inmunización, con el objetivo de reducir a carga mundial del cáncer de cuello uterino. A pesar de su eficacia, la cobertura de la vacuna varía debido a factores como el costo, la reticencia a vacunarse y falta de conscientización. Las campañas de educación y los esfuerzos para mejorar el acceso a las vacunas, en particular en los países de ingresos bajos y medios, son fundamentales para lograr una protección equitativa. Además de sus beneficios individuales, la vacunación generalizada contra el VPH contribuye a la inmunidad colectiva, protegiendo indirectamente a las personas no vacunadas y reduciendo la prevalencia general del VPH.

CS43 SIMPOSIO FORTALECIENDO CAPACIDAD EN DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITOLOGÍA.

Jorge A. García-Aguilar¹⁻³, Lindsay Borjas¹⁻³, María Luisa Matute^{1,2}, Jackeline Alger¹⁻³. ¹Hospital Escuela, Departamento de Laboratorio Clínico; Tegucigalpa, Honduras; ²Asociación Hondureña de Parasitología; Tegucigalpa, Honduras. ³Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras.

Las parasitosis están asociadas a pobreza y desigualdades, obstaculizando el desarrollo socioeconómico. A pesar de su prevalencia, en Honduras existe un vacío en la enseñanza de la parasitología. La Asociación Hondureña de Parasitología y el Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal suman esfuerzos desde 2021 para fortalecer la capacidad de diagnóstico y manejo de las enfermedades infecciosas y parasitarias. En el año 2024, en el marco del Proyecto The Global Health Network Latinoamérica y el Caribe, se implementó un programa de educación continua incluyendo webinars mensuales con apoyo del Colegio Médico de Honduras y talleres de diagnóstico de laboratorio realizados en el Servicio de Parasitología, Hospital Escuela. Los talleres incluyeron infecciones por amebas, apicomplexa y helmintos intestinales, y malaria, consistiendo en 6-9 horas de trabajo práctico utilizando un microscopio por participante. En 2023-2024, se realizaron 15 talleres con 36 participantes, 26 del sector público y 10 del privado; 21 personal microbiólogo y 17 técnico. En la evaluación inicial, 95.5% obtuvo nota inferior a 50%. El promedio de la nota inicial y final por taller, demostraron aumento en conocimiento de todos los participantes ($p<0.05$), siendo amebas y malaria los temas con notas más baja en la evaluación inicial. El promedio de la evaluación inicial fue mayor en personal microbiólogo ($p<0.05$); en la evaluación final no hubo diferencia significativa. En marzo-noviembre 2024 se realizaron 11 webinars de 90 minutos, con 1,335 participantes, 75% personal médico, 10% personal microbiólogo, 8% personal enfermería, 6% estudiantes; 2% participantes internacionales. Los temas fueron diversos incluyendo enfermedades infecciosas y fortalecimiento de capacidad de investigación. El diagnóstico parasitológico requiere de comunicación efectiva entre epidemiólogos, clínicos y personal de laboratorio, lo cual debe promoverse en ámbitos académicos y salud pública. Es necesario fortalecer la capacidad para el desarrollo de investigaciones que contribuyan a reducir las desigualdades.

CM7 ENFERMEDADES INFECCIOSAS EMERGENTES EN EL SIGLO XXI.

Efrain Bú Figueroa^{1, 2, 3}. ¹Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras. ²Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas, Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Honduras Medical Center, Infectología; Tegucigalpa, Honduras.

La entrada al presente siglo nos recibe con una pléyade de retos infecciosos, unos heredados del último centenio, otros nuevos emergentes. Factores demográficos, cambio climático, avances tecnológicos, estilos de vida han incidido en esta era, llamada período antropoceno. Microorganismos localizados en nichos específicos, a través de vectores y reservorios animales han traspasado sus fronteras naturales, transmitidas a los humanos y llevadas a lejanas y nuevas latitudes, enfermedades con comportamientos epidémicos y pandémicos devastadores, tales los casos del *SARS-Cov*, *Mers-Cov* y *SARS-Cov-2*. Los sistemas de salud del continente americano han sido impactados por numerosos agentes infecciosos llegados de otros

rumbos como el *Virus del Nilo Occidental*, *Zika*, *Chikungunya* etc. Muchos de estos agentes infecciosos han evolucionado con recombinaciones genéticas como el virus *Influenza A H1N1*, microorganismo pandémico emergente en el año 2009. El efecto de los viajes y el intercambio internacional sorprendió en el año 2022 con el surgimiento epidémico por primera vez en América del *ortopoxvirus* causante del Mpox cuya incidencia elevada afectó inicialmente a la comunidad HSH. Los factores antropogénicos antes mencionados inductores de la dinámica evolutiva de los microorganismos desde la perspectiva genética no deben sorprendernos. Se ha dicho por expertos que el genoma humano para evolucionar 1% necesita de 8 millones de años en tanto el genoma de un virus para evolucionar ese mismo 1% apenas requiere unos pocos días. De ahí que es de esperar que en nuestra era antropogénica seguiremos enfrentando agentes infecciosos emergentes y/o reemergentes que requerirán acciones de prevención e intervención tempranas, en el marco de la estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) una sola salud para actuar con oportunidad, celeridad y eficiencia y salvar vidas humanas.

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL) MODALIDAD ORAL

Simpósio. Experiencias en salud pública.

Moderadores: Jeremías Soto, Sairy Pérez

TL1 ESCALAMIENTO DE REDE: UNA RED FUNDACIONAL PIONERA EN LA EXPANSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.

Jackeline Alger¹, Bonny Baker², Daniela Morelli², Raman Preet³, Lyda Osorio⁴, Cristiani Vieira Machado⁵, Héctor García⁶, Julio Canario⁷, Ezequiel García Elorrio⁸, Fernando Rubinstein⁸, Nina Jamieson⁹, Trudie Lang². ¹Hospital Escuela, Departamento de Laboratorio Clínico; Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras. ³The Global Health Network, Universidad de Oxford, Reino Unido. ⁴Universidad de Umeå, Departamento de Epidemiología y Salud Global, Umeå, Suecia. ⁵Universidad del Valle, Epidemiología, Centro Internacional de Entrenamiento e Investigación Médica (CIDEIM); Cali, Colombia. ⁶Fundación Oswaldo Cruz – Fiocruz; Brasil. ⁷Universidad Peruana Cayetano Heredia, Departamento de Parasitología clínica; Ciudad Cayetano, Perú. ⁸Fundación Etikos; República Dominicana. ⁹Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Departamento de Investigación; Buenos Aires, Argentina. ¹⁰Consortio Internacional de Infecciones Respiratorias Agudas Graves y Emergentes, Universidad de Oxford; Reino Unido.

Introducción: Creada para responder al brote emergente de Zika de 2015-2016, la red REDe (<https://rede.tghn.org/>) se estableció para brindar apoyo en la implementación de investigaciones coherentes y de alta calidad en las comunidades afectadas de Latino América y el Caribe (LAC). Los logros de la red REDe han sentado las bases para una plataforma de investigación regional ampliada dirigida a las enfermedades infecciosas: The Global Health Network LAC (TGHN LAC, <https://lac.tghn.org/>).

Descripción de la experiencia: Trabajando en colaboración con equipos de investigación clínica que operan en tres consorcios financiados por la Unión Europea (ZikAlliance, ZikAction, ZikaPlan), la red REDe estableció un programa de formación en habilidades y cursos en línea, plantillas de documentación de estudios, a través de centros regionales en: Brasil, Honduras y Perú para coordinar estos esfuerzos. Con una fuerte respuesta liderada por las comunidades de investigación locales, REDe cuenta con más de 10,075 miembros y 91,000 visitas de 43,644 usuarios de 195 países. Cuenta con una creciente biblioteca de recursos de investigación. La formación se imparte en varios idiomas (portugués, español, inglés), con el desarrollo de un currículo esencial de formación en habilidades de investigación del Programa Especial TDR de UNICEF/UNDP/Banco Mundial/

OMS. Además, se desarrollaron comunidades de práctica especializadas en el síndrome de Guillain-Barré, el Control Global de Vectores, los Defectos Congénitos y las Neuroinfecciones. **Leciones aprendidas:** Adoptada activamente por los profesionales de la salud, la red REDe marcó el liderazgo y los cimientos del consorcio TGHN LAC, que integra centros asociados en seis países de la región (Argentina, Brasil, Colombia, Honduras, Perú, República Dominicana) y la Universidad de Oxford, Reino Unido. La importante expansión se basa en el despliegue de los proyectos “Pathfinder”, involucramiento de otros centros en actividades/iniciativas de fortalecimiento de capacidades y la implementación activa del currículo esencial de formación en habilidades de investigación.

TL2 PROYECTO THE GLOBAL HEALTH NETWORK LATINOAMÉRICA Y CARIBE: FORTALECIENDO CAPACIDADES PARA INVESTIGAR CON ÉTICA Y CALIDAD EN HONDURAS.

Clarissa Aguilar¹, Xiomara Medina^{1,2}, José Roberto Andino^{1,2}, Katia López^{1,2}, Mónica Medina^{1,2}, Cinthya Mejía^{1,2}, Carlos Sánchez³, Diana Varela^{2,4}, María Alejandra Ramos⁵, Jackeline Alger^{2,6}. ¹Hospital Escuela, Departamento de Gestión Académica e Investigación; Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Escuela, Dirección de Atención Integral en Salud, Tegucigalpa, Honduras. ⁴Hospital Escuela, Departamento de Medicina Interna, Servicio de Infectología; Tegucigalpa, Honduras. ⁵Hospital Escuela, Departamento de Medicina Interna, Servicio de Endocrinología; Tegucigalpa, Honduras. ⁶Hospital Escuela, Departamento de Laboratorio Clínico, Servicio de Parasitología; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Con el objetivo de mejorar la base de competencias de los equipos de investigación en el Hospital Escuela (HE) se desarrolla el proyecto “The Global Health Network Latinoamérica y el Caribe (TGHN-LAC): Crear equidad en la investigación sanitaria conectando la excelencia y compartiendo conocimientos”, en el campo de las enfermedades infecciosas emergentes. El proyecto utiliza un enfoque de consorcio regional, basado en la web, para la movilización del conocimiento, iniciativas educativas y el aprendizaje tácito.

Descripción de la experiencia: TGHN-LAC (<https://lac.tghn.org/>) se implementa desde noviembre 2023, ejecutando un plan de trabajo que integra actividades para el fomento del desarrollo profesional creando oportunidades para que los

trabajadores de la salud e investigadores mejoren y amplíen sus habilidades y conocimientos en investigación. Estas actividades incluyen la realización de Webinars (<https://lac.tghn.org/actividades-y-eventos/webinarios-lac/>) Talleres de capacitación en habilidades (<https://lac.tghn.org/actividades-y-eventos/Talleres-spanish/buenas-practicas-BPIS-es/>), Club de Investigación para equipos multidisciplinarios (<https://lac.tghn.org/actividades-y-eventos/research-club-sp/club-de-investigacion-enfermeria-hospital-escuela/>), Clínica de datos (<https://lac.tghn.org/actividades-y-eventos/clinica-de-datos-es/clinicas-de-datos-en-el-hospital-escuela/>), Cursos de autoaprendizaje en línea, Sesiones de aprendizaje asistido (<https://lac.tghn.org/actividades-y-eventos/supported-learning-sessions-sp/capacitacion-para-la-evaluacion-del-tamano-del-neonato-por-antropometria-en-el-departamento-de-pediatría-hospital-escuela-honduras/>), Mentoría y Cooperación interinstitucional, recursos (<https://lac.tghn.org/recursos/caja-de-lineamientos-e-infograficos/>), entre otros. En Honduras el proyecto se implementa por el equipo de desarrollo del proyecto integrado por el Departamento de Gestión Académica e Investigación, Servicio de Endocrinología, Servicio de Atención Integral, HE; instituciones colaboradoras nacionales e internacionales; y el Instituto Antonio Vidal; con la participación de los miembros del Consorcio TGHN-LAC en Argentina, Brasil, Colombia, Perú, República Dominicana, en colaboración con The Global Health Network, Universidad de Oxford, Reino Unido. **Lecciones aprendidas:** Este proyecto permite la construcción de una comunidad capacitada y competente para conducir investigaciones de manera ética y con calidad, la consecución del ciclo de la investigación con la divulgación científica e integración de los resultados en las prácticas y las políticas institucionales ante las amenazas crecientes y emergentes de las enfermedades infecciosas a nivel local, regional y mundial.

TL3 MEJORANDO LA CAPACIDAD DE INVESTIGACIÓN EN SALUD: EL ENFOQUE DEL DISEÑO PATHFINDER EN ENTORNOS DESAFIANTES. Katia López-Mejía^{1,2}, Clarissa Aguilar¹, Xiomara Medina^{1,2}, Cinthya Mejía^{1,2}, Mónica Medina^{1,2}, José Andino^{1,2}, Alison Ortez², Jorge García^{2,3}, Jackeline Alger^{2,3}. ¹Hospital Escuela, Departamento de Gestión Académica e Investigación; Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Escuela, Departamento de Laboratorio Clínico; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La metodología Pathfinder fue creada para abordar las desigualdades en la capacidad de investigación en salud, especialmente en entornos de bajos recursos. Su objetivo es mapear procesos críticos en estudios complejos (estudio anfitrión), ayudando a identificar como superar barreras operativas y metodológicas mediante herramientas adaptativas. **Descripción de la experiencia:** En América Latina y el Caribe (LAC), la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz) y The Global Health Network (TGHN) han sido pioneras en la implementación de estudios Pathfinder. El consorcio TGHN-

LAC adoptó Pathfinder como una de sus principales estrategias para fortalecer capacidades investigativas (<https://lac.tghn.org/proyectos-pathfinder/>), identificando estudios anfitriones en problemas clave de salud pública. A través de talleres participativos (<https://lac.tghn.org/noticias-es/webinar-con-destaque-a-los-estudios-pathfinder-y-sus-aplicaciones-en-brasil/>) se han promovido competencias para su implementación apoyados por la plataforma digital con herramientas especializadas. Los estudios en marcha abordan temas críticos como las enfermedades infecciosas y la salud materno-infantil. En Honduras, el estudio Pathfinder en desarrollo mapea procesos y documenta los desafíos y soluciones en el estudio de Infección por el Virus del Zika en el Embarazo (ZIPH), el cual se encuentra en curso habiendo iniciado en 2016. El estudio ZIPH respondió a retos sanitarios y epidemiológicos incluyendo su implementación durante la epidemia de Zika 2015-2016, afrontar la pandemia COVID-19 y anclar la cohorte a una enfermedad infecciosa con comportamiento crónico como es la enfermedad de Chagas. **Lecciones aprendidas:** Pathfinder tiene la potencialidad de ser una herramienta invaluable para la investigación en entornos desafiantes, optimiza recursos, mejora la toma de decisiones y fortalece las capacidades locales. Además, facilita la replicación de mejores prácticas en otros estudios, promoviendo una respuesta eficaz a infecciones emergentes, en estudios como el estudio ZIPH puede contribuir a identificar barreras y documentar soluciones efectivas, apoyando el fortalecimiento de la investigación en salud pública y a la mejora continua en la ejecución e implementación de futuras propuestas.

TL4 HACIA EL ACCESO UNIVERSAL A INFORMACIÓN SANITARIA CONFIABLE: UNA CONSULTA GLOBAL PARA LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Jackeline Alger^{1,2}, Neil Pakenham-Walsh^{1,3}. ¹Healthcare Information For All (HIFA) Steering Group; ²Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras; ³Global Healthcare Information Network, Oxfordshire, Reino Unido.

Introducción: La falta de disponibilidad y uso de información sanitaria confiable, incluyendo información sobre enfermedades infecciosas, sigue siendo un problema sanitario global desatendido y una de las principales causas de muerte y sufrimiento evitables. HIFA (Healthcare Information For All, www.hifa.org) es una comunidad global de prácticas que lucha por el acceso universal a información sanitaria confiable. **Descripción de la experiencia:** Global Healthcare Information Network (GHIN), Reino Unido, es una ONG que administra HIFA y mantiene relaciones oficiales con OMS desde 2022. En agosto 2023 se realizó una consulta global con el propósito de evaluar las opiniones de las partes interesadas sobre 1) importancia de la disponibilidad y uso de información sanitaria confiable, 2) mejora de disponibilidad y uso de información confiable, 3) lo que pueden hacer OMS e HIFA para acelerar el progreso hacia el acceso universal a información sanitaria confiable. Respondieron 2,410 personas de 135 países, representando a los seis grupos de partes interesadas en el ecosistema mundial

de evidencias (generación, publicación, síntesis, empaquetado, búsqueda, aplicación). Hubo 510 respuestas de Latinoamérica y Caribe, 87 de Honduras. Los encuestados solicitaron de forma abrumadora que OMS defiendan explícitamente el acceso universal a información sanitaria confiable y que se convoque a las partes interesadas para desarrollar una estrategia global. **Leciones aprendidas:** Los resultados confirman el fuerte apoyo a la visión del acceso universal a información sanitaria confiable. La OMS está en posición única para convocar a las partes interesadas, mientras que HIFA está en posición única para apoyar a la OMS mediante la promoción de la comunicación, la comprensión y la promoción en todo el ecosistema mundial de evidencias, contribuyendo a un mundo en el que todas las personas tengan acceso a la información que necesitan para proteger su propia salud y la de los demás, y estén protegidos de la desinformación.

TL5 SERIE DE CASOS: TUBERCULOSIS PERITONEAL EN PACIENTES CON CIRROSIS, UN RETO DIAGNÓSTICO.

José R. Andino^{1,2}, Diana Varela^{2,3}, Eimy Barahona³, Sara Sahun³. ¹ Hospital Escuela, Departamento de Gestión Académica e Investigación; Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Escuela, Departamento de Medicina Interna, Servicio de Infectología; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La Tuberculosis (TB) es un problema de salud pública a nivel global. En Honduras, para el 2023 se notificaron 2.813 casos, con una incidencia de 25,7 casos por 100.000 habitantes. La TB peritoneal es una de las formas extrapulmonares más difícil de diagnosticar. Se presentan dos casos de TB peritoneal siendo la tercera causa de ascitis, después de la cirrosis y neoplasias abdominales. Debido a sus manifestaciones clínicas inespecíficas, es de gran interés ya que no suele sospecharse y se confunde con otras enfermedades no relacionadas con la TB. **Descripción de serie de casos: Caso 1:** femenina de 35 años, con hepatopatía crónica, que acudió por aumento del perímetro abdominal de 1 mes de evolución, fiebre y dolor abdominal. Se realizó ultrasonido abdominal que reportó ascitis y datos sugestivos de trombosis de vena porta. La prueba de Xpert MTB/ rif en líquido peritoneal y la prueba de detección de lipoarabinomano en orina resultaron positivas. **Caso 2:** femenina de 95 años con antecedente de cirrosis e insuficiencia hepática, complicada con derrame pleural más ascitis. Acudió por disnea de pequeños esfuerzos, distensión abdominal y edema de miembros inferiores. Se ingresó como síndrome hepatorenal. En radiografía de tórax se identificó derrame pleural bilateral con volumen de 3,550 mL. y en ultrasonido abdominal ascitis. Se realizó prueba de detección de Adenosín Deaminasa (ADA) en líquido peritoneal ligeramente elevada y Quantiferon TB Gold positivo. En el caso 1 se logró resolución clínica total de la enfermedad con el tratamiento apropiado. El caso 2 paciente falleció por complicaciones de la

cirrosis. **Conclusiones/Recomendaciones:** los casos presentados resaltan la necesidad de considerar la TB peritoneal como una posible causa de ascitis en pacientes con antecedentes relevantes. La dificultad en el diagnóstico subraya la importancia de mejorar las pruebas de detección, especialmente en aquellos con enfermedades hepáticas crónicas.

TL6 LEISHMANIASIS VISCERAL Y VIH, REPORTE DE CASO.

Eimy Barahona Moncada¹, Daniela Michell Ocampo Eguiguirens², Diana Varela^{1,4}, José R. Andino^{3,4}, Jorge García Aguilar^{4,5}. ¹Hospital Escuela, Departamento de Medicina Interna, Servicio de Infectología; Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Departamento de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Escuela, Departamento de Gestión Académica e Investigación; Tegucigalpa, Honduras. ⁴Hospital Escuela, Departamento de Laboratorio Clínico, Servicio de Parasitología; Tegucigalpa, Honduras. ⁵Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Las leishmaniasis son enfermedades zoonóticas, causadas por un protozoo intracelular del género *Leishmania*. Existen tres formas clínicas: cutánea (ulcerada y no ulcerada), mucocutánea y visceral. La leishmaniasis visceral (LV) se presenta principalmente en menores de 5 años, también en adultos inmunosupresos. La coinfección de LV y VIH presenta un desafío en el diagnóstico y supone un aumento en la morbilidad. Los datos epidemiológicos en nuestro país son escasos, desde 2014 se reportan menos de 10 casos al año de LV. **Descripción del caso:** Femenina de 40 años, procedente de Choluteca. Ingresó con historia de pérdida de peso involuntaria, fiebre, diarrea ocasional, astenia e hiporexia de aproximadamente 2 meses de evolución, con antecedente de infección por VIH estadio BIII en tratamiento antirretroviral desde hace 2 años, con buen apego. Estuvo en seguimiento en la consulta externa de Hematología por anemia de origen desconocido 5 meses previo a ingreso, por el cuadro clínico actual sumado al hallazgo de esplenomegalia más neutropenia, se realiza aspirado de médula ósea para patología y mielocultivo por bacterias. La biopsia reporta médula ósea con infiltrado histiocitario y microorganismos intracitoplasmáticos, a favor de Leishmaniasis. Se realiza prueba de diagnóstico rápido Kalazar detect que resulta positiva. En extendido de aspirado de médula ósea teñido con Giemsa (Servicio de Parasitología, Hospital Escuela) se observaron amastigotes de *Leishmania* spp. Inicia tratamiento con Anfotericina B liposomal a 5mg/kg IV, con desenlace no favorable; falleciendo a las 48 horas. **Conclusiones/Recomendaciones:** La LV puede tener consecuencias fatales, aumentándose este riesgo en individuos con VIH. La posibilidad de coinfección de LV y VIH se aumenta en regiones endémicas y disminuye la eficacia del tratamiento, favoreciendo la progresión clínica del VIH y el surgimiento de SIDA. La caracterización clínica de estos casos permitirá una mejor sospecha de LV en población con VIH.

TL7 CARACTERIZACIÓN CLÍNICA-EPIDEMIOLÓGICA DE LOS CASOS DE DENGUE ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE OCCIDENTE (HO), ENERO – JULIO 2024. Ana Lourdes Urbina¹, Carmen Alejandra Naira Matute¹, Daniela Esperanza Romero¹, Manuel Antonio Sierra Santos¹, José Carlos Ordoñez Montes¹. ¹Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Ciencias de la Salud; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Unos 500 millones de personas en las Américas están en riesgo de contraer dengue, siendo el principal vector el mosquito *Aedes aegypti*, un vector altamente domiciliario y antropofílico. Con los 4 serotipos de dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DEN-V 4) circulando, el continente, al igual que Honduras, enfrentan un gran brote, con cerca de 12 millones y 150,00 casos reportados, respectivamente. **Objetivo:** Caracterización clínica y epidemiológicamente de los casos de dengue atendidos en HO de Enero-Julio 2024. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo en el que se analizaron todas las fichas de pacientes atendidos en el período mencionado. **Resultados:** Se revisaron 1669 pacientes con diagnósticos de dengue: ambulatorios 522 (31.3%) y 1147 (68.7%) hospitalizados; 35.4% lo cual equivale a (591) sin signos de alarma (DSA), 62.4% (1043) con signos de alarma (DCA) y 2% (35) dengue grave (DG). Hubo 93 casos en embarazadas: 72% (67) sin signos de alarma, 25.8% (24) con signos de alarma, 3.2% (3) muertes. Los casos por grupo de edad se distribuyeron así: 54.7% (914) pediátricos y 39.6% (662) adultos. Los signos más frecuentes en DCA: dolor abdominal intenso 24.0% (248), vómitos persistentes 15.9% (165), epistaxis 15.8% (164), irritabilidad 3.5% (36) y metrorragia 2.5% (26). Signos de secuestro de líquidos fueron: letargo 2.4% (25), choque 1.0% (10), hipotensión postural 0.9% (9), disminución de presión de pulso 0.6% (6), extremidades frías 0.5% (5), pulso débil indetectable 0.2% (2). Ocurrieron (9) muertes 0.5% mortalidad. **Conclusiones/Recomendaciones:** El continente y Honduras enfrentan un grave brote de dengue con una alta morbilidad e impacto económico. El cambio climático, las condiciones de vida y la circulación de los cuatro serotipos son factores fundamentales en el gran brote de casos. Se deben de desarrollar medidas de control y prevención, en el marco de una gestión integrada, de forma sostenida a lo largo del año.

TL8 EPIDEMIOLOGÍA Y PERFIL CLÍNICO DE INFECCIONES CAUSADAS POR BACILOS GRAM NEGATIVOS RESISTENTES A CARBAPENÉMICOS IDENTIFICADOS POR UN MÉTODO MOLECULAR RÁPIDO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA EN NICARAGUA. Josué Zúñiga Gaitán¹, Sunaya Marengo Avilés¹, Guillermo Porras Cortés¹. ¹Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz, Departamento de Infectología; Managua, Nicaragua.

Introducción: Las infecciones por Enterobacteriales productores de carbapenemasas es un problema de salud pública. Es importante que cada país establezca la epidemiología de las infecciones por estos microorganismos. Los métodos mo-

leculares genómicos de plataforma cerrada son útiles para la identificación rápida de carbapenemasas. **Objetivo:** Determinar la epidemiología y el perfil clínico de las infecciones ocasionadas por microorganismos portadores de genes de resistencia a carbapenémicos. **Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte ambispectivo, transversal, realizado en el Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz (Managua, Nicaragua) entre enero 2019 y noviembre 2023. Muestras clínicas de diferentes infecciones fueron procesadas por método molecular Xpert Carba-R® para detectar genes NDM, KPC, VIM, IMP, OXA-48 de acuerdo a técnica ya validada previamente en estudios previos. Muestras clínicas de 346 pacientes fueron procesadas. Se analizaron diferentes variables clínicas. **Resultados:** En 56 pacientes se detectó gen de resistencia a carbapenémicos (prevalencia de 16.1%). Los tipos de infección en donde se detectaron las cepas resistentes fueron: neumonía asociada a ventilador (36%), infección intra-abdominal (34%), e infección de sitio quirúrgico (30%). Más de un tipo de carbapenemasa fue encontrada en 26.8% de pacientes. El gen NDM estaba presente en 91.1% de los pacientes. La bacteria más frecuentemente identificada fue *K. pneumoniae* (36.4%). La mortalidad en estos pacientes con resistencia a carbapenémicos fue 58.9%. Se encontró como factores de riesgo para mortalidad: infección con presencia de 2 carpanemasas, ameritar ventilación mecánica al ingreso, presencia de choque al ingreso, índice de Charlson ≥ 3 puntos, entre otros. **Conclusiones/Recomendaciones:** La prevalencia y mortalidad asociada a la presencia de carbapenemasas detectadas por un método molecular de plataforma cerrada rápida fue alta. La carbapenemasa más prevalente fue la metallocobalamina NDM. Diferentes factores fueron asociados a mortalidad, entre ellos la infección por bacteria expresando dos carbapenemasas.

TL9 DETERMINACIÓN DE LA FRECUENCIA DE PATOTIPOS DIARREOGÉNICOS DE *ESCHERICHIA COLI* AISLADAS DE FUENTES DE AGUAS PROCEDENTES DE LA PARTE ALTA DE LA CUENCA DEL RÍO CHOLUTECA, HONDURAS.

Daniela García Gonzales¹, Gladis Vásquez¹, Bryan Ortiz¹, Luis Rivera¹, Keylin Mendoza¹, Lourdes Enríquez¹, Manuel Ballesteros², Carlos Eslava³, Gustavo Fontecha¹ ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Instituto de Investigaciones en Microbiología; Tegucigalpa, Honduras. ²Universidad de Sonora, Departamento de Ciencias Químico-Biológicas y Agropecuarias; Sonora, México. ³UNAM (Universidad Nacional de México) Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública, Unidad Periférica de Investigación Básica y Clínica en Enfermedades Infecciosas; Ciudad de México, México.

Introducción: *Escherichia coli* es una bacteria ampliamente utilizada como indicador de contaminación fecal, nos permite evaluar la calidad de fuentes de agua utilizadas para consumo humano. Según la OMS (2024), las enfermedades diarreicas son la tercera causa de mortalidad en niños menores de 5 años. **Objetivo:** El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia

de los patotipos diarreogénicos de cepas de *E. coli* aisladas de fuentes de aguas superficiales y subterráneas procedentes de la cuenca alta del Río Choluteca, Honduras. **Materiales y Métodos:** Mediante un enfoque molecular basados en PCR uniplex, multiplex y secuenciación evaluamos genes de virulencia asociados a los siguientes patotipos diarreogénicos: *E. coli* enterotoxigénica ETEC (genes *LT*, *ST*), *E. coli* enteropatógena EPEC (genes *eae*, *bfpa*), *E. coli* enteroagregativa EAEC (gen *aggR*), *E. coli* enterotoxigénica STEC (genes *stx*, *eae*), *E. coli* enteroinvasiva EIEC (genes *virF*, *ipaH*), *E. coli* adherencia difusa DAEC (gen *daaE*). **Resultados:** Se evaluaron 131 cepas, de las cuales 81.7% (107) eran aguas subterráneas y 18.3% (24) aguas superficiales. Del total de cepas estudiadas, 74.8% (98) aislamientos tenían al menos un gen para algún patotipo diarreogénico. ETEC 60.3% (79) y EPEC 11.5% (15) fueron los principales patotipos diarreógenos identificados. EAEC 1.5% (2) y EHEC 1.5% (2) fueron los menos frecuentes, mientras que, los patotipos EIEC y DAEC no fueron encontrados. **Conclusiones/Recomendaciones:** 9.9% (13) del total de aislamientos resultaron ser patotipos heteropatógenicos, estos patotipos presentan genes de virulencia que son característicos de dos o más patotipos diarreogénicos simultáneamente, lo que resulta en cepas más virulentas y difíciles de tratar.

TL10 EPIDEMIOLOGÍA Y PATRÓN CLÍNICO DE LAS BACTERIEMIAS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA EN NICARAGUA: UN ESTUDIO DE COHORTE DE TRES AÑOS. Anielka C. Solís Altamirano¹, Karina Colomer Sánchez¹, Kevin Gavarrete Rivas¹, Guillermo D. Porras Cortés¹. ¹Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz, Epidemiología Clínica; Managua, Nicaragua.

Introducción: Actualmente se han descrito cambios en los perfiles epidemiológicos, microbiológicos y clínicos de las bacteriemias, por lo que es relevante establecer las características de dicha entidad clínica en cada institución. **Objetivo:** Describir y analizar las características epidemiológicas, microbiológicas y clínicas, así como los factores de riesgo de mortalidad de los pacientes con bacteriemia. **Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte analítico, observacional y bidireccional. Realizado con 467 pacientes de diferentes servicios del Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz que presentaron bacteriemia entre enero 2021 a diciembre 2023. Luego de filtrar los datos, se analizaron 374 pacientes. La mortalidad fue relacionada a diversas variables clínicas incluyendo las escalas SOFA, NEWS2 y Pitt. **Resultados:** La edad media de los pacientes fue 50.2 ± 19.9 años y 63.7% de ellos presentó alguna comorbilidad. Los factores clínicos asociados a bacteriemia más frecuentes fueron: uso de antibióticos previos 47.3%, cirugía previa 40.1% y uso de catéter venoso central 38.8%. Los sitios de infección más comúnmente asociados fueron respiratorios 29.9%, intraabdominal 27.8% y urinario 22.5%. En el momento de la bacteriemia, los pacientes tenían una media de leucocitos de $15,590 \pm 9,540/\text{mm}^3$, proteína C reactiva 123.0 ± 65.8 mg/L, y procalcitonina 16.6 ± 9.2 ng/mL. Las bacterias más frecuentes fueron *Escherichia coli* 17.1%, *Staphylococcus aureus* 12.8%, *Acinetobacter baumannii* 9.1%.

El 62.6% de los Gram negativos eran multirresistentes. Mortalidad fue asociada a uso reciente de esteroides y multiresistencia a antibióticos. Las escalas SOFA, NEWS2 y el índice de Pitt correlacionaron con la probabilidad de mal pronóstico. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este estudio caracteriza las bacteriemias en un hospital de Nicaragua, siendo los agentes etiológicos más frecuentes *E. coli*, y *S. aureus*. Se encontraron factores de riesgo independientes para mortalidad (uso de esteroides y bacterias multirresistentes). Índice de Pitt, NEWS2, y SOFA deben ser utilizados como instrumentos predictivos en estos pacientes.

TL11 HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL ESCUELA: SERIE DE CASOS. Cinthya Karina Mejía^{1,2}, José Roberto Andino^{1,2}, Sandra Montoya³, Pamela Zacasa⁴. ¹Hospital Escuela, Departamento de Gestión Académica e Investigación; Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Escuela, Departamento de Laboratorio Clínico; Tegucigalpa, Honduras. ⁴Hospital Escuela, Departamento de Pediatría; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La histoplasmosis es una micosis endémica causada por *Histoplasma capsulatum*, la prevalencia en Suramérica y América Central supera el 30%. Los focos de infección son suelos contaminados por excrementos de pájaros y murciélagos. **Descripción de serie de casos: Caso 1:** Masculino de 3 años, de procedencia urbana, con deficiencia del receptor de interleucina 12 y enfermedad por *Mycobacterium bovis* (*M. bovis*), ingresó por invaginación intestinal, encontrándose adenopatías mesentéricas en laparotomía, biopsia mostró linfadenitis crónica granulomatosa, inicia tratamiento para recaída por *M. bovis*, con buena evolución; dos meses después, reingresó por diarrea, fiebre, hepatomegalia, se diagnostica histoplasmosis por antígeno positivo en orina, recibió tratamiento con anfotericina B, falleciendo a los 28 días de hospitalizado. **Caso 2:** Femenino de 3 años, de procedencia rural, ingresa por neuroinfección con hidrocefalia aguda. Ingres a cuidados intensivo, fallece a los siete días intrahospitalario, post-mortem se aísla *Histoplasma capsulatum* en cultivo de líquido cefalorraquídeo. **Caso 3:** Masculino de 14 años, de procedencia rural, con antecedente de histoplasmosis desde 2023 e inmunodeficiencia primaria, acude por dolor abdominal, fiebre, pérdida de peso, adenopatías cervicales, se confirmó reactivación de histoplasmosis por detección de antígeno en orina, inicia tratamiento con itraconazol, con buena evolución clínica. **Caso 4:** Masculino de 6 años, de procedencia rural, con edema en miembros inferiores y masa en cuello. Se diagnostica tuberculosis diseminada por GenXpert MTB-RIF Ultra positivo en jugo gástrico y biopsia ganglio cervical, e histoplasmosis diseminada por antígeno en orina y cultivo ganglionar positivo para *Histoplasma capsulatum*, inicia anfotericina B y tratamiento antifúngico, falleció a los 35 días intrahospitalarios. **Conclusiones/Recomendaciones:** En pediatría, la sospecha y estudio en pacientes vulnerables por exposición a ambientes de riesgo o

inmunocompromiso, es esencial debido a la inespecificidad de los síntomas y su frecuente confusión con otras enfermedades, como la tuberculosis. El inicio pronto de tratamiento permite mejorar el pronóstico.

TL 12 INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADAS A CATÉTERES CENTRALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL ESCUELA.

Gabriela Moya¹, Sara Rivera², Marco Luque³, Clarissa Aguilar¹.

¹Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Pediatría; Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital María de Especialidades Pediátricas, Departamento de Infectología; Tegucigalpa, Honduras ³Hospital Escuela, Departamento de Gestión Académica; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Los Catéteres Venosos Centrales (CVC) son vitales en el tratamiento de neoplasias pediátricas. No obstante, su uso conlleva el riesgo de infecciones del torrente sanguíneo, exigiendo abordajes preventivos efectivos. **Objetivo:** Determinar la incidencia y factores relacionados a infecciones del torrente sanguíneo asociados a catéter venoso central en pacientes pediátricos en la unidad de Hematooncología. **Materiales y Métodos:** Se realizó estudio observacional, prospectivo con los pacientes de la sala Hematooncología pediátrica

del bloque materno infantil del Hospital Escuela Universitario en Tegucigalpa, Distrito Central, en el período de noviembre del 2022 a marzo del 2023. **Resultados:** Durante el período de estudio se identificaron 17 episodios de CLABSI (Infecciones de torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central) en 39 pacientes que portaron 61 CVC, se calculó una tasa de CLABSI de 14.9 infecciones por cada 1000 días-catéter, la media de tiempo entre la colocación del CVC y el diagnóstico de CLABSI fue de 11.6 días, los pacientes más afectados con CLABSI fueron los diagnosticados con Leucemia Linfóide y Mieloide. Entre los factores asociados más importantes se encontraron la enfermedad de base, la persona que inserta el CVC, el tiempo de permanencia del catéter, la neutropenia y trombocitopenia, sin embargo, los hallazgos no fueron estadísticamente significativos. Los microorganismos aislados más frecuentes fueron los Gram negativos, entre ellos *Pseudomonas fluorescens* y *Acinetobacter baumannii*, con 2 bacterias MDR (multidrogoresistentes). 1 paciente falleció por choque séptico durante el estudio. **Conclusiones/Recomendaciones:** La tasa de CLABSI en la población de estudio es 3 veces más alta que en países en desarrollo, esto destaca la importancia de implementar un sistema de vigilancia para la prevención de infecciones por catéter en la sala de Hematooncología pediátrica.

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL)
PRESENTACIÓN MODALIDAD PÓSTER

TL13 RODOCOCOSIS COMO CAUSA DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTE CON DERMATOMIOSITIS. Adalid Mendoza¹, Luis Rivera². ¹Hospital Escuela, Departamento de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El *Rhodococcus equi* es una bacteria rara, comúnmente asociada a caballos y otros herbívoros, que puede representar un riesgo significativo para individuos inmunocomprometidos. En este caso, presentamos a un paciente con antecedentes de dermatomiositis, en tratamiento prolongado con esteroides, que desarrolló una infección grave por esta bacteria, destacando la importancia de la identificación y manejo de patógenos en poblaciones vulnerables. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 47 años, con antecedentes de dermatomiositis tratada con prednisona 5 mg vía oral diario durante 10 años, se presentó con 3 semanas de fiebre, tos y disnea progresiva. Al ingreso, se encontraba normotenso, con frecuencia respiratoria de 35 rpm y saturación del 75% en aire ambiente, además de estertores crepitantes bilaterales. Los laboratorios revelan leucocitosis (GB $12.5 \times 10^3/\mu\text{L}$), linfopenia (LYM $0.3 \times 10^3/\mu\text{L}$), y una PCR de 35.5 mg/L. La gasometría mostró hipoxemia (PO₂ 68 mmHg) y alcalosis respiratoria (PCO₂ 33.6 mmHg). La tomografía de tórax mostró infiltrados alveolares difusos bilaterales. Se inicia soporte respiratorio con CNAF, pero el paciente requiere intubación orotraqueal a las 24 horas. El cultivo de secreciones bronquiales crece *Rhodococcus equi*. Aunque no tuvo contacto directo con caballos, el paciente realizaba actividades agrícolas recreativas. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El deterioro respiratorio del paciente y su rápida evolución hacia la intubación y el fallecimiento a las 72 horas destacan la gravedad de las infecciones por *Rhodococcus equi* en pacientes inmunocomprometidos. Este caso subraya la necesidad de considerar el contexto epidemiológico y las actividades de riesgo en la evaluación clínica de estos pacientes. Se recomienda reforzar la vigilancia en individuos con condiciones inmunosupresoras y educar sobre el manejo de riesgos en entornos agrícolas.

TL14 ENDOCARDITIS BACTERIANA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON LINFOMA NO HODGKIN TIPO BURKITT. Madison Rekken¹, Genesis Durón¹, Clarissa Aguilar². ¹Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Ciencias de la salud; Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Departamento de Gestión Académica e Investigación; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una patología que afecta a 0.3- 0.8:100,000 niños mayores de un año de edad; su incidencia aumenta a 3.3:100,000 en casos con factores de riesgo identificables como insuficiencia cardíaca congénita, uso de catéter venoso central (CVC), enfermedad reumática cardíaca e inmunosupresión. **Descripción del caso:** Escolar de 6 años, con cuadro de masa abdominal y síntomas constitucionales de 1 mes de evolución, se realizó tomografía axial computarizada simple y contrastada donde se observó presencia de una masa en correa parietocólica que cruzaba la línea media de 15x10x8cm, cuya biopsia evidenció hallazgos correspondientes a Linfoma No Hodgkin tipo Burkitt, clasificado como estadio III, grupo de riesgo 3. Inició esquema de tratamiento según protocolo de AHOPCA BL-16. Ocho días post inicio del esquema presentó datos de choque séptico, requiriendo colocación de CVC, apoyo vasopresor, y antibioticoterapia de amplio espectro. Posteriormente, presentó fiebre diaria de predominio nocturno, asociándose con aislamientos en hemocultivos del CVC y sangre periférica, positivos por *Staphylococcus hominis* ssp. Sin mejoría clínica, ante la persistencia de fiebre, siendo portadora de CVC, se solicitó evaluación por cardiología pediátrica, consignando la presencia de vegetación a nivel de vena cava superior y aurícula derecha (VCS-AD), modificando esquema antibiótico con vancomicina 15mg/kg/dosis más tigeciclina 1mg/kg/dosis según sensibilidad mostrada en antibiograma; 72 horas posterior cedió la fiebre y completó esquema antibiótico por 28 días. Se realizó ecocardiograma control al finalizar antibioticoterapia, reportando vegetación en VCS-AD calcificada de 1.27x0.8cm, sin presentar ninguna repercusión. **Conclusiones / Recomendaciones:** La inmunosupresión secundaria a la neoplasia hematopoyética y el uso del CVC colocado en contexto del choque séptico y la terapia citotóxica, eleva la sospecha. El abordaje y tratamiento oportuno de estas complicaciones hacen la diferencia entre la vida y la muerte para estos pacientes.

TL15 SÍNDROME DE LEMIERRE: AGENTE BACTERIANO NO ESPERADO. Abril Aguilar Guerrero¹, Allan Bodán Campbell¹, Eduardo Porras Rosales¹. ¹Hospital Escuela “Manolo Morales Peralta”, Departamento de Medicina Interna; Managua, Nicaragua.

Introducción: El síndrome de Lemierre es una complicación rara y potencialmente mortal de una infección orofaríngea aguda, caracterizada por faringitis complicada con tromboflebitis de la vena yugular interna y sepsis, en la cual existen formación de émbolos sépticos que pueden propagarse rápidamente a diferentes sitios. El agente clásico ha sido *Fusobacterium necrophorum*, sin embargo, también se han reportado casos transmitidos por *F. nucleatum*, *Klebsiella pneumoniae* y *Bacteroides fragilis*, con una incidencia baja (>1/ 100,000 casos). **Descripción del caso:** Se trata paciente femenina, ama de casa, diabética e hipertensa, que acudió al servicio de urgencias con dolor hemicara derecha, asociado a odinofagia y fiebre de 4 días, cuantificada de 39 grados Celsius, desarrollando aumento del perímetro hemicara derecha, rubor y calor local, trismo, disnea súbita y dolor pleurítico asociado a insuficiencia respiratoria aguda (Fr 26x¹, PO2 65 mmHg, SO2 89%) por lo que se decide manejo invasivo de la vía aérea. En ecografía Doppler se evidencia trombo en vena yugular interna de 3 cm. En tomografía simple y contrastada de tórax se observan imágenes compatibles a émbolos sépticos pulmonares. Se ingresa a la unidad de cuidados intensivos por deterioro hemodinámico y respiratorio. En cultivo de aspirado endotraqueal y hemocultivos se aísla *Klebsiella pneumoniae* sin resistencia adquirida. Se inicia antibioticoterapia con piperacilina/tazobactam combinado con anticoagulación oral con endoxabán. Paciente presenta buena evolución clínica logrando progresión ventilatoria, sin otros sitios de émbolos sépticos, como endocarditis. **Conclusiones/Recomendaciones:** El síndrome de Lemierre es una enfermedad poco frecuente y potencialmente mortal; la infección por *Klebsiella pneumoniae*, se ha reportado con incidencia baja, con alta capacidad de desarrollar metástasis séptica. El diagnóstico y el tratamiento temprano son la clave para un buen pronóstico. La participación de un equipo multidisciplinario es necesaria para guiar la toma de decisiones en el contexto de los diferentes fenotipos virulentos de *Klebsiella pneumoniae*.

TL16 SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO POR STREPTOCOCCUS PYOGENES: PRESENTACIÓN DE 4 CASOS. Carmen Stephanie Gómez Marroquín¹, Yury José Mazariegos Vargas¹, Francisco Eduardo Lemus Lemus¹, Lesly Del Rosario Jacinto Morales¹, Esdras Zabdiel Rodas Arzét¹. ¹Hospital General de Enfermedades IGSS, Departamento de Cirugía; Ciudad de Guatemala, Guatemala.

Introducción: El síndrome de shock tóxico fue descrito por primera vez por Todd y su equipo en 1978. Es una enfermedad aguda y grave, producida por exotoxinas que actúan como superantígenos, poniendo en marcha una respuesta inflamatoria sistémica, cursa con fiebre, exantema, hipotensión, fallo

multiorgánico y posterior descamación. **Descripción de serie de casos:** Se presentan cuatro casos de niños ingresados en la Unidad de Cuidado Crítico Pediátrico entre junio y septiembre de 2024, diagnosticados con síndrome de shock tóxico por *Streptococcus pyogenes*. Los pacientes mostraron síntomas iniciales similares a una virosis, que progresaron a shock séptico y fallo multiorgánico precoz. Tres de los cuatro pacientes fallecieron, y solo uno sobrevivió. En todos los casos, se aisló *Streptococcus pyogenes* mediante hemocultivo, panel de sepsis o panel de neumonía, y los pacientes cumplieron con los criterios clínicos de síndrome de shock tóxico. A pesar de la reanimación hídrica agresiva, el uso de inotrópicos y vasopresores, y el tratamiento antibiótico temprano, la mayoría de los casos tuvo un desenlace fatal. **Conclusiones/Recomendaciones:** El *Streptococcus pyogenes* posee mecanismos múltiples de patogenia, M1 facilita su penetración incluso a través de la mucosa intacta. La proteína M es un factor de virulencia importante que ayuda a la inhibición de la fagocitosis en ausencia de opsonización de anticuerpos, promueve la adherencia a las células epiteliales y ayuda a sobrellevar la inmunidad innata del paciente. El síndrome de shock tóxico por estreptococo es una forma de presentación por infección poco común, por lo que se puede concluir que el *S. pyogenes* desencadena una infección que potencialmente amenaza la vida de los pacientes.

TL17 ABSCESO DE MEDIASTINO: A PROPÓSITO DE UN CASO. Ruth Torres¹, Gricelda Cotto², Marvin Arias², Fredy Cárcamo². ¹Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Postgrado de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Los abscesos de mediastino son infecciones poco frecuentes; pueden preceder de mediastinitis previas con diseminación hematógena, ser primarios idiopáticos, secundarios por cirugía cardiovascular o torácica, perforación esofágica o bronquial, trauma cervicotorácico o absceso dentario. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 68 años procedente de área rural, hipertensa y diabética. Acude a centro privado por dolor torácico de 15 días, en parte posterior de hemitórax derecho, penetrante, constante, acompañado de disnea leve atenuada en reposo. Electrocardiograma se mostró sin alteraciones; es egresada con recomendaciones y analgesia. Reingresa a hospital regional hipotensa, taquicárdica, taquipneica, febril. Reanimándose con líquidos intravenosos presentando mejoría hemodinámica e instaurando cobertura antibiótica empírica con levofloxacina. Laboratorialmente: anemia microcítica hipocrómica, falla renal aguda, pruebas de función hepática y tiroideas normales. EGO: normal, serología VIH; negativa. BAAR esputo: negativo; Rayos x de tórax y USG de abdomen sin alteraciones. Al quinto día, persiste febril, con leucocitosis. Fue referida a hospital de primer nivel, donde realizan: Procalcitonina: positiva, urocultivo: negativo; hemocultivo que reportó: *Klebsiella Pneumoniae* y *Staphylococcus epidermidis* sensibles a carbapenémicos y aminoglucósidos, por lo que inicia Me-

ropenem más gentamicina. La tomografía de tórax evidenció colección paravertebral derecha desde C5 hasta T2, sin gas, de 10 ml. Evaluación odontológica sin alteraciones. Ante evolución insatisfactoria, el servicio de cirugía realizó drenaje y lavado, evidenciando absceso de mediastino posterior, sin adherencias y sin gas. Cultivo con crecimiento polimicrobiano (*Klebsiella Pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* y *Staphylococcus epidermidis*), con lo que se ajusta cobertura antibiótica. Durante la estancia hospitalaria mantuvo evolución favorable. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los abscesos mediastínicos, son una entidad infrecuente, la presentación idiopática, es aún más singular. Pueden manifestarse con cuadro clínico inespecífico hasta síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. La tomografía es el método de elección para identificar abscesos mediastínicos. El tratamiento está basado en el drenaje total y la antibioticoterapia.

TL18 EL PAPEL DE LA IMAGENOLÓGÍA EN EL MANEJO DE LA ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA BACTERIANA.

Gustavo A. Murillo¹, Mildred J. Bu^{2,3}. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado de Radiología e Imágenes Médicas; Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital DIME, Departamento de Radiología; Tegucigalpa, Honduras. ³Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Radiología e Imágenes Médicas; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El diagnóstico clínico de la espondilodiscitis puede ser difícil ya que algunos pacientes presentan síntomas inespecíficos que pueden superponerse por otras afecciones coexistentes. La resonancia magnética desempeña un papel importante en el diagnóstico temprano de la espondilodiscitis debido a su alta sensibilidad y especificidad. Un diagnóstico temprano por imagen suele considerarse cuando sólo hay daños mínimos en las vértebras y los discos intervertebrales. Existe una creciente incidencia en los últimos años debido al aumento de pacientes con diabetes mellitus e insuficiencia renal, terapias inmunosupresoras y esteroides, infección por VIH y abuso de drogas intravenosas. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de serie de casos que fueron evaluados por médico neuroradióloga en hospitales privados y públicos con el objetivo de determinar las características radiológicas por resonancia magnética más frecuentes de pacientes con sospecha de espondilodiscitis en el Distrito Central de Honduras en el año 2024. Dentro de los hallazgos más frecuentes por resonancia magnética, se observó hipointensidad de señal en imágenes ponderadas en T1 con pérdida de definición de la placa terminal vertebral y de los cuerpos vertebrales adyacentes con hiperintensidad de señal en imágenes ponderadas en T2. Después de la administración de gadolinio, se observaron diferentes patrones de realce del disco, cuerpos vertebrales y tejidos blandos adyacentes. La complicación observada con mayor frecuencia fue la formación

de absceso. **Conclusiones/Recomendaciones:** La resonancia magnética juega un rol muy importante en el diagnóstico temprano de la espondilodiscitis infecciosa bacteriana ayudando a reducir el tiempo necesario para el tratamiento y mejorar el pronóstico de estos pacientes. Se recomienda el uso de la resonancia magnética para el diagnóstico temprano de la espondilodiscitis infecciosa bacteriana ya que puede detectar los hallazgos tempranos de infección y apoyar de forma positiva y contundente en el tratamiento temprano y pronóstico.

TL19 MENINGITIS POR ESCHERICHIA COLI EN ADULTO MAYOR: REPORTE DE CASO.

Ruth Torres¹, María Abate², Jasmin Jimenez², Cesar Mejia². ¹Instituto Hondureño de Seguridad Social, Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: *Escherichia coli* en adultos inmunocompetentes, como causa de meningitis es rara, con incidencia anual de menos de un caso. La diabetes mellitus, alcoholismo, cirrosis, infección por VIH y neoplasias malignas son factores de riesgo para desarrollar meningitis por *E. coli*. Generalmente se identifica una fuente distante, el tracto urinario o digestivo. La tasa de mortalidad es mayor en pacientes con meningitis por *E. Coli* en comparación con otros patógenos. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 86 años hipertenso, diabético, hipotiroideo y con hipertrofia prostática benigna. Acude a emergencia por fiebre de 3 días de evolución, acompañado de cervicalgia, alteración del nivel de consciencia, alternando entre somnolencia y agitación psicomotriz. En la evaluación presento signos meníngeos y puntuación en la Escala de Glasgow 14/15. Laboratorialmente con: leucocitosis, lesión renal aguda, procalcitonina: elevada. Pruebas de función tiroidea; normal. EGO: +100 leuc.x campo, serología VIH; negativa. Rayos x de tórax y USG de abdomen: sin alteraciones. TAC cerebral simple: reporta evento isquémico antiguo en región lenticulo capsular izquierda y leucoaraiosis. Citoquímica de LCR con 450 cel. / mm³, neutrófilos del 90% y linfocitos del 10%. Inicia cobertura antibiótica empírica con ceftriaxona, vancomicina y ampicilina sulbactam, sin mejoría. Cultivo de LCR reporta crecimiento para *E. Coli BLEE+*. Se realiza cambio a meropenem en función de la sensibilidad del organismo. Realizan USG renal y de vías urinarias reporta: pielonefritis bilateral. El urocultivo: evidencia crecimiento *E. Coli* sensible a carbapenémicos, cumpliendo cobertura durante 7 días, con evolución satisfactoria. **Conclusiones/Recomendaciones:** En la meningitis atípica, como el caso del patógeno *E. coli*, la progresión suele ser impredecible. En nuestro paciente, los factores como diabetes y pielonefritis pueden condicionar a meningitis por *E. Coli*. Es importante que, en pacientes con hallazgos o causas atípicas, el tratamiento no se retrase, ya que esto puede llevar a consecuencias como sepsis o fallo orgánico.

TL20 FATAL DESENLACE DE ENCEFALITIS POR EL VIRUS DEL DENGUE. Jimmy I. Kury¹, Walter A. Pacheco², Mildred J. Bu^{3,4}. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado de Radiología e Imágenes Médicas; Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital María de Especialidades Pediátricas, Departamento de Radiología; Tegucigalpa, Honduras. ³Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Radiología e Imágenes Médicas; Tegucigalpa, Honduras. ⁴Hospital DIME, Departamento de Radiología e Imágenes Médicas; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La encefalitis por dengue es una enfermedad rara que resulta de la afectación directa del sistema nervioso central por el virus del dengue. Los serotipos más comúnmente implicados son DENV 2 y DENV-3. **Descripción del caso:** Paciente de 15 años con historia de fiebre, hasta 40°C de 3 días, acompañado de vómitos y diarrea. Recibió atención médica ambulatoria sin mejoría y progresa a estar afásica, desorientada, mirada fija y sin respuesta al habla. Se ingresó a cuidados intensivos pediátricos. Se le realizaron múltiples exámenes de laboratorio encontrando leucocitos de $18.3 \times 10^3/\mu\text{L}$, plaquetas de $45 \times 10^3/\mu\text{L}$ y prueba NS1 positiva para dengue, se sospecha encefalitis por dengue. En la tomografía cerebral hay afectación de los ganglios basales y talamos visualizándose hipodensos, hipodensidad de la sustancia blanca cerebelosa y borramiento de sus folias. La IRM cerebral muestra áreas de hemorragia de las zonas afectadas y presencia del signo de doble dona en los talamos. La paciente tiene evolución tórpida y fallece. **Conclusiones/Recomendaciones:** La encefalitis por dengue afecta típicamente ganglios basales y talamos. También puede afectar la materia gris cortical y la materia blanca subcortical. La tomografía cerebral en fases iniciales muestra focos intraparenquimatosos hipodensos, que en casos avanzados se visualizan hiperatenuantes y representan macro hemorragias espontáneas. En la IRM estas hemorragias se observaron hiperintensas en T1, T2/FLAIR y restringen en la difusión. La secuencia GRE es útil para visualizar microhemorragias. Rara vez se observa el signo de doble dona en los talamos. Ante la presencia de un cuadro de dengue grave recomendamos hacer evaluación neurológica continua y pruebas diagnósticas específicas para la detección del virus del dengue en el LCR y estudios radiológicos como tomografía y resonancia magnética. Además, es importante la colaboración interdisciplinaria para el diagnóstico y tratamiento de la encefalitis por dengue.

TL21 PACIENTE VIH POSITIVO CON ENFERMEDAD CORONARIA ECTASICA, RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPEUTICO: CASO CLÍNICO. Edil Rosalio Argueta Machado¹, Julieta Danira Morales Portano¹, Enrique Benito Gómez Álvarez¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Médico Nacional 20 de noviembre, Departamento de Medicina Interna y Cardiología; Ciudad de México, México.

Introducción: La terapia antirretroviral (TAR) ha aumentado la expectativa de vida en personas con VIH, incrementando

la prevalencia de enfermedades cardiovasculares asociadas. Estas personas tienen mayor riesgo de enfermedad cardíaca, dentro de ellas están las enfermedades coronarias debido a la disfunción endotelial, alteraciones inflamatorias y de coagulación asociadas al VIH, así como al efecto de algunos antirretrovirales en factores de riesgo como lipodistrofia y dislipidemia. Presentamos caso de ectasia coronaria en un paciente VIH positivo. **Descripción del caso:** Hombre de 51 años, VIH+, con TAR desde 2013, con recuento de CD4 de 800 células/ μL y carga viral indetectable, antecedentes de hipertensión y dislipidemia, tratado con Enalapril y Atorvastatina. Acudió a urgencias por parestesias en brazo izquierdo de 4 horas de evolución en reposo, manejado inicialmente como dolor precordial en estudio. El electrocardiograma mostró depresión del segmento ST en derivaciones precordiales. Las troponinas iniciales normales, pero las de control (2 horas) evidenciaron elevación de sus niveles. Se realizó cateterismo coronario documentando estenosis crítica, alta carga trombótica y enfermedad arterial Ectásica. Se evaluaron opciones terapéuticas, y por su anatomía coronaria compleja se descartó ICP ya que la porción distal de los Stents quedaría en zonas aneurismáticas. Se realizó TAC coronaria confirmando dicha anatomía coronaria. Por la alta carga trombótica se indicó trombólisis intracoronaria, resultando esta intervención exitosa. El ecocardiograma mostró FEVI del 35%. Se prescribió anticoagulante y aspirina para prevenir trombos, así como tratamiento médico por su FEVI reducida. Paciente acude a cita 6 meses después, ya asintomático y con FEVI del 48%. **Conclusiones/Recomendaciones:** El VIH y la TAR contribuyen a la disfunción endotelial coronaria, factor clave en enfermedad arterial coronaria. Dado el elevado riesgo cardiovascular en estos pacientes, es esencial implementar estrategias de evaluación cardiológica temprana, para identificar precozmente las afecciones cardíacas asociadas y mejorar el pronóstico a largo plazo.

TL22 TUBERCULOSIS MENÍNGEA EN PACIENTE CON MACROADENOMA HIPOFISIARIO CON HIPOGONADISMO HIPOGONADOTRÓPICO. Luis Rivera¹, María Alejandra Ramos². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Departamento de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La coexistencia de tuberculosis meníngica y macroadenoma hipofisiario es una condición poco frecuente. **Descripción del caso:** Hombre de 46 años sin antecedentes patológicos conocidos que inició con hiperglucemia y 2 meses de evolución de fiebre, cefalea, confusión y convulsiones. Manejado ambulatoriamente con ceftriaxona y amoxicilina clavulanato sin foco identificado. En TAC cerebral simple se observa masa originada en tercer ventrículo con extensión caudal a supraselar $3.1 \times 2.4 \times 3.0$ cm e IRM cerebral evidencia lesión ocupativa supraselar aprox 2.5×3.5 cm. Es remitido al Hospital Escuela donde se ingresa para investigar macroadenoma vrs craneofaringioma. Desde su ingreso paciente con Glasgow

14 puntos, confuso y febril manejado con levofloxacina IV sin foco infeccioso establecido. Al ingreso WBC 12.850x10³. NEU 10.340x10³ LYM 1.77x10³ (uL). Hgb 15.5 g/dL HCT 46.2% PQT 165,000. Glucemia de ayuno 128 mg/dL, Urea 15 mg/dL, Cr 0.61 mg/dL, Na 136 mmol/L, K 3.3 mmol/L. Densidad Urinaria 1.025. HbA1c 6.1%. FSH 3.7 mIU/ml, LH 2.5 mIU/ml. Testosterona total 10 ng/dL (ref: 160-726) (hipogonadismo hipogonadotrópico). Cortisol AM 9 ug/dL. GRH <0.05 ng/ml (ref 0.06 – 6) TSH 2.79 uIU/ml T4L7.63 ug/dL. Prolactina 14 ng/ml. El estudio de LCR muestra 137 cel con 95% de Linfocitos. Proteínas 173 g/dL glucosa 61 mg/dL y PCR positivo. Iniciando terapia con isoniácida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. Paciente fallece luego de una semana de tratamiento sin lograrse obtener biopsia y cultivo de la lesión. **Conclusiones/recomendaciones:** En áreas endémicas de tuberculosis, la infección de SNC debe incluirse en el diagnóstico diferencial de síndrome febril prolongado con cambios conductuales ya que esta sintomatología no es habitual en los tumores de hipófisis. La afectación tuberculosa hipofisaria es muy rara, habitualmente en forma de hipofisitis linfocitaria/granulomatosa y muchas veces puede confundirse con macroadenomas hipofisarios. Lastimosamente la patología no pudo ser descartada en nuestro caso.

TL23 BOLA FUNGICA POR CANDIDA TROPICALIS EN PACIENTE DIABETICO CON INFECCION DEL TRACTO URINARIO A REPETICION. Adalid Mendoza¹, Javier Flores², Luis Rivera^{3,4}. ¹Hospital Escuela, Departamento de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Urología; Tegucigalpa, Honduras. ³Centro Urológico, Cirugía; Tegucigalpa, Honduras. ⁴Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Las bolas fúngicas en la vejiga son una complicación rara especialmente en pacientes diabéticos. La diabetes mellitus tipo 2, el cateterismo vesical y la resección transuretral de próstata (RTUP) son factores predisponentes. La identificación temprana de esta patología es crucial para evitar complicaciones graves. **Descripción del caso:** Se presenta un hombre de 67 años, diabético en tratamiento con insulina, con nefropatía en manejo conservador e hipertensión arterial. Con antecedentes de RTUP y sonda Foley, ha tenido dos ingresos previos por infecciones urinarias (ITU) complicadas por *Escherichia coli* y *Cándida albicans*. Acude por fiebre y síntomas urinarios. El uroanálisis muestra aspecto turbio, esterasa leucocitaria positiva, abundancia de bacterias, levaduras y nitritos negativos. El KOH en orina revela pseudohifas e hifas tabicadas, y el urocultivo es positivo por *E. coli* (más de 100,000 UFC/ml). Se inicia tratamiento con Ertapenem y doxiciclina. Durante la hospitalización, el paciente requiere hemodiálisis

aguda por hiperazoemia. Debido a la persistencia de detritus urinario y un KOH positivo, se realiza una cistoscopia, donde se observa tejido blanquecino adherido a la pared lateral de la vejiga, que se retira. La biopsia revela necrosis extensa y colonias micóticas sin datos de malignidad, con urocultivo positivo para *Cándida tropicalis*. El paciente es tratado con fluconazol y posteriormente anfotericina B, mostrando adecuada respuesta terapéutica. **Conclusiones/Recomendaciones:** Dada la creciente población con factores de riesgo, las bolas fúngicas deben considerarse en el diagnóstico diferencial de masas vesicales o ITU micóticas a repetición.

TL24 OSTEOMIELITIS DEL SACRO POR CHROMOBACTERIUM VIOLACEUM. Josué Zúñiga Gaitán¹, Carlos Balitán Amoretti¹, Sunaya Marengo Avilés¹, Guillermo Porras-Cortés¹. ¹Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz, Departamento de Medicina Interna; Managua, Nicaragua.

Introducción: La infección por *Chromobacterium violaceum* es un cuadro clínico rara vez reportado, con un aproximado de 132 casos a nivel mundial para el año 2020. Se caracteriza por desarrollar un cuadro severo que evoluciona con abscesos diseminados y tasa de mortalidad de más del 35%. **Descripción del caso:** Un minero de 31 años de la Región Caribe Norte de Nicaragua fue remitido con historia de haber sufrido caída -5 días previos- desde 18 metros de altura impactando contra suelo fangoso, provocando fractura expuesta de pelvis. En región lumbosacra se observaba herida de 6 cm de longitud y 8 cm de profundidad, con marcada necrosis, fetidez y salida de material purulento. La tomografía demostraba además de la fractura de pelvis, colecciones y presencia de gas en el área circundante al sacro. En el quirófano se realizó drenaje y extensa limpieza. Fue manejado con piperacilina/tazobactam y vancomicina. En los cultivos de las muestras de los tejidos blandos se identificó *Acinetobacter baumannii* y *Enterobacter cloacae* con resistencia extensa; y el cultivo del hueso sacro mostró crecimiento de colonias convexas, lisas, de color violeta con brillo metálico identificadas como *Chromobacterium violaceum* sensible a imipenem. El paciente fue manejado con imipenem y colistina. Dado que el aislamiento del *C. violaceum* fue en tejido óseo se estableció diagnóstico de osteomielitis y recibió un total de 6 semanas de tratamiento con imipenem además de las sesiones quirúrgicas y la utilización de sistema VAC. El paciente fue egresado con resolución de su enfermedad. **Conclusiones/Recomendaciones:** Debido a la rareza de los casos, no se suele tener en cuenta a *Chromobacterium violaceum* entre los agentes etiológicos en infecciones necrosantes post-trauma en ambientes húmedos o fangosos. Las características de la colonia son claves para la orientación del diagnóstico microbiológico.

TL25 ASPERGILOSIS TRAQUEOBRONQUIAL MIMETIZANDO LESIÓN PSEUDOTUMORAL: UNA RARA PRESENTACIÓN DE UNA ENFERMEDAD CONOCIDA.

Cintha Yahoska Castillo Gamboa¹, Francisco Javier Rodríguez¹, Yessika Paola Medrano Hernández², Eduardo Xavier Porras Rosales³. ¹Hospital Escuela Manolo Morales Peralta, Departamento de Medicina Interna; Managua, Nicaragua. ²Hospital Escuela Manolo Morales Peralta; Departamento de Patología, Managua, Nicaragua. ³Hospital Escuela Manolo Morales Peralta; Cirugía Bariátrica, Managua, Nicaragua.

Introducción: La aspergilosis es una infección oportunista en personas con trastorno inmunitario tales como diabetes mellitus, uso de corticoides, y neoplasias hematológicas entre otros. Existen presentaciones clásicas como: aspergiloma, aspergilosis broncopulmonar alérgica, aspergilosis necrosante crónica y aspergilosis invasiva. La aspergilosis traqueobronquial es una forma clínica poco común de infección invasiva por *Aspergillus spp.* limitada al árbol traqueobronquial. **Descripción del caso:** Se trata de un adulto, agricultor. El paciente tiene historia de exposición a biomasa 3 horas/años. Acude al servicio de emergencia refiriendo que desde mayo de 2023 presentó disnea de moderados esfuerzos, sin predominio de horario que no mejoró con el reposo y se acompañó de tos no productiva, intermitente. Desarrollo hemoptisis, asociado a disfonía. En la exploración clínica se describió una disminución de amplexión y amplexación tórax derecho. Se observa en la Tomografía de alta resolución de tórax con una imagen endobronquial del centro distal de tráquea que se extiende desde el bronquio principal derecho, se realiza broncoscopia diagnóstica (LBA/ Biopsia de tejido) en la cual no hubo crecimiento bacteriano, ni fúngicos. El estudio histopatológico demostró la presencia de hifas septadas, hialinas, tabicadas, de ángulo agudo, compatible con aspergilosis con un antígeno galactomanano positivo (5 IO) Se inicia tratamiento con voriconazol. El paciente presentó buena evolución clínica a lo largo del seguimiento que se realizó. **Conclusiones/Recomendaciones:** La aspergilosis traqueobronquial mimetizando lesión pseudotumoral es una entidad muy rara. El retraso en el diagnóstico y el manejo puede ser fatal. En este caso se realizó un diagnóstico que permitió el tratamiento apropiado con voriconazol y broncoscopia intervencionista.

TL26 OTOMICOSIS INVASIVA POR ASPERGILLUS FLAVUS: REPORTE DE CASO. Elsie M. Alvarado¹, Ana L. Orantes¹, Ana J. Samayoa¹. ¹Hospital Roosevelt, Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas Dr. Carlos Mejía Villatoro; Ciudad de Guatemala, Guatemala.

Introducción: La Otomicosis es una infección superficial causada por hongos oportunistas generalmente de género *Aspergillus* más frecuentemente Níger, Fumigatus y Flavus. Su característica es desarrollar enfermedades invasivas en el huésped con factores de riesgo como la otitis externa e inmunosupresión. **Descripción del caso:** Se presentó el caso

de paciente femenina de 72 años dedicada a la floricultura con más 6 meses de evolución de otorrea leve, otalgia intermitente, prurito, deterioro auditivo unilateral y cefalea; Polimedicada con antibióticos orales y tópicos, con lo que cuadro deteriora a aparición de edema, eritema y descamación blanquecina de la oreja. La otoscopia reveló edema, eritema de pared del conducto auditivo, descamación exfoliativa, material fibrilar aterciopelado blanquecino que no permitió observar la membrana timpánica. En el examen en fresco hay presencia de abundante micelio hialino grueso y septado. El cultivo confirmó la presencia de *Aspergillus Flavus /Orizae*. En la TAC hay opacificación de celdillas mastoideas izquierdas compatible con mastoiditis. Se indicó tratamiento con voriconazol por 8 semanas con resultado satisfactorio. **Conclusiones/Recomendaciones:** A pesar de que la infección aumenta en frecuencia en pacientes con inmunosupresión es de suma importancia tener en cuenta la presentación clínica, factores de riesgo y realizar estudios que permitan elección de terapéutica adecuada según la etiología principalmente en huésped inmunocompetente. Se recomienda realizar estudios más específicos a infecciones óticas que no respondan a la terapéutica habitual.

TL27 HISTOPLASMOSIS GASTROINTESTINAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE UN CASO EN PACIENTE DE GUATEMALA. Álvarez Alburez D.¹, Souza de Medeiros Junior D.², Orantes Méndez A. L.³. ¹Hospital Roosevelt, Departamento de Medicina Interna; Ciudad de Guatemala, Guatemala. ²Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud; Ciudad de Guatemala, Guatemala. ³Hospital Roosevelt, Unidad de Infectología, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

Introducción: La histoplasmosis es una infección micótica oportunista causada por el hongo *Histoplasma capsulatum*. Aunque en la mayoría de los casos sigue un curso asintomático en hasta un 90% de los pacientes, afecta principalmente a individuos inmunocomprometidos. El compromiso intestinal es extremadamente raro, especialmente en personas inmunocompetentes, lo que genera un desafío diagnóstico debido a sus síntomas inespecíficos y su similitud con otras patologías gastrointestinales. **Descripción del caso:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 34 años, carnícero, sin antecedentes médicos relevantes, quien presentó un mes de astenia, adinamia y episodios de melena. Una colonoscopia reveló múltiples pólipos colónicos. La biopsia confirmó colitis infecciosa por *Histoplasma capsulatum*. En los cortes histológicos correspondientes a la biopsia del colon ascendente, se observó mucosa colónica con infiltración intersticial difusa de linfocitos, polimorfos, células plasmáticas y macrófagos con inclusiones fúngicas intracelulares. Las tinciones PAS y GMS revelaron la presencia de levaduras pequeñas, uniformes, ovaladas, de base estrecha y con núcleos excéntricos intracelulares y granulomas compatibles con *Histoplasma capsulatum*. No se observaron signos de neoplasia. Se realizaron estudios para descartar inmunosupresiones adquiridas o primarias, los cuales

fueron negativos, incluyendo pruebas de VIH, inmunoglobulinas y perfil de inmunodeficiencias. La citometría de flujo mostró un recuento total de linfocitos en rangos normales. El tratamiento se inició con anfotericina B deoxicolato, con un monitoreo estrecho de la función renal y niveles de potasio. Además, los estudios adicionales como el antígeno de histoplasma en orina y cultivos de micobacterias resultaron negativos. El paciente mostró una adecuada evolución clínica, resolviendo la anemia y normalizando los valores hematológicos. Fue dado de alta con terapia oral de itraconazol y seguimiento ambulatorio. **Conclusiones/Recomendaciones:** La histoplasmosis gastrointestinal debe considerarse en pacientes inmunocompetentes de áreas endémicas. Un diagnóstico temprano y tratamiento antifúngico agresivo son esenciales para mejorar los resultados y evitar complicaciones graves.

TL28 OTITIS CRÓNICA, CUANDO UN ASPERGILOMA ES EL PROTAGONISTA. José Ezequiel Guevara Romero¹, Leonel Pérez Barahona². ¹Hospital Roosevelt, Medicina Interna, Ciudad de Guatemala, Guatemala. ²Hospital Roosevelt, Infectología de Adultos, Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas "Dr. Carlos Rodolfo Mejía Villatoro"; Ciudad de Guatemala, Guatemala.

Introducción: La Aspergilosis es causada por especies del mohó hialino *Aspergillus*. Los síndromes se describen desde colonización, bolas fúngicas (aspergilomas), aspergilosis pulmonar alérgica e infecciones invasivas y semi invasivas. **Descripción del caso.** Se presenta el caso de una mujer de 43 años con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, que consultó por cuadro de 8 meses de otalgia izquierda, acompañado de episodios febriles y secreción purulenta. Al examen físico, se observó eritema, edema y secreción blanquecina en el conducto auditivo externo. A pesar de haber recibido múltiples tratamientos con antibióticos, no mostró mejoría. Como antecedente relevante, la paciente mencionó haber visitado piscinas de agua natural en la zona sur de Guatemala, coincidiendo el inicio de los síntomas tras la inmersión. Se realizó una biopsia que reveló necrosis e inflamación crónica con eosinófilos en el conducto auditivo externo, secundaria a lesión cavitaria con bola fúngica (aspergiloma). El tratamiento instaurado fue Voriconazol intravenoso (6 mg/kg cada 12 horas el primer día, seguido de 4 mg/kg cada 12 horas por 14 días) y Ciprofloxacina, 3 gotas en oído dos veces al día. Los síntomas remitieron. Posteriormente, se realizó la transición a Voriconazol oral 200 mg cada 12 horas. La paciente fue seguida en conjunto con otorrinolaringología, observándose en otoscopia posterior disminución de inflamación y secreción en conducto auditivo externo en comparación con evaluaciones previas. Actualmente, continúa seguimiento en consulta externa de infectología con una evolución clínica favorable. **Conclusiones/Recomendaciones:** El aspergiloma debe considerarse en pacientes con otitis crónica que no mejora con antibióticos, especialmente en aquellos con factores de riesgo como diabetes y exposición a ambientes acuáticos.

En este caso, el diagnóstico mediante biopsia y el tratamiento antifúngico con Voriconazol, junto con manejo multidisciplinario, han resultado en una evolución clínica favorable. Es esencial el seguimiento especializado para evitar complicaciones y asegurar la recuperación completa.

TL29 INFECCIONES EMERGENTES POR *CANDIDA DUOBUSHAEMULONII* MULTIRRESISTENTE EN EL HOSPITAL ESCUELA: SERIE DE CASOS. Sandra Montoya^{1,2}, Mónica Medina^{2,3}, Katia López^{2,3}, Karen Suazo¹, Leonidas Midence¹. ¹Hospital Escuela, Servicio de Micología; Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Departamento de Gestión Académica e Investigación; Tegucigalpa, Honduras. ³Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Las infecciones por especies de *Candida* no-albicans, como *Candida duobushaemulonii* del complejo *C. haemulonii*, están emergiendo como un desafío clínico debido a su resistencia antifúngica, similar a *C. auris*. La identificación de estas especies mediante los métodos comerciales disponibles resulta compleja, lo que, sumado a su notable resistencia a antifúngicos como los azoles y anfotericina B, complica significativamente su manejo clínico. **Descripción del caso:** Se analizaron 16 casos de infecciones por *Candida duobushaemulonii* en el Hospital Escuela. Las muestras incluyeron sangre, piel, líquido cefalorraquídeo, ganglios cervicales y orina. Entre los pacientes, el 56.25% (9 casos) eran inmunocomprometidos, presentando diagnósticos como aplasia medular (6.25%), candidemia (18.75%), enfermedad renal (6.25%), linfoma (12.5%), candidemia recurrente (6.25%) y VIH (6.25%). Además, el 12.5% (2 casos) correspondían a pacientes pediátricos con sepsis neonatal. En términos de resistencia, el 100% de los aislamientos (16 casos) fue resistente a anfotericina B, y el 87.5% (14 casos) mostró resistencia a voriconazol. En cuanto a fluconazol, el 68.75% de los aislamientos (11 casos) fue sensible, mientras que el 31.25% (5 casos) fue indeterminado. Todos los aislamientos fueron sensibles a caspofungina y micafungina, excepto un caso de onicomicosis que mostró resistencia a flucitosina, siendo este el único caso sensible solo a caspofungina. El manejo incluyó el uso de equinocandinas como tratamiento de primera línea. De los 16 pacientes, 6 (37.5%) fallecieron, incluidos aquellos con diagnósticos de sepsis neonatal, aplasia medular y candidemia, lo que refleja la gravedad de estas infecciones, particularmente en pacientes inmunocomprometidos. **Conclusiones / Recomendaciones:** Estas infecciones representan un reto clínico por su resistencia antifúngica y alta mortalidad. Aunque el uso temprano de equinocandinas es efectivo, implementar técnicas moleculares es esencial para superar las limitaciones locales en métodos diagnósticos, que pueden llevar a una identificación errónea con *C. auris*, siendo crucial para optimizar el manejo clínico y vigilancia epidemiológica.

**TL30 ENFERMEDAD CAVITARIA PULMONAR POR AS-
PERGILLUS EN PACIENTE NO INMUNOCOMPROMETIDO,
SERIE DE CASO.** Marvin Rodolfo Argueta Anzueto¹, Ana Lucia
Orantes Méndez¹. ¹Hospital Roosevelt, Departamento de Medi-
cina Interna; Ciudad de Guatemala, Guatemala.

Introducción: La enfermedad fúngica invasiva por *Aspergi-
llus* es una enfermedad poco prevalente y altamente mortal.
En su forma pulmonar cavitada afecta crónicamente en una
o más localizaciones a nivel pulmonar, teniendo predilección
por lóbulos superiores. Se presentan tres casos en pacientes
inmunocompetentes; **Descripción de serie de casos:** **Caso**
1. Masculino de 62 años, médico, consulta por tos de 8 meses
de evolución, con historia de cultivo de esputo positivo para
Aspergillus recibiendo tratamiento con Itraconazol por 3 meses,
con uso crónico de aire acondicionado; observando cavitación
a nivel del lóbulo medio del pulmón izquierdo, descartando
tuberculosis; obteniendo resultado de *Aspergillus* positivo en
lavado bronco alveolar, tratamiento intravenoso con Voriconazol,
con traslape a vía oral y seguimiento por consulta externa.
Caso 2. Masculino de 71 años, agricultor, consulta por tos,
disnea y síntomas constitucionales de 1 mes y hemoptisis de 15
días de evolución, sin antecedentes; descartando tuberculosis,
galactomanano positivo en suero 0.76 y *aspergillus* positivo
en inmunodifusión radial; identificando cavitación en lóbulo
superior izquierdo y sobreinfección bacteriana por *Klebsiella*
pneumoniae, tratamiento intravenoso con Voriconazol y Piper-
racilina Tazobactam; es llevado a sala de operaciones donde
realizan segmentectomía superior izquierda **Caso 3.** Paciente
masculino de 58 años, albañil, consulta por tos, disnea y
hemoptisis de 2 semanas de evolución; quien presenta falla
ventilatoria y es abordado bajo ventilación mecánica invasiva;
evidenciando galactomanano en suero positivo 1.59 y en lavado
bronco alveolar 0.68; sobreinfección bacteriana por *Pseudomo-
nas aeruginosa* IMP, tratamiento con Voriconazol intravenoso y
Meropenem, en cuidado intensivo. **Conclusiones/Recomen-
daciones:** Dos pacientes tuvieron mejoría del cuadro clínico
y seguimiento por consulta externa con manejo ambulatorio.
Es de suma importancia reconocer de manera temprana a los
pacientes que presentan enfermedad cavitaria y descartar que
no sea de causa fúngica, siempre buscar y tener la sospecha
clínica para realizar un adecuado abordaje diagnóstico y brindar
un tratamiento apropiado.

**TL31 ASPERGILOSIS PULMONAR CON PRESENTACION
ATÍPICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.** Luis Alfredo
Rodríguez Castellanos¹, Scarlet Betzabel Rodas Gallardo^{1,2},
Sandor Francisco Romero Rivera³, María Alejandra Ramos Gui-
farro^{1,4}, Laura Magdalena Tábora Gutiérrez¹, Mariano Alejandro
Ávila Zepeda⁵. ¹Hospital Escuela, Departamento de Medicina
Interna, Servicio de Endocrinología; Tegucigalpa, Honduras.
²Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio
Vidal; Tegucigalpa, Honduras. ³ Universidad Nacional Autónoma
de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; Tegucigalpa, Hon-
duras. ⁴ Proyecto The Global Health Network Latinoamérica y el

Caribe (TGHN LAC). Tegucigalpa, Honduras. ⁵Instituto Nacional
del Tórax, Departamento de Medicina Interna; Tegucigalpa,
Honduras.

Introducción: La aspergilosis pulmonar es una entidad poco
frecuente en Honduras; en muchas ocasiones infra diagnostica-
da, sobre todo en personas inmunocompetentes. **Descripción
del caso:** Masculino de 60 años, agricultor, procedente de
Yamaranguila, refiriendo haber sido atendido en el Instituto
Nacional Cardiopulmonar, desconoce patología y tratamiento,
pero ha tenido dos hospitalizaciones por neumonía hace 10
y 9 años. Se presenta en esta ocasión por dolor abdominal
de 7 días, con intensidad 10/10 (escala análoga del dolor),
náuseas y vómitos, negando fiebre, con parámetros vitales
normales, con ultrasonido abdominal que reporta colecistitis
aguda por lo que es remitido al Hospital Escuela. Al evaluarlo
en esta institución se auscultan crepitos pulmonares bilaterales
y broncoespasmo, encontrando infiltrado para cardíaco derecho
en radiografía de tórax; realizando tomografía simple de tórax
que reporta un patrón de árbol en brote. A su ingreso se inició
cobertura antibiótica con piperacilina-tazobactam y vancomici-
na por sospecha de colangitis y neumonía. Tres días después,
presenta insuficiencia respiratoria tipo 2 requiriendo ventilación
mecánica no invasiva e ingreso en cuidados intensivos, con
manejo agudo del broncoespasmo, pero con fracaso a la ven-
tilación no invasiva requiriendo intubación endotraqueal. Cinco
días posteriores sin mejoría clínica y con deterioro de mecánica
ventilatoria. GeneXpert negativo, cultivos secreción traqueal
para bacterias y hongos negativos, pero con galactomanano
positivo en suero y en secreción bronquial, instaurándose trata-
miento con anfotericina B sin mejoría clínica, falleciendo 9 días
después de su ingreso. **Conclusiones/Recomendaciones:**
Se debe conocer los diagnósticos diferenciales de procesos
respiratorios infecciosos e identificar pacientes con factores de
riesgo, para así abordar todas las posibles patologías, aunque
sean poco frecuentes. En los pacientes que se presentan por
una patología ya establecida por clínica inicial, es importante
se aborden de forma integral para investigar y tratar todas las
patologías que pueden interferir en el manejo y desenlace de
estos pacientes.

**TL32 VASCULITIS PULMONAR EN EL CONTEXTO DE HE-
PATITIS AUTOINMUNE E INFECCIÓN POR COCCIDIODES
IMMITIS: REPORTE DE UN CASO.** Dario Souza de Medeiros
Junior¹, Diego Álvarez Alburez², Ana Lucía Orantes Méndez³.
¹Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Sa-
lud; Ciudad de Guatemala, Guatemala. ²Hospital Roosevelt,
Departamento de Medicina Interna; Ciudad de Guatemala,
Guatemala. ³Hospital Roosevelt, Departamento de Medicina
Interna, Unidad de Infectología; Ciudad de Guatemala, Gua-
temala.

Introducción: La vasculitis pulmonar en el contexto de hepatitis
autoinmune e infección por *Coccidioides immitis* representa
una condición rara y compleja, particularmente en pacientes

inmunocomprometidos. **Descripción del caso:** varón de 28 años con antecedentes de hepatitis autoinmune, ingresado en el Hospital Roosevelt por hemoptisis progresiva y tos productiva de tres días de evolución. La evaluación inicial con radiografía y tomografía computarizada de tórax reveló cavitaciones bilaterales y consolidación en el lóbulo inferior izquierdo, sugiriendo granulomatosis con poliangeítis (GPA) como posible diagnóstico inicial. No obstante, los estudios de anticuerpos ANCA resultaron negativos, y se detectaron niveles elevados de IgG4, lo que sugirió una posible enfermedad relacionada con IgG4. Para evaluar la afectación hepática en el contexto de su hepatitis autoinmune, se realizó una elastografía (FibroScan) durante el ingreso hospitalario, la cual mostró una rigidez hepática de 8.5 kPa, indicando fibrosis moderada sin cirrosis avanzada. Los estudios microbiológicos de lavado bronquial identificaron infecciones concomitantes por *Streptococcus pneumoniae* y *Coccidioides immitis*. Pruebas adicionales, como cultivos para tuberculosis y otras infecciones oportunistas, resultaron negativas, permitiendo un enfoque diagnóstico más preciso. El tratamiento consistió en terapia antifúngica con anfotericina B, seguida de itraconazol para el manejo prolongado, junto con antibióticos de amplio espectro y ajustes en la inmunosupresión debido a su condición autoinmune. La evolución clínica fue favorable, con control de la hemoptisis y mejoría radiológica, destacando la importancia de un abordaje multidisciplinario. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este caso subraya la necesidad de considerar infecciones endémicas y la importancia de un monitoreo estrecho y tratamiento ajustado para optimizar el pronóstico y calidad de vida en pacientes inmunocomprometidos.

TL33 ESCHERICHIA COLI Y SU RESISTENCIA A ANTIMICROBIANOS A PARTIR DE AISLAMIENTOS OBTENIDOS DE TRABAJADORES PORCÍCOLAS COLOMBIANOS. Seyli Julibeth Gómez Guardado¹, Adriana Pulido Villamarín¹, Ariza Beatriz Vesga Fidson Juarismy², Deicy Rocio Rodríguez², Adriana Matiz Villamil¹. ¹Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias, Departamento de Microbiología, Bogotá, Colombia. ²Hospital Universitario San Ignacio, Departamento de Microbiología, Bogotá, Colombia.

Introducción: *Escherichia coli* y sus patotipos, se asocian con un amplio rango de hospederos y se consideran como los principales patógenos que afectan al ser humano. El interés de este patógeno en la porcicultura radica en el riesgo de transmisión zoonótica. En Colombia, se ha demostrado una alta prevalencia de resistencia a los antimicrobianos (RAM) en *E. coli* aislada de muestras fecales de cerdos, con una resistencia del 100% a la tetraciclina (antibiótico comúnmente utilizado en porcicultura). La transmisión de patógenos resistentes en entornos laborales agrava la situación, aumentando el riesgo de infecciones difíciles de tratar y la contaminación de la cadena alimentaria. **Objetivo:** Determinar los perfiles de resistencia a los antimicrobianos en aislamientos de *E. coli* obtenidos de trabajadores porcícolas. **Materiales y Métodos:** A partir de 6 granjas colombianas, se

obtuvieron 24 muestras de materia fecal de trabajadores porcícolas. Estas fueron procesadas en medios de cultivo selectivos (Agar MacConkey y MacConkey con sorbitol), la identificación definitiva se realizó por espectrometría de masas (MALDI-TOF) VITEK® MS. Las pruebas de susceptibilidad fueron realizadas mediante la técnica de concentración inhibitoria mínima (MIC) utilizando el sistema Beckman Coulter MicroScan GRAM-NEGATIVE COMBO 66. **Resultados:** Se determinó una prevalencia del 75% (18/24) para *E. coli*. El perfil de RAM fue del 11.11% (2/15) para Ampicilina, Ácido Nalidíxico, Ciprofloxacina, Levofloxacina, Norfloxacina y 16.67% (3/18) para Trimethoprim/Sulfamethoxazole. **Conclusiones / Recomendaciones:** Se determinó una prevalencia del 75% para *E. coli*. El análisis de susceptibilidad evidenció resistencia significativa a antibióticos de uso frecuente, tanto en el ámbito humano como veterinario, sugiriendo una posible transferencia de genes de resistencia en el entorno laboral. Este estudio proporciona datos preliminares resaltando la necesidad de continuar investigando en resistomas para obtener una comprensión más amplia de la dinámica de transmisión y de los factores que contribuyen al desarrollo de RAM en este grupo ocupacional.

TL34 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INFECCIONES DEL TRACTO GENITOURINARIO EN POBLACION GERIÁTRICA CAUSADAS POR *ESCHERICHIA COLI* EN PACIENTES AMBULATORIOS E INSTITUCIONALIZADOS. Josselith Castañeda¹, Bryan Ortiz², Katheryn Aguilar², Gustavo Fontecha², Gladis Amanda Vásquez², Fernando Pérez², Anabelly David⁴, Manuel Ballesteros³. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias; Tegucigalpa, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Instituto de Investigaciones en Microbiología; Tegucigalpa, Honduras. ³Universidad de Sonora, Departamento de Ciencias Químico-Biológicas y Agropecuarias; Sonora, México. ⁴Laboratorios Lagos David; El Paraíso, Honduras.

Introducción: Las infecciones del tracto urinario (ITU) son la segunda causa de infecciones más común en la población geriátrica en el mundo, siendo *Escherichia coli* su principal agente etiológico. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados a las infecciones del tracto genitourinario, causadas por *E. coli*, en pacientes geriátricos institucionalizados y ambulatorios. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal en 170 pacientes geriátricos, donde 92 fueron ambulatorios y 78 se encontraban institucionalizado. Mediante un cuestionario de investigación evaluamos, factores de riesgo asociado a ITU, distribuidas en comorbilidades, características sociodemográficas. Para el análisis de los datos se utilizó un software estadístico SPSS versión 27. Además, evaluamos, los perfiles de resistencia a las familias fluoroquinolonas, carbapenémicos, betalactámicos y aminoglucósidos. **Resultados:** El 58.2% (99) de la población evaluado era femenina y 41.7% (71) masculino, el principal factor de riesgo asociado a ITU en pacientes geriátricos fue diabetes con un 60% (102), seguido de hipertensión 33.5% (57), e insuficiencia renal con un 11% (19).

Estudiamos un total de 55 aislamientos, respecto a su perfil de resistencia antimicrobiana, Imipenem fue el antibiótico más efectivo frente a los aislamientos evaluados, mientras que Ciprofloxacino fue el antibiótico con mayor resistencia antibiótica 82% (45), 53% (29) de los aislamientos fueron resistentes a tres o más clases de antibióticos, por tanto, se consideran dentro del fenotipo MDR. **Conclusiones/Recomendaciones:** La ITU es una patología infecciosa frecuente en pacientes geriátricos, el grupo etario más afectado fueron las mujeres mayores de 60 años. La diabetes fue el principal factor de riesgo con una asociación estadísticamente significativa. En este sentido, implementar estrategias de prevención de ITU en la población geriátrica, enfocándose en el control de factores de riesgo, simultáneamente al monitoreo de la resistencia antimicrobiana en *E. coli*, son acciones que reducirían la morbilidad y mortalidad de ITU asociadas a *E. coli*.

TL35 FACTORES PARA MORTALIDAD EN ADULTOS MAYORES CON INFECCIONES INTRABDOMINALES. HOSPITAL DR. FERNANDO VÉLEZ PAIZ. MANAGUA, NICARAGUA. JULIO 2021 - JULIO 2023. Gisselle K. Gámez -Cárdenas¹, Guillermo D. Porras-Cortés¹. ¹Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz, Departamento Medicina Interna; Managua, Nicaragua.

Introducción: La población en Nicaragua y de Centroamérica en general está tendiendo a envejecer. Los cambios asociados con la edad que pueden contribuir a la mayor susceptibilidad y peores resultados en el contexto de las infecciones hacen necesaria la identificación de factores de riesgo para mortalidad especialmente en procesos de reconocida gravedad como las infecciones intraabdominales. **Objetivo:** Identificar factores de riesgo para mortalidad en infecciones intraabdominales en mayores de 65 años atendidos en el Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz, durante julio 2021 a julio 2023. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, transversal y analítico. Fueron incluidos 183 pacientes mayores de 65 años con infección intraabdominal. Diferentes variables clínicas, de laboratorio fueron evaluadas. **Resultados:** La edad promedio fue 72±8 años. El 58.5% de los pacientes tenían comorbilidad. Las infecciones más frecuentes fueron colecistitis aguda (27.3%) y apendicitis aguda (27.3%). Los principales patógenos fueron *Escherichia coli* (47.5%) y *Klebsiella pneumoniae* (13.6%). El 13.6% de los pacientes ameritaron admisión a unidad de cuidados intensivos. La complicación más frecuente fue la infección del sitio quirúrgico (9.3%). La mortalidad fue 13.6%. Los pacientes que fallecieron se presentaron de manera significativa con mayor frecuencia cardíaca, mayor recuento de leucocitos, niveles más altos de creatinina, y niveles más bajos de sodio entre otras variables. Los factores de riesgo más importantes para mortalidad fueron: choque postoperatorio [RM (IC95%): 600 (49.90-7,205.52)], infección de sitio quirúrgico [RM (IC95%): 106.6 (11.98-949.73)], víscera perforada [RM (IC95%): 8.64 (2.68-27.86)], requerir

ventilación mecánica invasiva [RM (IC95%): 8.23 (5.42-11.03)], y uso de vasopresores desde su admisión [RM (IC95%): 7.53 (5.09-9.97)]. **Conclusiones/Recomendaciones:** Existen características distintivas en los adultos mayores con infecciones intraabdominales que no sobreviven, entre los que resalta el estado de choque, la infección de sitio quirúrgico y la víscera hueca perforada. Los pacientes con factores de riesgo como los ya enunciados deben ser estrechamente vigilados.

TL36 MAYOR FRECUENCIA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) ATENDIDA EN SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL ENRIQUE AGUILAR CERRATO (HEAC) EN MUNICIPIO DE INTIBUCA, JULIO 2022- JULIO 2023. Dolores Alejandra Orellana¹, Edda Escobar Galindo¹, Manuel Antonio Sierra Santos¹. ¹Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Ciencias de la Salud; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Las IRAs son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población pediátrica. La etiología es diversa, siendo los virus responsables de más del 50% de los casos. En casos graves, puede presentarse dificultad respiratoria significativa que requiere atención médica urgente. La identificación temprana y el manejo apropiado son esenciales para mejorar la salud infantil y reducir la mortalidad. **Objetivo:** Describir las características clínico-epidemiológicas de la IRA atendida en emergencia del HEAC y establecer si existe una diferencia en la frecuencia y severidad de casos entre las ciudades gemelas de La Esperanza e Intibucá. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional/descriptivo. Todas las IRAs atendidas durante Julio 2022-Julio 2023 fueron introducidas en una base de datos (EPI-Info-Windows). La severidad de IRA fue determinada por el número de signos: 0-3 IRA-Leve, 4-6 IRA-Moderada, y ≥7 IRA-Severa. Los datos fueron analizados en SPSS versión 27. **Resultados:** Se incluyeron 504 casos de IRA (61 IRAS recurrentes), para un total de 414 pacientes (198 femenino y 306 masculino). Hubo 193 casos julio-diciembre 2022 y 311 casos enero-julio 2023; rango edad predominante de 1-4 años. El mayor número de casos fue procedente del municipio de Intibucá con 303 (60.1%) y solamente 66 (13.1%) procedían de La Esperanza ($p<0.01$). En cuanto a la severidad de IRA: 218 (43.3%) IRA-Leve, 243 (48.2%) IRA Moderada y 43 (8.5%) IRA-Severa. En IRA-Severa 46.5% fueron de Intibucá y uno de La Esperanza (2.3%, $p<0.01$). **Conclusiones/Recomendaciones:** Las IRAs representan un importante problema de salud pública en pediatría. Históricamente, las ciudades gemelas de La Esperanza e Intibucá se originaron de forma segregada, la primera para población blanca/mestiza y la segunda para el pueblo indígena Lenca. La diferencia encontrada puede atribuirse ya sea a determinantes sociales o a una mayor susceptibilidad del pueblo indígena.

TL37 CARACTERIZACIÓN MOLECULAR DE FACTORES DE VIRULENCIA EN AISLAMIENTO DE *ESCHERICHIA COLI* UROPATÓGENA (UPEC) EN PACIENTES GERIÁTRICOS.

Fernando Perez¹, Josselith Castañeda², Katheryn Aguilar¹, Gladis Vásquez¹, Anabelly David⁴, Bryan Ortiz¹, Manuel Ballesteros^{2,3}, Gustavo Fontecha¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Instituto de Investigaciones en Microbiología; Tegucigalpa, Honduras. ²Universidad de Sonora, Departamento de Ciencias Químico-Biológicas y Agropecuarias; Sonora, México. ³Laboratorio Clínico Lagos David; Sonora, México.

Introducción: *Escherichia coli* uropatógena (UPEC) es el principal agente causal de infecciones del tracto urinario (ITU), posee una amplia variedad de factores de virulencia que son los responsables de la gravedad de estas infecciones. UPEC difiere de otros patotipos de *E. coli*, ya que no posee un perfil de virulencia específico, más sus características de virulencia se asocia principalmente con adherencia, motilidad, captura de hierro y toxigenicidad. **Objetivo:** El objetivo de este estudio fue evaluar a nivel molecular, 17 genes asociados a virulencia en UPEC, en pacientes geriátricos. **Materiales y Métodos:** Se analizaron 55 aislamientos, los cuales fueron identificados a nivel molecular mediante la amplificación del gen *ybbW* que es altamente específico para *E. coli*. En cuanto a los genes asociados a factores de virulencia estos se identificaron mediante PCR multiplex. **Resultados:** La prevalencia de los genes se agruparon de acuerdo con la función que cumplen en la patogenia, los resultados fueron los siguientes: genes asociados a adherencia *fimH* 100% (55), *sfaD/focC* 7.3% (4), *papG-II* 47.3% (26), *papC* 43.6% (24), genes asociados a la motilidad y toxigenicidad, *fliCD* 36.4% (20), *sat* 45.5% (25), genes asociados a la evasión inmunitaria y toxigenicidad: *kpsM* 41.8% (23), *hlyA* 70.9% (39), *traT* 63.6% (35), *agn43* 70.9% (39), *vat* 12.7% (7), *cnf-1* 21.8% (12), genes asociados a la captación de hierro *fyuA* 85.5% (47), *iucD* 76.4% (42), *iutA* 40% (22), *feoB* 100% (55), *iha* 54.5% (30). **Conclusiones/Recomendaciones:** Se observó una alta frecuencia de genes asociados a adherencia, captación de hierro y evasión del sistema inmunológico, resalta la alta frecuencia del gen *hlyA* que se asocia al desarrollo de pielonefritis. Este estudio mejora la comprensión del perfil de virulencia de las cepas de UPEC en pacientes geriátricos de Honduras, permitiendo explorar nuevas estrategias para su manejo.

TL38 EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DE PERITONITIS DE MANNHEIM, ÍNDICE NEUTRÓFILOS/LINFOCITOS E ÍNDICE PLAQUETAS/LINFOCITOS COMO PARÁMETROS PREDICTIVOS DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON INFECCIÓN INTRAABDOMINAL COMPLICADA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NICARAGUA.

Freda L. Alvarado-Malueños¹, Guillermo D. Porras-Cortés². ¹Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz, Departamento de Medicina Interna; Managua, Nicaragua.

Introducción: Las infecciones intraabdominales complicadas (IIA) se asocian con una mortalidad alta. Las decisiones en el manejo de pacientes y evolución clínica pueden estar

determinadas por factores de riesgo específicos que pueden evaluarse con clinimetría (escalas o índices). **Objetivo:** Evaluar el Índice de Peritonitis de Mannheim (IPM), el Índice Neutrófilos/Linfocitos (NLR) y el Índice Plaquetas/Linfocitos (PLR) como predictores de mortalidad y otros resultados clínicos en este tipo de pacientes.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, transversal, analítico. Se incluyeron 102 pacientes hospitalizados por IIA entre noviembre de 2021 y noviembre de 2023. Se analizó la relación de los índices ya mencionados con mortalidad y otros resultados clínicos. **Resultados:** La edad media fue 56.05 ± 21.25 años. La etiología más frecuente fue la apendicitis aguda (39.2%). La mortalidad global fue de 34.3%. La necesidad de reintervención quirúrgica se observó en el 72.7% de los pacientes con IPM ≥ 26 puntos, el 31.3% de los pacientes con NLR ≥ 11 y el 45.0% de los pacientes con PLR ≥ 222 . Respecto a requerir ingreso a unidad de cuidados intensivos, se observó en 84.0% de los pacientes con IPM ≥ 26 puntos, y en 57.8% de los pacientes con NLR ≥ 11 . La mortalidad en pacientes con IPM ≥ 26 puntos fue 75.0% y de 46.9% en pacientes con NLR ≥ 11 . La sensibilidad y especificidad del IPM para la mortalidad fue del 94.3% y 47.9% respectivamente, con un AUC de 0.95. La sensibilidad y especificidad del NLR para la mortalidad fueron de 85.7% y 49.3% respectivamente. **Conclusiones/Recomendaciones:** El IPM ≥ 26 puntos predicen mortalidad, probabilidad de reintervención quirúrgica, ingreso a UCI y estancia hospitalaria prolongada. El NLR ≥ 11 es un predictor de mortalidad. Se recomienda utilizar estos índices de manera rutinaria en la práctica médica.

TL39 FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A INFECCIÓN Y MORTALIDAD POR *CLOSTRIDIODES DIFFICILE* EN PACIENTES DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA EN NICARAGUA.

Carlos Balitán-Amoreti¹, Sunaya Marenco-Avilés¹, Guillermo D. Porras-Cortés¹. ¹Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz, Departamento de Medicina Interna; Managua, Nicaragua.

Introducción: La infección por *Clostridioides difficile* (ICD) ha aumentado en incidencia siendo causa de diarrea en pacientes hospitalizados. Existen reportes de mayor morbilidad y elevados costos sanitarios. **Objetivo:** Determinar factores de riesgo asociados a infección y mortalidad por ICD en pacientes del Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz (Managua, Nicaragua) en el periodo de enero 2020 a diciembre 2022. **Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo, analítico, transversal. Se incluyeron 150 pacientes hospitalizados que presentaron diarrea intrahospitalaria (50 pacientes con infección por *C. difficile* y 100 pacientes sin infección). El diagnóstico se realizó por método molecular (RT-PCR) utilizando Xpert *C. difficile*®. Diferentes variables clínicas fueron analizadas. Se estimó la razón de momios e intervalo de confianza 95% para las variables asociadas a la probabilidad de desarrollar ICD y de fallecer por ICD. **Resultados:** La edad de los pacientes fue 52.8 ± 18.7 años. Un 52% eran hombres. El 50% tenían comorbilidad. Una mayor proporción de pacientes con ICD tenían historia de uso

previo de antibiótico (98% vs 52%, $p < 0.001$), uso de inhibidor de bomba de protones (46% vs 25%, $p = 0.009$), hospitalización previa (94% vs 46%, $p < 0.001$), y cirugía previa (64% vs 25%, $p < 0.001$). La mortalidad en los pacientes con ICD fue 20% vs 11% en los controles. En el análisis de regresión logística se encontró que el uso previo de ceftriaxona (RM: 6.40; IC95%: 2.09–19.59) y clindamicina (RM: 3.0; IC95%: 1.01–8.92) se asociaron a ICD. De manera significativa el riesgo de mortalidad estuvo asociado con edad mayor a 60 años. **Conclusiones/Recomendaciones:** El uso de antibióticos previos (ceftriaxona y clindamicina) son factores asociados a ICD. Los pacientes mayores a 60 años tienen mayor riesgo para mortalidad.

TL40 INCIDENCIA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) EN ADULTO MAYOR (AM60+) QUE VIVE EN UNA ZONA URBANO MARGINADA DE TEGUCIGALPA, HONDURAS. 2024. Manuel Antonio Sierra Santos¹, René Mauricio Gonzales¹, Marta Urquía¹, José Cueva¹, Iván Espinoza¹, María I. Villars¹, Carlos H. Ramírez¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Salud Pública; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Datos de la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples de junio 2022 reportan que la población 60+ años es de 1.2 millones de personas (44.2% hombres, 55.8% mujeres). La mayoría viven en extrema pobreza. El envejecimiento genera cambios en el sistema respiratorio, circulatorio y nervioso que, unidos a estilos de vida no saludables y alteraciones en el sistema inmune, favorecen las infecciones respiratorias en el adulto mayor. **Objetivo:** Determinar la incidencia de IRAs y sus características clínicas en los últimos tres meses previos a la encuesta y los factores asociados. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, analítico transversal en una muestra aleatoria de AM60+ que viven en la Colonia San José de la Peña. El estudio se desarrolló con alumnos del primero y segundo semestre de la clase de Salud Pública II, jornada vespertina, FCM-UNAH del año lectivo 2024. El protocolo cuenta con la aprobación y apoyo del CEIB Monterrey, RSM-DC. Se presentan los resultados del estudio piloto realizado en mayo 2024. **Resultados:** Participaron 126 AM60+ (84 mujeres y 42 hombres); promedio de edad fue 70.6 años (Rango 60-93); 45 (36%) han fumado, 9 fuman (7%); 14 (11%) consumen alcohol. Comorbilidades más frecuentes: HTA (88, 70%), DM2 (47.4%), Dislipidemia (39.3%), Asma bronquial (13.1%). Un total de 44 AM60+ reportó haber tenido una IRA en último trimestre previo a la entrevista (34.9%, 95% IC: 27.5%-43.6%). Fueron factores significativamente asociados con mayor frecuencia de IRA: asma bronquial, ECV, no tener vacuna bivalente COVID-19. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las IRA son una causa significativa de enfermedad y muerte en AM60+. En AM60+ de la Colonia La Peña encontramos una

gran prevalencia de comorbilidades y una alta incidencia de IRA. Se necesitan programas integrales para el abordaje del adulto mayor.

TL41 ACTIVIDAD ANTIMICROBIANA IN VITRO DE CEF-TOLOZANO/TAZOBACTAM, IMIPENEM/RELEBACTAM Y COMPARADORES CONTRA AISLADOS CLÍNICOS GRAM-NEGATIVOS RECOGIDOS EN COLOMBIA, ECUADOR, GUATEMALA, PANAMÁ Y PUERTO RICO: SMART 2017-2022. M. Wise¹, T. Polis², F. Siddiqui³, K. Young³, M. Motyl³, D. Sahm¹. ¹International Health Management Associates (IHMA), Schaumburg, IL, EE.UU., ²Merck Sharp & Dome (MSD), Sao Paulo, Brasil. ³Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, EE.UU.

Introducción: Ceftolozano/tazobactam (C/T) es una cefalosporina combinada con un inhibidor de β -lactamasa. Imipenem/relebactam (IMR) es una combinación de un carbapenémico con un inhibidor de las β -lactamasas de clase A y C. **Objetivo:** Se evaluó la actividad antimicrobiana de estos agentes contra patógenos gram negativos en América Latina a través del programa SMART. **Materiales y Métodos:** De 2017-2022, 19 laboratorios clínicos en Colombia, Ecuador, Guatemala, Panamá y Puerto Rico enviaron 17,698 cepas de *Enterobacteriales* y *Pseudomonas aeruginosa* al programa SMART. Se determinaron las CIM utilizando micro dilución en caldo y se interpretaron con los puntos de corte CLSI de 2024. El fenotipo de una cepa productora de BLEE, no ERC (*Enterobacteriales* resistente a carbapenémico) fue definido para aislamientos de *Klebsiella pneumoniae*, *K. oxytoca*, *Escherichia coli*, y *Proteus mirabilis* con una CIM de ≥ 2 mg/L para Ceftriaxona y ≤ 0.5 mg/L para Ertapenem. La resistencia a múltiples fármacos (MDR) fue definida como resistencia a ≥ 3 agentes. La resistencia difícil de tratar (DTR) fue definida por falta de susceptibilidad a todos los agentes β -lactámicos y a las fluoroquinolonas. **Resultados:** De todos las Enterobacterias (15,048) 89.9% fueron susceptibles a C/T, mientras que el 96.2% de los NME fueron susceptibles a IMR. C/T inhibió el 93.7% de los fenotipos BLEE, no-CRE aislados. IMR inhibió el 87.3% y el 66.5% de los aislamientos MDR y DTR, respectivamente, los segundos más altos entre los comparadores (después de ceftazidima/Avibactam). En general, se detectaron 831 NME productores de KPC, Metallo- β -lactamasa negativos NME y el 93.1% fueron susceptibles a IMR. Contra *P. aeruginosa* (2,650), C/T estuvo entre los agentes más activos, inhibiendo el 88.7% de los aislamientos, incluyendo el 61.8%, 58.7%, 43.1% y 24.6% de los aislados no susceptibles a meropenem, no susceptibles a piperacilina/tazobactam, MDR y DTR, respectivamente. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los datos in vitro sugieren que C/T e IMR representan opciones terapéuticas para infecciones causadas por patógenos Gram negativos.

TL42 BENEFICIOS DE LA ASPIRACIÓN SUBGLÓTICA EN PACIENTES ACOPLADOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA, EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN HOSPITAL Y CLÍNICA SAN JORGE LA BOLSA, HONDURAS.

Alison Ortiz^{1,2}, Laura Soto^{1,2,3}. ¹Hospital Escuela, Departamento de Medicina Interna, Unidad de Cuidados Intensivos; Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital y Clínicas San Jorge, Unidad de Cuidados /intensivos; Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Escuela, Departamento de Medicina Interna, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La aspiración subglótica es una técnica clínica utilizada en UCI, para succionar las secreciones y prevenir la neumonía asociada a VMI, convirtiéndose en un proceso clave para prevenir complicaciones en pacientes intubados. **Objetivo:** Determinar beneficios del uso de la aspiración subglótica en pacientes acoplados a VMI en UCI. **Materiales y Métodos:** estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. El tamaño de la muestra calculó mediante la herramienta tecnología survey monkey tomando el 100% de pacientes ingresados a UCI, con un índice de confiabilidad del 99% y margen de error del 1%. Utilizando una encuesta con preguntas cerradas. **Resultados:** La edad más fruenta oscilo entre los 51 a 60 años, con predominio de sexo masculino y diagnóstico de ingreso politrauma. El 7.4% de la población en estudio reportó infecciones respiratorias asociadas. La frecuencia de aspiración subglótica oscilo en intervalos de 4 a 6 horas, la duración de VMI osciló entre 5 y 23 días. El personal que realiza la técnica es profesional de enfermería las cuales no cuentan con capacitaciones teórico-prácticas que puedan respaldar la técnica. La evolución clínica de los pacientes mostró mejoría en función respiratoria y pudieron ser extubados exitosamente. **Conclusiones/Recomendaciones:** La técnica de aspiración subglótica consiste en la eliminación de las secreciones acumuladas por encima del manguito del tubo endotraqueal, utilizando un sistema de succión subglótica ofreciendo beneficios: reducción en la duración de VMI, menor incidencia de neumonía asociada, mejor manejo de las secreciones. La implementación de esta técnica es esencial para prevenir complicaciones y para optimizar la efectividad de VMI. Incorporar la aspiración subglótica como práctica estándar en la UCI, Capacitación continua del personal técnico y de enfermería, Actualización de los conocimientos basados en la evidencia.

TL43 SEVERIDAD DE PRIMER EPISODIO DE COVID-19 Y FACTORES ASOCIADOS, 2021- 2023. May Len Quan Gálvez¹,

María José Rodas Palma¹, Mariana del Carmen Sevilla¹, Marleni Zureya Carbajal¹, Nicolle Alejandra López¹, Sara Varela¹, Stephany Karina Laínez¹, Anna Lía Alcerro Robles¹, Gilma Marjorie Oseguera¹, Victoria Fernanda Zelaya¹, Andrea Gisselle Guifarro¹, Karla Leticia Monge¹, Gabriela Murillo¹, Gabriel Ortiz¹, Gexy Mendoza Hernández¹, Melany Verónica Flores¹, Lisbeth Madrid¹, Mirna Hernández¹, Nicolle Suazo¹, Bessy Nicole Suazo Méndez¹, Edgardo Alcides Vargas Padilla¹, Frances Gabriela Durón Alonzo¹, Gexi Scarleth Mendoza Hernández¹, Gabriela Nineth Murillo Mejía¹, Gabriel José Ortiz Ortiz¹, Lisbeth Dinora Madrid Banegas¹, Melany Verónica Flores Espinal¹, Mirna Ondina Hernández Artica¹, Sara Rivera Molina¹, Juan Pablo Bulnes¹, Guimel Peralta^{1,2}, Manuel Antonio Sierra Santos¹. ¹Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Ciencias de la Salud; Tegucigalpa, Honduras. ²Secretaría de Salud, Instituto Nacional Cardiopulmonar, Departamento de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La pandemia reciente por SARS-CoV-2 evidenció la creciente vulnerabilidad del mundo moderno a enfermedades emergentes y reemergentes. Durante el primer semestre del 2020 varias publicaciones reportaron diversos factores de riesgo asociados con severidad y mortalidad por COVID-19. **Objetivo:** Describir los factores asociados con severidad de primer episodio de COVID-19 (PEC). **Materiales y Métodos:** Estudio observacional descriptivo en una muestra de conveniencia de adultos que asistieron consecutivamente a la red primaria de salud de SESAL, donde la cohorte 2022-2023 de estudiantes de último año de medicina de FCS-UNITEC fue asignada. El protocolo fue aprobado por el Comité de Bioética de UNITEC. Solo se incluyeron sujetos a los que se les diagnosticó COVID-19 mediante RT-PCR, durante 2020-2021. **Resultados:** Participaron 2,967 adultos (59.6% mujeres), 20.3% 51 o más años, 71.6% sobrepeso-obesidad, 17.4% hipertensión y 12.2% diabetes mellitus. Severidad de PEC: 29.6% asintomáticos, 60.8% enfermedad leve, 6.6% hospitalizados, 2.0% enfermedad grave y 0.4% ingresados en unidad de cuidados intensivo. Fueron factores significativamente asociados con severidad de PEC: 51+Años (OR 4.3, 95%IC: 3.3-5.6); 42-50 Años (OR 1.8, 95%IC: 1.4-2.5); Sobrepeso-Obesidad (OR 1.7, 95% IC: 1.2-2.3); HTA (OR 4.4, 95% IC: 3.4-5.8); DM2 (OR 4.8, 95% IC: 3.6-6.4); no estar vacunado (OR 2.3, 95% IC: 1.7-3.2). **Conclusiones/Recomendaciones:** En 2020, el término “sindemia” surgió para describir la interacción sinérgica entre la COVID-19, otras enfermedades y factores sociales, que juntos intensificaban sus efectos. Esta “pandemia silenciosa” de enfermedades crónicas no diagnosticadas o mal controladas resultó ser el principal factor de riesgo para complicaciones graves y mortalidad por COVID-19. Al tratar a pacientes con síndrome post-COVID, es fundamental realizar una evaluación integral que incluya una detallada anamnesis y la identificación de factores de riesgo para manejar sus síntomas de manera adecuada y mejorar su calidad de vida. La empatía en la consulta médica es esencial, pues el aspecto psicosocial influye significativamente en el bienestar de estos pacientes.

TL44 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE PACIENTES CON HEPATITIS C ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESCUELA, TEGUCIGALPA, 2016-2023. José Roberto Andino Vásquez^{1,2}, Diana Varela^{2,3}, Eimy Barahona³, Sara Sahury³, Karina Mejía Escobar^{1,2}. ¹Hospital Escuela, Departamento de Gestión Académica e Investigación; Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Escuela, Departamento de Medicina Interna, Servicio de Infectología; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La Hepatitis C (VHC) es un problema de salud pública que afecta a millones de personas en todo el mundo. En Honduras, la prevalencia del VHC ha sido poco investigada. **Objetivo:** Describir el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes con infección por VHC atendidos en la consulta externa de Infectología del Hospital Escuela. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal de pacientes con diagnóstico confirmado de VHC atendidos entre 2016 y 2023. Se revisó la base de datos de pacientes mayores de 18 años, organizando los datos en una base en Excel y el análisis con R Studio. **Resultados:** De 155 pacientes incluidos, predominó el sexo masculino (58.1%), la media de edad fue 25.5 años (DE ± 3.72). En 32.2% se confirmó infección crónica activa, 63.8% provenía de Francisco Morazán. En la mayoría de los casos no se identificó un factor de riesgo, el 24.5% reportó transfusiones de hemoderivados y 4.5% presentó coinfección con VIH. La comorbilidad más frecuente fue la insuficiencia renal crónica en hemodiálisis (12.2%). El 33.9% de los pacientes con infección crónica activa desarrolló cirrosis de los cuales 7.7% tenían clasificación Child Pugh A, 20.7% tenía fibrosis grado F4 y 15% esplenomegalia. Los pacientes con infección crónica activa fueron tratados con Sofosbuvir/Velpatasvir, logrando respuesta virológica sostenida en el 97.4% a los 3 y 6 meses, pero el 9.4% falleció. **Conclusiones/Recomendaciones:** Es esencial fortalecer las políticas de salud pública para mejorar el acceso al diagnóstico temprano y tratamiento, especialmente en países de bajos ingresos, donde existen barreras significativas. Los antivirales de acción directa se asocian a una tasa de curación superior al 95%. La erradicación de la enfermedad requiere de estrategias que aseguren acceso equitativo y promuevan prácticas seguras, para reducir la incidencia y mortalidad es clave priorizar el seguimiento para garantizar la efectividad del tratamiento.

TL45 FIDELIDAD EN LA RUTA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON SOSPECHA DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA ULCERADA, TROJES, 2022. Katia López-Mejía^{1,2}, Luisa Rubiano³, Héctor Vélez⁴, Carlos Rojas⁵. ¹Hospital Escuela, Departamento de Gestión Académica e Investigación; Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras. ³Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, Colombia. ⁴Universidad de Antioquia, Facultad de Educación, Medellín, Colombia. ⁵Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, Grupo Epidemiología, Medellín, Colombia.

Introducción: La epidemiología compleja de la Leishmaniasis Cutánea Ulcerada (LCU) en las Américas, con variaciones en transmisión, reservorios, manifestaciones clínicas y respuesta terapéutica, representa un desafío de salud pública. La Organización Mundial de la Salud recomienda intervenciones integrales, como diagnóstico temprano y tratamiento eficaz. **Objetivo:** Evaluar la fidelidad y los posibles factores moderadores que influyen en la implementación de la ruta de atención al paciente con sospecha de Leishmaniasis Cutánea Ulcerada (LCU) en Trojes, El Paraíso, Honduras, 2022. **Materiales y Métodos:** Se desarrolló un estudio descriptivo (Cuant/Cuali) en el marco de una investigación de implementación. La recolección de datos cuantitativos se llevó a cabo mediante listas de chequeo aplicadas a expedientes clínicos de pacientes atendidos en Trojes durante 2022, con el objetivo de evaluar la fidelidad en la atención a casos de Leishmaniasis Cutánea Ulcerada (LCU). Paralelamente, se condujeron entrevistas semiestructuradas a proveedores de salud y usuarios para explorar los factores moderadores que influyen en la implementación de la ruta de atención. **Resultados:** De 218 pacientes sospechosos de LCU atendidos en Trojes, el 68.4% siguió parcialmente la ruta de atención. Aunque la cobertura diagnóstica fue del 100%, solo el 31% recibió la dosis correcta del medicamento según el peso, con un 27.5% de subdosificación. Los factores moderadores incluyeron la falta de capacitación de los proveedores de salud y las barreras geográficas y económicas que afectaron a los pacientes. **Conclusiones/Recomendaciones:** La atención a pacientes con LCU en Trojes presenta desafíos como la necesidad de capacitación continua del personal de salud, el monitoreo de la atención, y la superación de barreras geográficas y económicas. Además, se identificó la importancia de fortalecer la participación comunitaria y la intervención gubernamental, junto con la realización de estudios de farmacovigilancia y del agente etiológico para garantizar tratamientos efectivos y seguros en áreas rurales.

TL46 CARACTERIZACIÓN DE FACTORES DE VIRULENCIA E IDENTIFICACIÓN MOLECULAR DE ESPECIES CRÍPTICAS DE *CANDIDA* CAUSANTES DE CANDIDEMIA EN HONDURAS. Fernando Chávez¹, Bryan Ortiz¹, Roque López², Carlos Muñoz², Isis Láine Arteaga³, Celeste Galindo⁴, Luis Rivera¹, Mauricio Hernández¹ y Gustavo Fontecha¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Instituto de Investigaciones en Microbiología; Tegucigalpa, Honduras. ²Secretaría de Salud, Laboratorio Nacional de Vigilancia; Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Mario Catarino Rivas, Laboratorio de Bacteriología; San Pedro Sula, Honduras. ⁴Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Microbiología; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Las infecciones por levaduras agrupadas en el género *Candida* son de las causas más comunes de infecciones fúngicas en el mundo y se asocian a altos índices de mortalidad. Recientemente, la taxonomía de este género ha tenido cambios importantes debido a la descripción de nuevas especies, como el patógeno multiresistente *Candida auris*. La rápida y correcta identificación a nivel de especie de las infecciones por levaduras es importante para proporcionar una terapia adecuada, reducir la mortalidad y controlar los brotes. Las especies de *Candida* causantes de enfermedad fúngica invasora (EFI) en Honduras han sido poco exploradas como también sus características de virulencia. **Objetivo:** Este estudio tuvo por objetivo caracterizar los factores de virulencia e identificar especies crípticas de *Candida* spp aisladas de sitios estériles en Honduras. **Materiales y Métodos:** Producto de un programa de vigilancia epidemiológica que se desarrolló de agosto de 2022 a junio de 2024, se evaluaron 80 aislamientos de levaduras, provenientes de 4 hospitales públicos ubicados en el norte y centro del país. La identificación de las especies de *Candida* se realizaron por métodos moleculares basados en PCR-RFLP, PCR específicas y secuenciación. Por otro lado, se evaluaron algunas propiedades asociadas con la virulencia (producción de exoenzimas, formación de biopelículas, adhesión celular e invasión). **Resultados:** *C. albicans* 31.2% (25), *C. tropicalis* 30% (24), fueron las principales especies asociadas a EFI, *C. krusei* 2.5% (2) y *C. dubliniensis* 1.2% (1) fueron las especies menos frecuentes, en conjunto las especies no *albicans* se aislaron en un 68.7% (55). *C. albicans* fue la especie con mayor actividad hemolítica, fosfolipasa y proteasa. *C. glabrata* fue la única especie sin actividad fosfolipasa, sin embargo, fue la segunda con mayor actividad proteasa. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este estudio contribuye a mejorar la comprensión de las características biológicas y de patogenicidad de *Candida* spp. en el país, permitiendo a su vez, explorar nuevas estrategias para el manejo de infecciones fúngicas.

TL47 TENDENCIAS GLOBALES EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE DERMATOFITOS Y DERMATOFITOSIS- UN ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO. Bryan Ortiz¹, Manuel Ballesteros Monrreal², Juan José Rosales Tamashiro MC³, Michelle Bush⁴, Jon Salmanton García⁵⁻⁸, Gustavo Fontecha¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Instituto de Investigaciones en Microbiología; Tegucigalpa, Honduras. ²Universidad de Sonora, Departamento de Ciencias Químico-Biológicas y Agropecuarias; Sonora, México. ³Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Departamento de Microbiología, Tegucigalpa, Honduras. ⁴Purdue University, Markey Center for Structural Biology, Department of Biological Sciences, West Lafayette, IN, USA. ⁵University of Cologne, Faculty of Medicine and University Hospital Cologne, Institute of Translational Research, Cologne Excellence Cluster on Cellular Stress Responses in Aging-Associated Diseases (CECAD), Cologne, Germany. ⁶University of Cologne, Faculty of Medicine and University Hospital Cologne, Department of Internal Medicine, Center for Integrated Oncology Aachen Bonn Cologne Duesseldorf (CIO ABCD) and Excellence Center for Medical Mycology (ECMM), Cologne, Germany. ⁷German Centre for Infection Research (DZIF), Partner Site Bonn-Cologne, Cologne, Germany. ⁸University of Cologne, Faculty of Medicine and University Hospital Cologne, Clinical Trials Centre Cologne (ZKS Köln), Cologne, Germany.

Introducción: Las dermatofitosis son infecciones fúngicas, sus agentes causales se estima que colonizan al 70% de la población mundial, afectando aproximadamente al 25% de la población mundial. A pesar de su amplia distribución, alta morbilidad, y la resistencia a antifúngicos, la investigación en esta área ha sido limitada. **Objetivo:** Evaluar el estado del arte de las publicaciones sobre dermatofitosis y sus agentes causales entre 2000 y 2023, identificando las principales tendencias, autores, revistas, instituciones y países más influyentes. **Materiales y Métodos:** Se recuperaron publicaciones relacionadas con dermatofitos y dermatofitosis desde el 2000 al 2023 de las bases de datos Web of Science (WoS)[®] y Scopus[®]. **Resultados:** Más del 50% de la literatura en este campo ha sido publicada en los últimos 23 años (WoS n=10,234) y (Scopus n=12,846). El inglés fue el idioma más popular. Los años más productivo fueron (WoS, 2021, n=643) y (Scopus, 2023, n=716). La revista con mayor número de publicaciones fue Mycoses (WoS n=592) y (Scopus n=582). La institución con mayor número de aportes fue University of Toronto de Canadá (WoS n=178) y (Scopus n=177), mientras que Conselho nacional de desenvolvimento científico y tecnológico de Brasil fue la institución que más aporte financiero hace a esta área. Los países con más aportes fueron EE. UU (WoS n= 1302) e India (Scopus n=1,571). Michel Monod Hi de 37 y Gupta, A. K. Hi 47 fueron los autores más prolíficos en esta área. Cuando se comparó nuestros datos con la lista de patógenos prioritarios de la OMS, encontramos que la investigación sobre las dermatofitosis se encuentra desatendida. **Conclusiones/Recomendaciones:** Iniciativas que promuevan el financiamiento y la integración de grupos de investigación multidisciplinarios en dermatofitos y dermatofitosis

son necesarias. Hasta donde sabemos este es el primer análisis bibliométrico que evalúa la tendencia de documentos científicos en dermatofitosis y dermatofitos.

TL48 VARIABILIDAD EN LA REACTIVIDAD DE LAS PRUEBAS PARA EL DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE LA INFECCIÓN POR *Trypanosoma cruzi*: RESULTADOS EN UNA COHORTE DE MUJERES EMBARAZADAS, HONDURAS. Jackeline Alger¹⁻³, Jorge García-Aguilar¹⁻³, Lindsay Borjas², Candela Stella⁴, Mabel Berrueta⁴, María Luisa Cafferata⁴, Eric Dumonteil⁵, Claudia Herrera⁵, Pierre Buekens⁵. ¹Hospital Escuela, Departamento de Laboratorio Clínico, Servicio de Parasitología; Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras; ³Asociación Hondureña de Parasitología; Tegucigalpa, Honduras; ⁴Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS); Buenos Aires, Argentina; ⁵School of Public Health and Tropical Medicine, Tulane University, New Orleans, LA, United States of America.

Introducción: El diagnóstico de la Enfermedad de Chagas presenta desafíos. Hay reportes de variabilidad geográfica en los resultados con varias pruebas diagnósticas, posiblemente debido a la diversidad genética del *Trypanosoma cruzi*. Ante la falta de un estándar de oro, se recomienda que la confirmación diagnóstica incluya dos pruebas positivas de diferente principio, probablemente aumentando los falsos negativos. **Objetivo:** Medir la reactividad de cuatro pruebas serológicas para el diagnóstico de la Enfermedad de Chagas utilizando muestras de una cohorte de mujeres embarazadas en Honduras. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron muestras de suero de mujeres embarazadas que asisten a su primer control prenatal del estudio Zika-Cero Infecciones en el Embarazo en Honduras (ZIPH1, ZIPH2, mayo 2018-junio 2024). Todas las muestras fueron analizadas con ELISA recombinante (Chagatest, Wiener). Las muestras positivas fueron analizadas con prueba rápida Stat-Pak (Chembio Diagnostic), Inmunoanálisis Quimioluminiscente de Micropartículas (CMIA, Abbot), ELISA Antígeno Crudo (Ag. Crudo, Bios). **Resultados:** Un total de 2,904 muestras fueron analizadas con Chagatest obteniendo resultado positivo en 2.4% (69/2,904), de las cuales 31.9% (22/69) fue reactiva con otras pruebas (Concordantes): 31.9% (22/69) CMIA, 25.8% (17/66) Ag. Crudo y 14.5% (10/69) Stat-Pak. Al combinar resultados, fueron positivas: 12.1% con cuatro pruebas, 13.6% con tres pruebas (Chagatest+Ag. Crudo+CMIA), 4.5% con dos pruebas (Chagatest+CMIA), 69.7% sólo con Chagatest. La mediana de la densidad óptica a 450nm (DO_{450}) con la prueba Chagatest fue mayor entre las muestras Concordantes (2.195, $RI=1.235-2.736$) comparado con las No Concordantes (0.6551, $RI=0.487-0.933$), mostrando esta diferencia significancia estadística ($p<0.05$). El porcentaje de muestras concordantes fue 10.0% cuando la $DO_{450}<1$, 40.0% cuando la $1\geq DO_{450}<2$ y 85.7% cuando la $DO_{450}>2$. **Conclusiones/Recomendaciones:** La prueba Chagatest detectó 2.4% de casos. Se observó alta variabilidad entre las pruebas diagnósticas. Al aplicar recomen-

dación de dos pruebas confirmatorias, la positividad disminuyó a 0.8% (22/2,904). Es necesario documentar esta variabilidad y ampliar la experiencia con varias pruebas diagnósticas.

TL49 COMPORTAMIENTO DE LA CURVA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE MICROCEFALIA A PARTIR DE LA INTRODUCCIÓN DEL VIRUS ZIKA A HONDURAS EN 2014. Angélica Sarahí Urquía García¹, Douglas Varela^{2,3}, Sara Rivera Molina⁴, Manuel Antonio Sierra Santos⁵. ¹Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Ciencias de la Salud; Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Departamento de Neurología; Tegucigalpa, Honduras. ³Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Fisiología; Tegucigalpa, Honduras. ⁴Hospital María de Especialidades Pediátricas, Departamento de Infectología; Tegucigalpa, Honduras. ⁵Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Ciencias de la Salud; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: América experimentó la introducción de dos virus africanos: chikungunya en noviembre 2013 y zika (vZIK) en marzo 2015. El vZIK fue aislado por primera vez en 1947 en Uganda en primates y en seres humanos en 1968 en Tanzania. Entre el 2007 y 2013 se presentaron brotes epidémicos en varias islas del océano pacífico, incluyendo la Polinesia Francesa, donde el vZIK se asoció con una alta carga de infección y patología neurológica y congénita. En octubre de 2015, Brasil notificó un incremento inusual de recién nacidos con microcefalia y la OMS en febrero 2016 la declara una ESPII. Honduras reporta los primeros casos de Síndrome de Guillain Barré y de microcefalia asociada a VZik en noviembre del 2015. **Objetivo:** Describir la curva epidemiológica de microcefalia en Honduras. **Materiales y Métodos:** En el período del 2015 al 2018 se registraron 316 casos de microcefalia en el sistema de vigilancia epidemiológica, la mayoría sin diagnóstico etiológico (microcefalia asociada a ZIKA, MAZ). En 2017 se conformó una Comisión Interinstitucional que depuró la base de datos y la redujo a 290 niños con MAZ que cumplieran con los criterios de perímetro cefálico < -3 desviaciones estándar. **Resultados:** Para el período 2015-2018 Honduras tiene las siguientes tasas de MAZ por 10,000 nacimientos: 11 MAZ en el 2015 (Tasa 0.6, 95% IC: 0.3-1.1); 177 MAZ en el 2016 (Tasa 9.7, 95% IC: 8.4-11.2); 81 MAZ en el 2017 (Tasa 4.4, 95% IC: 3.6-5.5); 31 MAZ en el 2018 (Tasa 1.7, 95% IC: 1.2-2.4). **Conclusiones/Recomendaciones:** Múltiples investigaciones han demostrado la conexión clara entre la infección por VZik durante el embarazo y el nacimiento de bebés con malformaciones congénitas. Existen diferencias en la incidencia de MAZ en América, siendo Brasil el más impactado. Estas diferencias son influenciadas por múltiples factores, incluyendo condiciones socioeconómicas, epidemiológicas y ambientales.

TL50 INTROGRESIÓN DE *WOLBACHIA* EN POBLACIONES DE MOSQUITOS *Ae. AEGYPTI*, UNA NUEVA ALTERNATIVA PARA EL CONTROL DE ARBOVIRUS EN HONDURAS. J. Castaneda¹, D. Johnson², D. Gomez², E. Boquin¹, R. Ortuno²

L. Mciver³, D. Escobar⁴, R. Gerstenhaber², A. Desjardins³, C. Dorion³, I. Ciglenecki³, N. Grisales⁵, S. Kutcher⁵, A. Vélez⁵, A. Uribe⁵. ¹Médicos Sin Fronteras, Proyecto Prevención de Arbovirus HN123; Tegucigalpa, Honduras. ²Médicos Sin Fronteras, Coordinación General, Centroamérica y México; CDMX, México. ³Médicos Sin Fronteras, Centro Operacional Ginebra, Grand-Morillon; Ginebra, Suiza. ⁴Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Instituto de Investigaciones en Microbiología; Tegucigalpa, Honduras. ⁵World Mosquito Program; Medellín, Colombia.

Introducción: El dengue es una enfermedad febril que afecta a la región de las Américas. En Honduras, en los últimos cinco años se han declarado dos emergencias sanitarias por esta enfermedad, relacionadas también con condiciones socioeconómicas y climáticas que facilitan la transmisión del virus, por ello, se necesitan nuevas estrategias innovadoras e integrales para prevenirlo. El World Mosquito Program desarrolló un método basado en la introducción de la bacteria *Wolbachia* en poblaciones de mosquitos *Ae. aegypti*, el cual actúa inhibiendo la absorción de arbovirus a través de la incompatibilidad citoplasmática. **Objetivo:** El objetivo del estudio es evaluar la introgresión de *Wolbachia* en poblaciones locales de *Ae. aegypti*, en la zona de intervención. **Materiales y Métodos:** Médicos Sin Fronteras implementó el método en El Manchén, Tegucigalpa, desde agosto 2023 a febrero 2024 (26 semanas), incluyendo liberaciones en puntos GPS y con voluntarios comunitarios; aproximadamente 8.3 millones de mosquitos fueron liberados. El Laboratorio de Investigaciones en Microbiología-UNAH, evaluó semanalmente mediante la detección de proteínas de superficie de *Wolbachia*, con la técnica de reacción en cadena de la polimerasa en mosquitos capturados en 49 puntos aleatorios. **Resultados:** Los resultados preliminares durante las liberaciones muestran porcentajes progresivos de infección de *Wolbachia*: 16.3%, 30.5%, 62.5%, 72.5%, hasta febrero 2024 con 82.8%. Posterior a las liberaciones, se documentaron en abril 2024 (65.2%), junio 2024 (57.6%) y septiembre 2024 (85.3%). Se observó una tendencia significativamente creciente en la prevalencia de mosquitos *Ae. aegypti* portadores de *Wolbachia*. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los resultados sugieren que la introgresión de la *Wolbachia* en las poblaciones de mosquitos es factible, con el apoyo de la comunidad para la implementación de la estrategia. Se continuará monitoreando el establecimiento y las tasas de incidencia de arbovirus a través de un análisis de series temporales interrumpidas con datos históricos y prevalencias actuales de dengue. Se sugiere mantener mecanismos de prevención de arbovirus integrales.

TL51 EXPERIENCIA EN EL FOMENTO DE UN ECOSISTEMA DE REVISIÓN ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA EN HOSPITAL ESCUELA. Cinthya Karina Mejía^{1,2}, Katia López^{1,2}, Clarissa Aguilar¹, Jorge García^{2,3}, Carolina Bustillo^{3,4}, Carlos Sánchez⁵, Xiomara Medina^{1,2}, Jackeline Alger^{2,6}.

¹Hospital Escuela, Departamento de Gestión Académica e Investigación; Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Escuela, Comité de Ética en Investigación del Hospital Escuela (CEIHE); Tegucigalpa, Honduras. ⁴Hospital Escuela, Departamento de Ginecología y Obstetricia; Tegucigalpa, Honduras. ⁵Hospital Escuela, Dirección de Atención Integral en Salud; Tegucigalpa, Honduras. ⁶Hospital Escuela, Departamento de Laboratorio Clínico; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: En Honduras, la carencia de un marco regulatorio integral y específico para la ética en la investigación sanitaria ha conducido a la implementación fragmentada de los estándares éticos. Esto ha incidido particularmente en entornos de recursos limitados como los hospitales del sistema público que forman talento humano y realizan investigación. Aunque el aval institucional es importante, no es suficiente pues se requiere de un ecosistema que promueva e implemente la revisión ética y la integridad científica. **Descripción de la Experiencia:** Actualmente, estamos en proceso de establecimiento del Comité de Ética en Investigación del Hospital Escuela (CEIHE). Se inició con un análisis situacional, la definición de su estructura y la formulación de lineamientos basados en pautas internacionales, la regulación nacional existente (ARSA) y experiencia de comités de ética locales (CEIB, REDCEIH). Se continuará con la selección de los miembros y con el desarrollo de un algoritmo de revisión según el tipo de estudio, separando los ensayos clínicos de los otros tipos de investigación, pero manteniendo altos estándares y buenas prácticas de investigación en salud en todos ellos. Asimismo, se implementará ProEthos, un sistema de gestión digital, para facilitar la revisión ética de los protocolos de investigación. El plan de acción que se está implementando incluye un programa de educación continua dirigido a investigadores multidisciplinarios (estudiantes, profesionales) y comunicación con otros comités de ética de Honduras. **Lecciones Aprendidas:** La experiencia de constituir el CEIHE ha permitido identificar desafíos que incluyen la adaptación de pautas internacionales al contexto local y la gestión del cambio entre los grupos de investigación. Se espera que el CEIHE en su desempeño fortalezca la mejora continua en las prácticas de investigación contribuyendo a la atención clínica basada en la evidencia local y robusteciendo la respuesta frente a brotes de enfermedades infecciosas.

TL52 CREACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN ACADÉMICA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL ESCUELA, PARA INTEGRACIÓN DE LA DOCENCIA, SERVICIO E INVESTIGACIÓN, EN LA GESTIÓN CLÍNICA.

Xiomara Medina^{1,2}, Clarissa Aguilar¹, José Andino^{1,2}, Mónica Medina^{1,2}, Alison Orteza², Katia López^{1,2}, Karina Mejía^{1,2}, Jackeline Alger^{2,3}. ¹Hospital Escuela, Departamento de Gestión Académica e Investigación; Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Escuela, Departamento de Laboratorio Clínico; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La misión institucional del Hospital Escuela (HE) manifiesta como funciones esenciales asistencia, docencia e investigación. El modelo de gestión hospitalaria vigente señala “el sistema de docencia e investigación es esencial para identificar como se integra y asocia a los planteamientos estratégicos generales del hospital”. En 2023, inició la organización del Departamento de Gestión Académica e Investigación (DGAEI), primando el apoyo al desarrollo de la investigación en Enfermedades Infecciosas (EI) y Enfermedades Crónicas no Transmisibles. **Descripción de la experiencia:** El DGAEI fue creado con el objetivo de organizar los procesos administrativos de la gestión en la docencia asistencial y la investigación clínica, para consolidar la Integración Docencia Servicio e Investigación (IDSI). Su finalidad es ofrecer servicios de calidad, con equidad e igualdad, a las instituciones formadoras del Talento Humano en Salud (THS), sin detrimento de la dignidad de los pacientes, respetando y protegiendo sus derechos. El DGAEI contribuye a fortalecer las capacidades en investigación en EI, poniendo a disponibilidad THS, gestión realizada en el marco de la alianza con el Instituto Antonio Vidal y The Global Health Network América Latina y el Caribe. El THS asignado desarrolla asistencia en investigación clínica, mediante actividades de capacitación y tutoría en investigación. Para robustecer las capacidades del equipo, en las alianzas establecidas con instituciones internacionales, se han integrado algunos miembros del equipo a capacitaciones para fortalecer las capacidades en el desarrollo de la investigación ética y de calidad, este conjunto de procesos favorece la respuesta esperada a las necesidades de salud de los usuarios, y la mejora continua en la gestión clínica de las EI. **Lecciones aprendidas:** La creación del DGAEI fortalece y desarrolla la IDSI, integrando los departamentos clínicos y de apoyo. Es fundamental la investigación en el HE para desarrollar estrategias en un mundo globalizado ante las EI prevalentes y emergentes.

TL53 IMPULSANDO PROYECTOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y EDUCACIÓN SOBRE ENFERMEDADES INFECCIOSAS MEDIANTE TALLERES VIRTUALES PARA UNA COMUNIDAD DE PRÁCTICA GLOBAL.

Bryain Maradiaga Mendoza^{1,2}, Jackeline Alger^{1,3}, Salvia Zeeshan², Prince Adjei², Marina Albada², Adam Dale², Bonny Baker, Trudie Lang². ¹Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras; ²The Global Health Network, Universidad de Oxford; Oxford, Reino Unido. ³Hospital Escuela, Departamento de Laboratorio Clínico, Servicio de Parasitología; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La colaboración entre regiones y disciplinas es fundamental para mejorar el acceso a la educación en temas importantes como la educación sexual, prevención y el tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). **Descripción de la experiencia:** The Global Health Network (TGHN, www.tghn.org), parte de la Iniciativa de Inteligencia Artificial (IA) para la Salud Global (AI4GH) financiada por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC, Canadá), tiene como objetivo desarrollar una comunidad de práctica para el intercambio de conocimientos sobre IA en salud, con un enfoque particular en la preparación, prevención y respuesta a epidemias y pandemias (E/PP&R) y en la salud sexual y reproductiva (SRMH). Desde 2023, la plataforma digital trilingüe ha compartido más de 128 recursos relacionados con el desarrollo ético de la IA, centrándose en guías y artículos de revisión. Además, los coordinadores han ofrecido actividades de capacitación basadas en la evaluación de brechas de conocimiento en la investigación responsable de IA. Uno de los eventos clave fue un taller de participación comunitaria en línea, en el cual se registraron 1,569 personas. Las sesiones, de dos horas de duración mantuvieron a 313 participantes simultáneos, lo que indica que el contenido fue valioso y de interés para los asistentes. Las encuestas pre y post evento mostraron un incremento significativo en la confianza y familiaridad con los temas tratados. El proyecto “BESHTTE CHATBOT” de HASH-África fue un ejemplo destacado, mejorando la conciencia sobre el VIH, la divulgación de factores de riesgos y promoción de salud entre los jóvenes en Kenia. **Lecciones aprendidas:** TGHN IA demuestra cómo una comunidad de conocimiento puede acelerar la generación y difusión de evidencia y apoyar políticas y prácticas responsables en el uso de IA para fortalecer los sistemas de salud pública, mejorando la equidad en salud y la respuesta ante pandemias.

TL54 MAPEO Y CARACTERIZACIÓN DE INICIATIVAS DE INNOVACION SOCIAL EN SALUD DESARROLLADAS EN MESOAMERICA, ENFOQUE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. REVISION DE ALCANCE, PERIODO 2018–JUNIO 2024.

Scarlet Rodas-Gallardo^{1,2}, Rebeca Cáceres^{1,2}, María Fernanda Martínez Valladares^{2,3}, Sara Ney Simons^{2,4}, María Isabel Echavarría,^{5,6} Diana Castro-Arroyave,^{5,7} Luis Gabriel Cuervo⁸. Jackeline Alger^{1,2,9}. ¹Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras. ²Iniciativas de Innovación Social en Latinoamérica, Nodo de Honduras; Tegucigalpa, Honduras. ³Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Ciencias; Tegucigalpa, Honduras. ⁴Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Departamento de Sociología, Tegucigalpa, Honduras. ⁵Iniciativas de Innovación Social en Latinoamérica/Centro Internacional de Entrenamiento de Investigaciones Médicas; Cali, Colombia. ⁶Universidad Instituto Colombiano de Estudios Superiores; Cali, Colombia. ⁷Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, Departamento de Epidemiología; Medellín, Colombia. ⁸Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud; Washington, DC, Estados Unidos de América. ⁹Hospital Escuela, Departamento de Laboratorio Clínico; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La innovación social en salud (ISS) se refiere a soluciones creativas que satisfacen necesidades locales en salud de los usuarios a través de la participación comunitaria.

Objetivo: Describir la distribución geográfica, temporal y características de iniciativas de ISS identificadas en Mesoamérica 2018-2024, con énfasis en enfermedades infecciosas.

Materiales y Métodos: Revisión de alcance. Se utilizaron conceptos clave temáticos, operadores booleanos, bases de datos de plataformas indexadas y literatura gris. **Resultados:** Se identificaron 21 iniciativas: 7 propiamente ISS, 12 estudios con participación comunitaria y 2 estrategias educativas innovadoras. Del total de iniciativas 3 son sobre enfermedades infecciosas. Los resultados de estas innovaciones en la lucha contra enfermedades transmitidas por vectores y el VIH en las comunidades destacan la efectividad del compromiso comunitario en la salud pública. 1) En República Dominicana el programa de vigilancia activa permitió una reducción significativa de casos de malaria, enfatizando que la capacitación de miembros locales es crucial para la detección temprana y tratamiento oportuno. 2) En Guatemala, la combinación de la capacitación de comadronas y la descentralización de servicios de VIH facilitó el acceso a pruebas, siendo fundamental para reducir la transmisión materno/infantil. 3) La ISS ha demostrado ser una herramienta eficaz para reducir el impacto del dengue, siempre que las comunidades locales se involucren activamente en la solución, como se demostró en Guatemala y México. **Conclusiones/Recomendaciones:** Estas experiencias destacan la importancia del empoderamiento comunitario en la apropiación y desarrollo de intervenciones adaptadas a necesidades locales. Se resalta

la importancia de establecer alianzas estratégicas con instituciones locales público/privadas para garantizar la sostenibilidad de las acciones implementadas a partir de la intersectorialidad e interinstitucional. Se recomienda mantener procesos de formación comunitaria continuos para fomentar capacidad instalada, empoderamiento y co-responsabilidad en salud pública, generando así, evidencia científica sobre intervenciones propuestas, lo que es vital para su validación y posible escalabilidad.

TL55 FORMACIÓN EN PRÁCTICAS HOSPITALARIAS Y LA ADHERENCIA A LAS NORMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL HOSPITAL ESCUELA. Xiomara Medina^{1,2},

Alison Orteza², Karla Benavides³ Petrona Mejía³. ¹Hospital Escuela, Departamento de Gestión Académica e Investigación; Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; ³Hospital Escuela, Departamento de Vigilancia de la Salud; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: En los espacios clínicos de aprendizaje del Hospital Escuela (HE) asisten diariamente estudiantes y docentes a Prácticas Clínicas (PC), vinculando la teoría y la práctica. La Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (VPC-IAAS) es una práctica inherente a toda actividad docente asistencial. **Descripción de la experiencia:** La formación en la VPC-IAAS es un eje transversal y se orienta a la interdisciplinariedad con los estudiantes, docentes y personal del área hospitalaria correspondiente. Los usuarios de las instituciones formadoras del Talento Humano en Salud (THS) (estudiantes, docentes) que asisten a PC al HE están obligados a desarrollar un proceso para conocer y comprender las normas de VPC-IAAS, medidas de precaución estándar y de transmisión de la enfermedad, para contribuir a la seguridad propia y de los pacientes, previniendo eventos adversos asociados a la atención en salud. Las buenas prácticas para la VPC-IAAS tienen connotaciones legales, humanas y técnicas. El HE realiza inducción para concientizar de la importancia de adherirse a la VPC-IAAS abordando temas sobre higiene de manos; prevención de infecciones de herida operatoria, asociadas a ventilación mecánica y al uso de sonda vesical; manejo de punzo cortantes, desechos sólidos hospitalarios y otros afines. En entrevista diagnóstica inicial a los estudiantes en servicio social (enfermería) se identifica el estado vacunal, refiriendo al programa ampliado de inmunizaciones cuando es necesario. El personal de los servicios y unidades es el responsable de los procesos, supervisando el cumplimiento y adherencia a la normativa. **Lecciones aprendidas:** por la alta rotación de estudiantes y docentes es necesaria la mejora continua de la inducción sobre las medidas de VPC-IAAS. Los docentes que supervisan estudiantes deben certificarse en la VPC-IAAS reconociendo su papel relevante en la formación y buenas prácticas asistenciales con impacto directo en la calidad de la atención hospitalaria.

IX CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN CENTROAMERICANA Y DEL CARIBE DE INFECTOLOGÍA TEGUCIGALPA, HONDURAS, 2024

ÍNDICE POR AUTOR

Abril Aguilar	TL15	Gisselle Gámez	TL35
Adalid Mendoza	TL23	Gustavo A. Murillo	TL18
Alison Orteiz	TL42	Jackeline Alger	TL1,4,48,53
Angelica Urquía	TL49	Jimmy Kury	TL20
Anielka Solis	TL10	José Roberto Andino	TL44
Bryan Ortiz	TL47	Josselith Castañeda	TL34
Carlos Balitán Amoreti	TL39	Josselith Castañeda	TL50
Carmen Gómez	TL16	Josué Zuniga Gaitán	TL8
Carmen Naira	TL7	Josué Zúniga	TL24
Cinthya Castillo	TL25	Katia López, Honduras	TL3,45
Cinthya Karina Mejía	TL11,51	Luis Rivera	TL13, 22
Clarissa Aguilar	TL2,14	Luis Rodríguez	TL31
Daniela García Gonzales	TL9	Manuel Sierra	TL40
Darío Souza	TL32	Marvin Argueta	TL30
Diego Álvarez	TL27	May Len Quan	TL43
Dolores A Orellana	TL36	Ruth Torres	TL17,19
Edil Argueta	TL21	Sara Daniela Sahury López	TL5
Eimy Yazmin Barahona Moncada	TL6	Sandra Montoya	TL29
Elsie M. Alvarado	TL26	Scarlet Rodas	TL54
Ezequiel Guevara	TL28	Seyli Gómez	TL33
Fernando Chávez	TL46	Thales Polis	TL41
Fernando José Pérez	TL37	Xiomara Medina	TL52,55
Freda Alvarado	TL38		
Gabriela Moya, Honduras	TL12		

PATROCINADORES





REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

INFORMACIÓN GENERAL E INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

Junio 2025

1. INFORMACIÓN GENERAL

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

1.1 MISIÓN, ALCANCE, VISIÓN

MISIÓN

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

OBJETIVO Y ALCANCE

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

VISIÓN

Ser una revista que difunda conocimiento científico inédito con alta calidad, prestigio e integridad científica, accesible a nivel nacional e internacional y con amplia representatividad en el campo de la práctica clínica, la salud pública e investigación para la salud.

1.2 CONTENIDO

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

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

1.2.1 Idioma

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

1.2.2 Editorial

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

1.2.3 Artículo original

Presenta por primera vez hallazgos científicos obtenidos a través de investigaciones con diseño metodológico cuantitativo o cualitativo, o ambos. Puede incluir observaciones de laboratorio, investigaciones poblacionales, investigaciones clínicas, investigación de la implementación, revisiones sistemáticas y metaanálisis, entre otros. Secciones: Introducción, Métodos, Resultados y Discusión (IMRYD). La Revista Médica Hondureña

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

1.2.4 Comunicación corta

Presenta los resultados preliminares de investigaciones sobre temas innovadores y experiencias relevantes. Secciones: Introducción, Métodos, Resultados y Discusión (IMRYD). Las secciones de la experiencia: Introducción, Descripción de la experiencia y Lecciones aprendidas. Debe seguir los estándares científicos de ética y calidad. Incluye un resumen no estructurado de un máximo de 150 palabras.

1.2.5 Caso clínico o serie de casos clínicos

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

1.2.6 Imagen en la práctica clínica

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

1.2.7 Revisión bibliográfica

Solamente a solicitud del Consejo Editorial. Es una revisión narrativa y presenta el estado del arte sobre un tema actual y relevante cuya información se ha actualizado a través de investigación documental. Este tipo de artículo puede ser solicitado por el Consejo Editorial o por iniciativa de los autores. Debe constar de secciones de Introducción, seguido del desarrollo del tema, cuyas secciones y subsecciones se denominarán de acuerdo con el tema revisado, y Conclusión. La Introducción debe describir el propósito de la revisión y las fuentes consultadas; dónde y cómo se realizó la búsqueda de la información, las palabras clave empleadas y los años de cobertura de la búsqueda. La Conclusión presenta la opinión

del autor sobre la revisión realizada y el aporte al conocimiento local. Incluye un resumen no estructurado de un máximo de 150 palabras.

1.2.8 Artículo especial

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

1.2.9 Artículo de ética

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

1.2.10 Historia de la medicina

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

1.2.11 Artículo de opinión

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

1.2.12 Cartas al Editor

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

1.2.13 Ad Libitum

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

1.2.14 Información Complementaria

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

1.2.15 Anuncios

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

1.2.16 Suplementos

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

1.3 ESTÁNDARES DE PUBLICACIÓN

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

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

La Revista Médica Hondureña se apeg a las *Recomendaciones para la Conducta, Informe, Edición y Publicación de Trabajos Académicos en Revistas Médicas* del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE). Los autores deben consultar estas recomendaciones en el siguiente sitio web: <http://www.icmje.org/> (actualizada a abril 2025).

1.3.2 Red EQUATOR

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

1.3.3 Registro de Ensayos Clínicos

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

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

1.3.4 Registro de Protocolos de Revisiones Sistemáticas

La Revista Médica Hondureña como una condición para la publicación, requiere que los protocolos de las revisiones sistemáticas sean registrados en la base de datos internacional denominada PROSPERO la cual registra prospectivamente revisiones sistemáticas que estudian un desenlace relacionado con la salud. El registro es producido por el Centro para Revisiones y 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 el trabajo presentado, cómo la han empleado. Los chatbots (como ChatGPT) no deben figurar como autores porque no pueden ser responsables de la exactitud, integridad y originalidad del trabajo, y estas responsabilidades son necesarias para la autoría.

1.3.7 Registro ORCID

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

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

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

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

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

1.3.10 Revisión por Pares

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

2. INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

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

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

2.1 TÍTULO

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

2.2 RESUMEN

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

2.3 PALABRAS CLAVE

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

2.4 SECCIONES DE UN ARTÍCULO

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

2.4.1 Introducción

Se debe redactar en un máximo de 3-4 párrafos; en el primero se expone el problema investigado, en el segundo y

tercero se argumenta bibliográficamente el problema y en el cuarto se justifica la investigación y se expone de forma clara el objetivo de esta. Se debe incluir las referencias bibliográficas pertinentes teniendo el cuidado de dejar la mayoría de las referencias para ser citadas posteriormente durante la discusión de los resultados. Preferiblemente, no debe contener cuadros ni figuras.

2.4.2 Materiales (Participantes) y Métodos

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

2.4.3 Resultados

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

2.4.4 Discusión

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

2.4.5 Contribuciones

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

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

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

2.4.7 Agradecimientos

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

2.4.8 Detalles del autor(es)

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

2.4.9 Referencias bibliográficas

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

2.4.10 Abreviaturas y símbolos

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

2.4.11 Unidades de medida

Se deben utilizar las normas del Sistema Internacional de

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

2.4.12 Cuadros

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

2.4.13 Figuras

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

2.4.14 Información complementaria

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

3. ENVÍO DEL MANUSCRITO

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

número de palabras en el resumen, número de palabras del artículo (excluyendo título, autores, resumen, palabras clave, bibliografía, cuadros y figuras), número total de cuadros y figuras, número de referencias bibliográficas.

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

4. PROCESO EDITORIAL

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

6) Pruebas de imprenta. El autor corresponsal podrá revisar el artículo en un máximo de dos días calendario. En esta etapa solamente se corregirán aspectos menores. **7) Informe de publicación.** Previo a la publicación impresa, la Revista será publicada electrónicamente y será enviada para su inclusión en las bases de datos electrónicas en las cuales está indizada. El autor corresponsal recibirá por correo electrónico el enlace de internet de su artículo.

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

5. ANEXOS

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

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

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

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

Consejo Editorial Revista Médica Hondureña

Estamos solicitando sea publicado el artículo tipo (tipo del artículo), titulado (título del artículo), en la Revista Médica Hondureña. El artículo fue preparado por (nombre de los autores en el orden correspondiente). Declaramos que hemos seguido las normas de publicación de la Revista. Hemos participado suficientemente en la investigación, análisis de datos, escritura

del manuscrito y lectura de la versión final para aceptar la responsabilidad de su contenido. El artículo no ha sido publicado ni está siendo considerado para publicación en otro medio de comunicación. Hemos dejado constancia de las relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés. Comprendemos que los artículos y materiales publicados están autorizados para su uso y distribución de acuerdo con la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>). Toda la información enviada en la solicitud de publicación y en el manuscrito es verdadera.

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

Anexo III. Ejemplos de referencias bibliográficas.

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

Artículo de Revista:

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

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

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res*.

2002;935(1-2):40-6.

Libro:

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

Capítulo de libro:

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

Artículo de revista en internet:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [Internet]. 2002 Jun [citado 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Disponible en: <https://ovidsp.tx.ovid.com/> Se requiere 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, su grado académico y afiliación institucional.
6.	En la página del título también se incluyó el número de palabras en el resumen, número de palabras del artículo completo (excluyendo título, autores, resumen, palabras clave, bibliografía, cuadros y figuras), número total de cuadros y figuras, número de referencias bibliográficas.
7.	Se presentó la declaración de relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés en la página del título.
8.	Se incluyó resumen y palabras clave (https://decs.bvsalud.org/) en español e inglés).
9.	Las referencias bibliográficas fueron citadas en el texto por números consecutivos en superíndice.
10.	Se utilizaron las normas del Sistema Internacional de Unidades para las mediciones.
11.	Los cuadros y figuras fueron preparados en el formato recomendado, se presenta al final del artículo, con explicación de las abreviaturas usadas. La leyenda de las figuras se presenta en diferente página.
12.	Se describió la contribución de cada autor en la preparación del manuscrito.
13.	Se preparó la información complementaria, si el artículo lo requiere, en un archivo complementario siguiendo el formato recomendado.
14.	Se incluyó la información relacionada al financiamiento del estudio a través de subvenciones, becas u otros mecanismos.
15.	Se notificó en la carta de solicitud de publicación si el artículo se ha publicado o se planea publicar como preprint (compartir enlace al sitio de publicación).
16.	Para todo estudio con participantes humanos, se requiere contar con la constancia de aprobación de un comité de ética en investigación. Si es una investigación sobre fuentes secundarias, incluir la aprobación o aval institucional.
17.	Se preparó toda la documentación acompañante: Carta al Consejo Editorial, Autorización escrita de las personas o instituciones que se reconocen en la sección de Agradecimientos, Autorización escrita para la reproducción de material previamente publicado, Constancia de Aprobación de comité en investigación, Aval institucional.

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

GENERAL INFORMATION AND INSTRUCTIONS FOR MANUSCRIPT SUBMISSION

June 2025

1. GENERAL INFORMATION

The Revista Médica Hondureña (Rev Méd Hondur) is the official organ of dissemination and scientific communication of the Honduras Medical College (Colegio Médico de Honduras, (<https://www.colegiomedico.hn/>)). The journal is open access (OA), which means that access to the articles is free and no fees are charged for manuscript processing. It was created on November 2, 1929, and with its first publication in May 1930, it is the oldest continuous publication in the field of health in Honduras. It is a biannual publication that disseminates and communicates unpublished scientific knowledge based on ethical and quality principles. Its purpose is to promote and support scientific research and continuing medical education, especially for the national medical guild. It has a printed version ISSN 0375-1112 and an electronic version ISSN 1995-7068. The electronic version since 1930 is available at <http://revistamedicahondurena.hn/> and <https://honduras.bvsalud.org>. It is indexed in LILACS-BIREME, CAMJOL, AmeliCA, LATINDEX, REDIB, DOAJ, RESEARCH4LIFE (<https://onx.la/72baa>). A series of resources for authors (<https://onx.la/7c318>) and reviewers (<https://onx.la/d25cf>) are available. Published articles and materials are licensed for use and distribution under the Creative Commons Attribution 4.0 International license (CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>).

1.1 MISSION, SCOPE, VISION

MISSION

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

AIM AND SCOPE

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

VISION

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

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

1.2 CONTENTS

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

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

1.2.1 Language

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

1.2.2 Editorial

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

1.2.3 Original article

Presents for the first-time scientific findings obtained through research with quantitative or qualitative methodological design, or both. It may include laboratory observations, population-based research, clinical research, implementation research, systematic reviews and meta-analysis, among others. Sections: Introduction, Methods, Results and Discussion (IMRaD). Revista Médica Hondureña will consider for publication papers in which data collection, regardless of the duration of the study, has been completed 5 years prior to the submission of the manuscript to the journal. The Editorial Board will have the authority to consider

exceptions in this last case, when the scientific contribution of the work is of general interest and its content is not obsolete due to the time elapsed. It must follow scientific standards of ethics and quality. It must include a structured abstract of a maximum of 250 words.

1.2.4 Short communication

Presents preliminary results of research on innovative topics and relevant experiences. Sections: Introduction, Methods, Results and Discussion (IMRYD). The sections of the experience: Introduction, Description of the experience and Lessons learned. It must follow scientific standards of ethics and quality. It includes an unstructured abstract of a maximum of 150 words.

1.2.5 Clinical case or series of clinical cases

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

1.2.6 Imaging in Clinical Practice

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

1.2.7 Narrative review

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

1.2.8 Special article

Only at the request of the Editorial Board. It is a review of topics of general interest presented as a mixture of a narrative review article and an opinion article. It should consist of

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

1.2.9 Ethics article

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

1.2.10 History of medicine

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

1.2.11 Opinion article

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

1.2.12 Letter to the Editor

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

1.2.13 Ad Libitum

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

1.2.14 Supplementary Information

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

1.2.15 Announcements

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

1.2.16 Supplements

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

1.3 PUBLICATION STANDARDS

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

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

The Revista Médica Hondureña adheres to the Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Authors should consult these recommendations on the following website: <http://www.icmje.org> (updated April 2025).

1.3.2 EQUATOR Network

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

1.3.3 Registration of Clinical Trials

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

1.3.4 Registration of Systematic Review Protocols

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

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

1.3.5 SAGER Guidelines

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

1.3.6 Ethical Principles

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

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

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

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

1.3.7 ORCID Registration

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

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

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

1.3.9 Copyright and license for use of articles and related materials

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

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

1.3.10 Peer Review

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

2. INSTRUCTIONS FOR MANUSCRIPT SUBMISSION

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

2.1 TITLE

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

2.2 ABSTRACT

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

conclusion, depending on what applies to the type of article. In English: Abstract. Original article: Introduction, Objective, Methods, Results, Discussion. Clinical case article: Introduction, Clinical case(s) description, Conclusions.

2.3 KEYWORDS

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

2.4 SECTIONS OF AN ARTICLE

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

2.4.1 Introduction

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

2.4.2 Materials (Participants) and Methods

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

2.4.3 Results

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

interpretations, assessments, judgments, or assertions. Do not use verbal expressions such as quantitative estimates (rarely, most, occasionally, often) as a substitute for numerical values.

2.4.4 Discussion

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

2.4.5 Contributions

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

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

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

2.4.7 Acknowledgements

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

2.4.8 Details of the author(s)

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

2.4.9 Bibliographical references

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

should be from the last 5 years and the rest preferably from the last decade, except those that for historical reasons or containing national casuistry or for not finding updated references, should be used as an alternative. It is recommended to cite related works published in Spanish and English, including related articles published in the *Revista Médica Hondureña*. **Annex I** present the limit of references according to the type of article; the quality of the bibliographic citation (source) and its relevance to each section of the article is more important than the quantity. See examples of bibliographic references in **Annex III**. For other citation examples, see: <https://acortar.link/7x2yIm/>.

2.4.10 Abbreviations and symbols

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

2.4.11 Units of measurement

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

2.4.12 Tables

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

2.4.13 Figures

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

2.4.14 Supplementary information

Supplementary information, for any article that requires it,

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

3. SUBMISSION OF THE MANUSCRIPT

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

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

4. EDITORIAL PROCESS

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

may request minor or major modifications from the authors. In this case, the author will have a maximum of 2 weeks to submit a new version with the proposed changes. After this period, if a new version has not been received, the article will be considered withdrawn for lack of response from the author(s). If the authors require more time, they should request it to the Editorial Board. The Editorial Board may also propose the acceptance of the article in a category other than the one proposed by the authors.

4) Second editorial review. The acceptance or rejection of the revised manuscript will be considered. The editors reserve the right to indicate to the authors suitable editions to the text and the space available in the Journal. **5) Style revision after acceptance.** Once the manuscript has been accepted, the Editorial Board may submit it for correction of grammar and style.

6) Proofreading. The corresponding author may review the article in a maximum of two calendar days. Only minor aspects will be corrected at this stage. **7) Publication report.** Prior to the printed publication, the Journal will be published electronically and will be sent for inclusion in the electronic databases in which it is indexed. The corresponding author will receive by e-mail the internet link of his/her article.

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

5. ANNEXES

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

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

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

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

Editorial Board
Revista Médica Hondureña

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

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

Annex III. Examples of bibliographic references.

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

Journal Article:

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

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

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

Book:

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

Book chapter:

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

Internet journal article:

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

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

For examples of the format of other types of bibliographic

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

Annex IV. Checklist for authors.

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



IX CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN CENTROAMERICANA Y DEL CARIBE DE INFECTOLOGÍA

**Tegucigalpa, Honduras
10 al 12 de diciembre 2024**