



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

Revista **MEDICA** Hondureña

ISSN 0375-1112
ISSN 1995-7068

Vol. 94 (Suplemento No. 1)
2026 pp. S1-134

**COMENAC
TELA 2026**

CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA
GENEMEC

COLEGIO
MÉDICO

**LXVIII CONGRESO
MÉDICO NACIONAL
COMENAC TELA**

08-11 de Julio **2026**

Innovando la Medicina con Evidencia
Diseñando la Salud del Mañana

La Ensenada Beach Resort &
Convention Center

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 2026-2028

PRESIDENCIA

Dr. Samuel Francisco Santos Fuentes

VICE-PRESIDENCIA

Dr. Haroldo Arturo López García

SECRETARÍA DE ACTAS Y CORRESPONDENCIA

Dra. Rosa María Duarte

SECRETARÍA DE FINANZAS

Dra. Sonia Consuelo Solórzano Gutiérrez

SECRETARÍA DE COLEGIACIONES

Dr. Isaí Gutiérrez Andino

SECRETARÍA DE ACCIÓN SOCIAL Y LABORAL

Dr. Víctor Gerardo Elías Castejón 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. 94 (Suplemento No. 1)
2026 pp. S1-134

Colegio Médico de Honduras
Bulevard Fuerzas Armadas, frente al Mall Las Cascadas, Tegucigalpa M.D.C., Honduras

Teléfono (504) 9435-6067

<http://revistamedicahondurena.hn/>

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

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

revmh@colegiomedico.hn

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

CONSEJO EDITORIAL 2025-2027

CUERPO EDITORIAL

DIRECTORA

Edna Maradiaga, Médica Salubrista

EDITOR ADMINISTRATIVO

Tirzo Israel Godoy, Médico Internista

SECRETARIA

Rosa María Duarte, Médica Salubrista

EDITORA GENERAL

Erika Velásquez Villars, Licenciada en Periodismo

COMITÉ EDITORIAL

Briana Beltran, Médica Epidemióloga

Eleonora Espinoza, Médica Salubrista

Heriberto Rodríguez Gudiel, Gineco-Obstetra

Ana Ligia Chinchilla, Gineco-Obstetra

Nora Rodríguez Corea, Pediatra, Epidemióloga

José E. Sierra, Fisiatra

ASISTENTE EDITORIAL

Brenda Ávila Carranza, Perito Mercantil

EDITORES ASOCIADOS

Efraín Bu Figueroa, Internista Infectólogo

Carlos A. Fortín M., Ortopeda y Traumatólogo

Enma Molina, Fisiatra

Gustavo Moncada, Cardiólogo Intervencionista

César Ponce, Endocrinólogo

Gissela Vallecillo, Gineco-Obstetra

Helga Codina, Reumatóloga

Gustavo Ávila, Médico Salubrista

Martha Cecilia García, Doctora en Química y Farmacia

Marco T. Luque, Pediatra Infectólogo

Fanny Jamileth Navas, Cirujana

Edith Rodríguez, Médica Epidemióloga

Diana Varela, Internista Infectólogo

Eduardo Núñez, Cirujano Laparoscópico

Allan Izaguirre, Médico Epidemiólogo

Amy Tovar Martínez, Médica Epidemióloga

EDITORES INTERNACIONALES

Francisco Becerra Posada, Salubrista, UNOPS; Florida International University; Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL); México

María Luisa Cafferata, Pediatra, Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS); Argentina

Nicole Feune de Colombi, Especialista en Salud Pública, Médica Internista, Profesional Independiente; Argentina


José María Gutiérrez, Microbiólogo, Profesor Emérito, Instituto Clodomiro Picado, Universidad de Costa Rica; Costa Rica

Roxana Lescano, Abogada, Maestra en Bioética, Asociación Peruana para el Empleo y Bienestar de Animales en Investigación y Docencia (ASOPEBAID); Perú

Herbert Stegemann, Psiquiatra, Hospital Vargas de Caracas; Venezuela

CONSEJO EDITORIAL 2025-2027

Edna Maradiaga, Médica Salubrista

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


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

Tirzo Godoy, Médico Internista

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


Secretaría de Asuntos Educativos y Culturales, Colegio Médico de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.
tgodoy@colegiomedico.hn

Erika Velásquez Villars, Licenciada en Periodismo

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


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

Briana Beltran, Médica Epidemióloga

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


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

Ana Ligia Chinchilla, Gineco-Obstetra, FACOG

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


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

Rosa María Duarte, Médica Salubrista

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


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

Eleonora Espinoza, Médica Salubrista

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


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

Nora Rodríguez Corea, Pediatra, Epidemióloga

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

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

Heriberto Rodríguez Gudiel, Gineco-Obstetra, FACOG

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


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

José E. Sierra, Médico Fisiatra

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


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

Efraín Bu Figueroa, Internista Infectólogo

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


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

Helga Codina, Reumatóloga

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


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

Carlos A. Fortín M., Ortopeda y Traumatólogo

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

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

Martha Cecilia García, Doctora en Química y Farmacia

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

Profesional independiente; Tegucigalpa, Honduras.
garcamartha0@gmail.com

Marco T. Luque, Pediatra Infectólogo, Máster en Epidemiología


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


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

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


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


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


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


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

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

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


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

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


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


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


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


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


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


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

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

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

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

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

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

LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL

Dra. Itza Suyapa Acosta Schrunder

INNOVANDO LA MEDICINA CON EVIDENCIA: DISEÑANDO LA SALUD DEL MAÑANA

PROGRAMA CIENTÍFICO Y RESÚMENES

**Tela, Atlántida
Del 8 al 11 de julio del 2026**

CONTENIDO

ORGANIZACIÓN DEL CONGRESO

Junta Directiva Del Colegio Médico De Honduras 2026-2028	7
Comité Organizador Del LXVIII Congreso Médico Nacional	8
Comité Científico Del LXVIII Congreso Médico Nacional.....	9
Comités: Sociocultural, Logística y Publicidad	9

BIENVENIDA E INAUGURACIÓN

Mensaje del Secretario de Asuntos Educativos y Culturales del Colegio Médico de Honduras	10
Mensaje de bienvenida de la Presidenta del Comité Organizador.....	11
Mensaje de bienvenida de la Coordinadora del Comité Científico.....	12
Palabras de inauguración del Presidente del Colegio Médico de Honduras	13
Reseña biográfica de la Dra. Itza Suyapa Acosta Schrunder.....	14

CEREMONIA INAUGURAL

Programa de la ceremonia inaugural y cóctel de bienvenida.....	16
Programa sociocultural.....	17
Programa de la ceremonia de clausura.....	17

PROGRAMA CIENTÍFICO

Curso Precongreso: Citología vaginal y lesiones neoplásicas	18
Curso Precongreso: ¿Cómo escribir y publicar con éxito en revistas científicas de salud?	19
Curso Precongreso: Bioética Médica	20
Curso Precongreso: Taller de insulinas	21
Curso Precongreso: Abordaje integral de trauma múltiple en pediatría	22
Curso Precongreso: Eco compresión pat doppler / compresión terapéutica	23
Programa de Conferencias Magistrales (CM) y Trabajos Libres (TL).....	24

RESÚMENES

Resúmenes de Conferencias Magistrales (CM).....	40
Resúmenes de Trabajos Libres (TL)	61
Resúmenes de Trabajos Libres (TL) en modalidad póster.....	84

ÍNDICE POR AUTOR Y CÓDIGO	106
---------------------------------	-----

PATROCINADORES	110
----------------------	-----

INFORMACIÓN SOBRE EL LXIX CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2027	113
---	-----

Instrucciones para la preparación de resúmenes (Conferencias y Trabajos Libres) del Congreso Médico Nacional 2027 para ser incluidos en el Suplemento de la Revista Médica Hondureña	114
--	-----

INSTRUCCIONES PARA AUTORES 2026.....	119
--------------------------------------	-----

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS 2026	127
-------------------------------------	-----

LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026
COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

JUNTA DIRECTIVA, PERÍODO 2026-2028



De izquierda a derecha:

1. Víctor Gerardo Castejón
2. Isaí Gutiérrez Andino
3. Ingrid Urbina Hollmann
4. Haroldo Arturo López García
5. Samuel Francisco Santos
6. Sonia Consuelo Solórzano Gutiérrez
7. Rosa María Duarte
8. Sayda Lizeth Pejuán Uclés
9. Tirzo Israel Godoy Torres

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

LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026

COMITÉ ORGANIZADOR



De Izquierda a Derecha

De pie:

Dr. Carlos Alberto Hernández Antúnez
Dr. Joel Vargas Rodríguez
Dra. María Gladis Menjivar Sánchez
Dr. Kenny Joel Wainwright Rivera
Dr. Ricardo José Barrientos Barrientos

Sentados:

Dra. Josseline Carolina Fuentes Rosales
Dra. Linda Elizabeth Molina Murillo
Dra. Milixa Dixiana Orgoñez Flores
Dra. Rosalina Dubon Ramos
Dra. Isis Sarahi George Guzman

**LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026
COMITÉ CIENTÍFICO**



De izquierda a derecha:

Dra. Milixa Dixiana Orgoñez Flores
Dr. Anward Fabian Mejía Taylor (Subcoordinador)
Dra. Dioxana Catalina López López
Dr. Max Eduardo Amaya Guardado
Dra. Isis Sarahi George Guzmán (Coordinadora)
Dr. Julio Alberto Pérez García

Ausentes:

Dr. Roberto Alonso García Gámez
Dra. Evelyn Janine Ortez García
Dr. Iván Elías Portillo Ávila
Dra. María José López Gutiérrez
Dra. Mirna Lizeth Varela Murillo
Dra. Elizabeth Casco Funes de Núñez
Dra. Kathya Guisell Chinchilla Castañeda
Dra. Mélida de Jesus Galeas Oliva
Dra. Linda Elizabeth Molina Murillo
Dr. Leonardo Enrique González Avila
Dr. Lennin Reynaldo Paz Suazo
Dra. Belkis Elizabeth Méndez Varela
Dra. Zeida Gisela Aguirre Escobar
Dr. Gabriel Arnulfo Lazo Borjas
Dra. Karin Patricia Villalobos Flores
Dra. Norma Janine Echeverría Elvir
Dra. Glenda Eleana Cuellar Ramos
Dra. Gina Vanessa Burgos Munguía
Dr. Sergio Rivas Fernández
Dr. Jimmy Jassiel Aguilar Manzanares
Dra. Lylian Karina Lozano Chicas

COMITÉ DE LOGÍSTICA

Dr. Carlos Alberto Hernández (Coordinador)
Dra. María Gladis Menjivar (Coordinadora)
Dr. Kevin Javier López
Dra. Lurvin Mariana Viera
Dra. Kenia Osiris Cortés
Dra. Estela Larissa Echeverría
Dra. Jeissy Elizabeth Alvarenga
Dr. Fernando Medina Herrera

COMITÉ SOCIAL Y CULTURAL

Dra. Josseline Carolina Fuentes (coordinadora)
Dra. Ana Gabriela Alberty
Dr. Kevin Enrique Álvarez
Dra. Paola Gisselle Sabillón
Dr. Iván Elias Portillo Ávila
Dra. Greisy Paola Flores
Dra. Karen Julissa Hernández
Dra. Heydi Yamileth Mejía Amaya
Dra. Keily Yoselin López Andino
Dr. Alex Fernando Isaula Bejarano
Dra. Débora Ester Sierra García

COMITÉ DE PUBLICIDAD Y PROPAGANDA

Dr. Joel Vargas Rodríguez (Coordinador)
Dr. Jorge Humberto Cuellar (Subcoordinador)
Dr. Pedro Miguel Ángel Barahona Henríquez

**LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

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



El Centro Nacional de Educación Médica Continua les extiende una cálida bienvenida al LXVIII Congreso Médico Nacional (COMENAC), un espacio de encuentro académico y científico que reúne a profesionales de la salud comprometidos con el fortalecimiento de la medicina en Honduras.

Bajo el lema **“Innovando la medicina con evidencia, diseñando la salud del mañana”**, la ciudad de Tela, Atlántida, es sede de esta importante jornada de actualización profesional, dedicada en homenaje a la distinguida Dra. Itza Suyapa Acosta Schrunder, cuya trayectoria constituye un referente para la comunidad médica nacional.

El COMENAC, organizado por el Colegio Médico de Honduras, se ha consolidado como el principal escenario de educación médica continua del país. A través de este evento se fomenta la generación y el intercambio de conocimientos, la discusión de experiencias clínicas y el fortalecimiento de redes de colaboración entre profesionales de diversas especialidades.

El programa científico contempla cursos precongreso, conferencias magistrales, presentación de trabajos libres y espacios de análisis liderados por expertos nacionales e internacionales, promoviendo una práctica médica fundamentada en la evidencia científica y orientada a los desafíos actuales y futuros de la salud.

Asimismo, las actividades socioculturales promoverán la integración, el intercambio de experiencias y el fortalecimiento del sentido de pertenencia al gremio médico.

Expresamos nuestro sincero agradecimiento al Comité Organizador, al Comité Editorial de la Revista Médica Hondureña y a los diferentes comités de apoyo que contribuyen al desarrollo y prestigio de este Congreso. De igual forma, reconocemos la invaluable participación de cada conferencista y autor, cuya dedicación y compromiso académico enriquecen significativamente este encuentro. Reafirmamos nuestro compromiso con la excelencia en la formación médica continua, impulsando espacios de aprendizaje que integren el conocimiento científico, la innovación y la calidad profesional al servicio de la salud de nuestra población.

Dr. Tirzo Godoy
Secretario de Asuntos Educativos y Culturales
Colegio Médico de Honduras

**LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

**MENSAJE DE BIENVENIDA DE LA PRESIDENTA
DEL COMITÉ ORGANIZADOR**



Bienvenidos a Tela, Atlántida; Belleza única y natural, sede de nuestro COMENAC 2026.

Por primera vez, el evento científico más importante de Honduras en nuestra bella ciudad de Tela.

Que alegría poder reunir a nuestro gremio médico en éste magno evento con más de 100 exponentes nacionales e internacionales. Además de la presentación de trabajos libres, los cuales permiten la divulgación de conocimiento. También ofrecemos al gremio médico ocho talleres prácticos de gran interés en diferentes áreas para poder fortalecer habilidades y conocimientos; tendremos diferentes actividades sociales y recreativas durante el desarrollo del evento más importante de la medicina en Honduras.

Con el lema "Innovando la Medicina con evidencia, diseñando la salud del mañana", hemos trabajado para brindar la mejor experiencia en el desarrollo de nuevos talleres y ponencias de interés en la práctica diaria.

Nuestro objetivo es integrar el rigor científico actual con las nuevas tecnologías para transformar la práctica clínica.

Queremos distinguir en esta oportunidad un homenaje a la **Dra. Itza Suyapa Acosta Schunder**, reconociendo su vocación, humildad, y sobre todo esa habilidad de dar esperanza y salvar vidas, destacamos su compromiso y disciplina a lo largo de más de tres décadas inspirando a las presentes y futuras generaciones.

Finalizo agradeciendo a Dios por la oportunidad de ejercer el cargo de Presidencia en la organización de éste magno evento científico, así como agradecer por el apoyo recibido de los comités de trabajo, casas farmacéuticas, empresa privada. Municipalidad de Tela, y al Colegio Médico de Honduras; sin duda una gran experiencia adquirida.

Esperamos que cada ponencia, taller y actividades preparadas con dedicación y esmero para cada uno de ustedes puedan ser disfrutadas al máximo.

¡Un paraíso tropical en el Caribe hondureño les espera. Sean bienvenidos al COMENAC 2026, Tela!

Dra. Rosalina Dubón Ramos
Presidenta del Comité Organizador

**LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

**MENSAJE DE BIENVENIDA DE LA COORDINADORA
DEL COMITÉ CIENTÍFICO**



Estimados colegas, investigadores y profesionales de la salud:

La medicina, en su esencia más pura, es un acto de presencia. Por ello, este LXVIII Congreso Médico Nacional (COMENAC) no es solo una compilación técnica, académica o científica; es la cartografía de un compromiso renovado en las cálidas playas de Tela. Esta ciudad, que hoy nos acoge con su luz caribeña y su historia de puerto y progreso, no es una sede elegida al azar. Es el resultado de la voluntad soberana de nuestra Delegación y la Asamblea del Colegio Médico de Honduras, quienes han visto en esta tierra el escenario ideal para que la ciencia se encuentre con la pausa y la reflexión.

Nuestra bienvenida primera es para el Gremio Médico. Gracias por elegir a Tela, por permitir que el saber médico no se centralice, sino que viaje, se oxigene y eche raíces en cada latitud de nuestra geografía. Al hacerlo, han honrado ese profundo arraigo territorial que nos define: somos médicos de una nación que se reconoce en sus costas tanto como en sus montañas.

En nombre del Comité Científico, autores intelectuales del orden y el rigor, faro que guio este proceso, bienvenidos a esta jornada que permite que el entusiasmo se transforme en método y que la palabra escrita adquiera la fuerza de la evidencia.

Finalmente, a ustedes los investigadores, sus trabajos son las bitácoras de este viaje. En cada resumen hay horas de vigilia y una búsqueda incesante de innovación. Al presentar sus estudios, han hecho que Tela sea, por un momento, el centro del conocimiento y la innovación.

Que esta publicación sea, para quien la lea, un eco de las olas de Tela y un recordatorio de que la ciencia, cuando se comparte con pasión, es la forma más alta de la fraternidad humana.

Bienvenidos a Tela, donde la ciencia encuentra su puerto y la esperanza de la medicina del mañana su destino.

Dra. Isis Sarahi George Guzman
Coordinadora del Comité Científico

LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL TELA, ATLÁNTIDA 2026

PALABRAS DE INAUGURACIÓN DEL PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

Es un honor darles la más cordial bienvenida a este **LXVIII Congreso Médico Nacional “Innovando la medicina con evidencia, diseñando la salud del mañana”**, un espacio dedicado a la ciencia, al aprendizaje y al intercambio de conocimientos. Pero hoy quisiera invitarles a reflexionar sobre un aspecto igual de importante que la tecnología, los avances científicos y las nuevas terapias: Nuestra ética y nuestra moral en la relación con nuestros propios colegas.



Como todos sabemos, la medicina no es solo una profesión, es una vocación que descansa sobre la confianza. Nuestros pacientes confían en nosotros, porque esperan competencia, humanidad y honestidad; sin embargo esa confianza también depende como nos tratamos entre nosotros.

Ningún médico alcanza la excelencia aislado, todos somos resultado de maestros que nos enseñaron, colegas que nos apoyaron y equipos que caminaron junto a nosotros. Por ello la competencia nunca debe convertirse en rivalidad destructiva ni las diferencias de opinión en enemistad personal.

La ética médica no termina en la relación con el paciente. También se expresa en nuestra relación con nuestros compañeros, en la lealtad profesional, en la capacidad de reconocer los méritos ajenos y en la disposición de tender una mano cuando un colega atraviesa momentos difíciles.

La moral nos hace recordar que detrás de cada bata blanca, hay un ser humano que también enfrenta cansancio, incertidumbre, errores, alegrías y sufrimientos. Si exigimos comprensión para nosotros, debemos ofrecerla a los demás.

Vivimos tiempos complejos. La presión asistencial, las dificultades del sistema de salud y las diferencias de pensamiento pueden poner a prueba nuestra unidad gremial. Pero precisamente en esos momentos es cuando los principios adquieren mayor valor. La integridad no consiste en actuar correctamente cuando todo marcha bien, sino cuando hacerlo significa sacrificio.

La crítica entre colegas debe tener siempre un espíritu constructivo. Debemos corregir con respeto enseñar con humildad y aprender sin orgullo. La medicina progresa gracias al debate científico, pero jamás debe retroceder por la descalificación o la falta de respeto. La solidaridad entre médicos no es un acto de conveniencia; es un deber moral. Defender la dignidad de un colega cuando es tratado injustamente, fortalece la dignidad de todos. Celebrar el éxito ajeno engrandece al gremio. Compartir el conocimiento, multiplica las oportunidades de salvar vidas.

Hoy al inaugurar este congreso, renovemos un compromiso que vaya más allá de la actualización científica, comprometámonos a cultivar una cultura de respeto, honestidad, fraternidad y servicio. Que nuestras diferencias no nos hagan olvidar que todos compartimos el mismo juramento y la misma responsabilidad ante la sociedad.

Que este congreso sea un escenario donde el conocimiento fortalezca nuestra capacidad profesional, pero también donde la ética fortalezca nuestro carácter y la moral fortalezca nuestra unidad. Cuando los médicos permanecen unidos por principios éticos y morales, quienes más se benefician, son nuestros pacientes y nuestro país.

Declaro formalmente este **LXVIII Congreso Médico Nacional, Dra. Itza Suyapa Acosta Schrunder**, con la convicción que el conocimiento nos hará mejores profesionales y que la ética y la moral nos hará mejores seres humanos.

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

**LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

**RESEÑA BIOGRÁFICA DE LA
DRA. ITZA SUYAPA ACOSTA SCHRUNDER**



La Dra. Itza Suyapa Acosta Schrunder, nació el 10 de junio de 1946 en la ciudad de San Pedro Sula, siendo sus padres el Profesor Víctor Acosta Núñez (Q.D.D.G) y la Sra. Martha Eva Schrunder Orellana (Q.D.D.G), es la primera hija de la familia, su hermana la abogada Ismalia Judith Acosta Schrunder. Vecina de esta ciudad de Tela desde el año 1977, actualmente reside en Residencial Jamil de Tela, Atlántida.

Realizó sus estudios secundarios en la ciudad de San Pedro Sula, Cortés en el Instituto San Vicente de Paul, obteniendo en el año de 1963 el título de Bachiller en Ciencias y Letras. En el año 1964 ingresa a la Universidad Nacional Autónoma de México culminando el 27 de abril de 1971 obteniendo el título de Médico Cirujano.

Sus estudios de especialidad los realizó en el Hospital Rubén Darío Fernández de la ciudad de México en el ISSSTE el cual es similar al Seguro Social, recibiendo un reconocimiento por parte de la Universidad Autónoma de México estando en dicho establecimiento de salud (1972-1975).

En enero de 1977 fue asignada a prestar Servicio Social en el Hospital Tela Integrado de la ciudad de Tela, Atlántida esto como requisito para obtener la colegiación definitiva en el Colegio Médico de Honduras, siendo una de las primeras especialistas mujeres del país.

Inició labores en el Hospital Tela a principios del año 1978, de manera permanente como Médico Especialista de Cirugía General en Jornada Matutina y Médico de Guardia. Durante 27 años ostentó la jefatura de la Sala de Cirugía del Hospital Tela en el cual laboró por 32 años en dos jornadas. En la actualidad es Médico Jubilada desde 2010; y desde entonces forma parte de la honorable Asociación de Médicos Jubilados del Colegio Médico de Honduras.

Desde el año 2000 la Dra. Itza Acosta forma parte del Club Rotario de la ciudad de Tela, siendo la primera mujer aceptada de esta organización ya que antes solo afiliaban a los hombres. Es miembro fundadora de la Asociación Médica de Tela, de la cual fue Subdelegada del Colegio Médico de Honduras durante los periodos 2006-2009; también ostentó el cargo de Tesorera.

En marzo de 2013 la Asociación Médica de Tela y la Asociación Hondureña de Cirugía desarrollaron una Jornada Médica de Actualización la cual fue homenajeada con su nombre.

Ya ha sido galardonada por parte del Colegio Médico de Honduras con el reconocimiento de 25 y 50 años de ejercicio profesional.

En su vida familiar estuvo casada con el maestro Luis Andrés Varela Herrera (Q.D.D.G) con quien procreó dos hijos: José Luis Varela Acosta y Víctor Antonio Varela Acosta, tiene una nieta la ingeniera biomédica María José Varela Gaytán.

En esta ocasión rendimos un merecido homenaje a la Dra. Itza Suyapa Acosta Schunder, distinguida pionera de la cirugía en Honduras, cuya vida y obra trascendieron las barreras de su tiempo para convertirse en ejemplo de servicio, valentía y excelencia.

Cada vida que logró salvar representó mucho más que un acto médico; fue una victoria de la perseverancia sobre la adversidad, del compromiso sobre la duda y de la vocación sobre los prejuicios. No solo sanó cuerpos; también abrió caminos, inspiró generaciones y demostró que los límites pueden ser vencidos por la determinación y la fe en los propios ideales.

La Dra. Itza sigue siendo , a la vez, instrumento de ciencia y símbolo de esperanza. Con la firmeza de sus convicciones derribó temores, desafió estereotipos, ha dejado una huella imborrable en la historia de Honduras.Su legado permanece como testimonio de que el verdadero liderazgo nace del servicio a los demás.

Recordarla hoy es reconocer que la grandeza no depende del género, sino del carácter, la entrega y la capacidad de transformar vidas. Ella asumió la responsabilidad de ser la primera, afrontando desafíos que pocos habrían tenido el valor de enfrentar. Fue la primera en abrir una senda que otras mujeres pudieron recorrer después.Recibió miradas de sorpresa por atreverse a ocupar espacios que parecían reservados para otros, pero respondió siempre con profesionalismo, dedicación y humanidad. A quienes llegaban a sus manos buscando alivio, les ofreció no solo atención médica, sino también confianza, dignidad y esperanza.

Por ello, hoy rendimos homenaje. Porque nos ha enseñado que sanar es también un acto de fortaleza; que la medicina no consiste únicamente en intervenir un cuerpo, sino en sostener la vida con conocimiento, compasión y entrega.

Gracias, Dra. Itza, por las vidas que tocó, por el ejemplo que nos lega y por demostrar que el coraje, la vocación y el servicio tienen el poder de cambiar la historia. Su nombre ocupa un lugar de honor en la memoria de Honduras y en el reconocimiento de quienes valoran el sacrificio y la nobleza de quienes dedican su vida al bienestar de los demás.

Que su legado continúe inspirando a las generaciones presentes y futuras, y que su memoria permanezca como símbolo de excelencia, perseverancia y servicio a la nación.

**LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

CEREMONIA INAUGURAL Y CÓCTEL DE BIENVENIDA PROGRAMA

Miércoles 8 de julio 2026

Maestro de Ceremonia: Dr. Carlos Alberto Hernández
Lugar: Hotel La Ensenada Beach, Salón Salvaje
Vestimenta: Formal
Hora: 07:00pm
Invitados: Solo expositores de conferencias magistrales

Conformación de la Mesa Principal

Dr. Samuel Santos, Presidente del Colegio Médico de Honduras
Dr. Kenny Joel Wainwright Rivera, Delegado del CMH en Tela, Atlántida
Dr. Tirzo Godoy, Secretario de Asuntos Educativos y Culturales del CMH
Dra. Rosalina Dubon Ramos, Presidenta del COMENAC 2026
Dra. Isis Sarahi George Guzmán, Coordinadora del Comité Científico COMENAC 2026
Dra. Itza Suyapa Acosta Schrunder, Médica homenajeadada
Representante de la Secretaría de Salud
Representante de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Ing. Ricardo Calix, Alcalde Municipal
Representante del Instituto Hondureño de Turismo

Actos Protocolarios

1. Palabras de bienvenida por parte del maestro de ceremonia
2. Invocación a Dios
3. Himno Nacional
4. Presentación de la mesa principal
5. Palabras de bienvenida por la Dra. Rosalina Dubon Ramos
6. Presentación biográfica de la médica homenajeadada
7. Palabras de la Dra. Itza Suyapa Acosta Schrunder
8. Palabras del Dr. Tirzo Godoy
9. Palabras del Ing. Ricardo Calix
10. Palabras del representante del IHT
11. Palabras de inauguración del Dr. Samuel Santos
12. Corte de cinta de la expo-médica e invitación al cóctel

**LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

PROGRAMA SOCIAL Y CULTURAL

Este año, la hermosa ciudad de Tela será la anfitriona del Congreso Médico Nacional.

Hemos preparado una agenda cultural y social pensada no solo para nuestros colegas médicos, sino también para sus familias, creando un espacio de integración, recreación y celebración.

**NOCHE TEMÁTICA “BEACH WHITE PARTY 2026”
JUEVES 09 DE JULIO 2026**

Lugar: Hotel La Ensenada, Playa Copito

Hora: 7:00 p.m. – 1:00 a.m.

Código de vestimenta: Blanco, fresco, elegante, relajado.

Música: DJ Macho

Una noche vibrante frente al mar donde celebraremos la pasión por la medicina en un ambiente tropical. Música, mar, y la brisa del Caribe serán el escenario perfecto para compartir entre colegas y amigos.

**BIENESTAR Y ARTE “RESPIRA CARIBE”
VIERNES 10 DE JULIO DEL 2026**

Hora: 6:00 a.m.- 7:00 a.m.

Lugar: Hotel La Ensenada, Playa Copito

Código de vestimenta: Ropa deportiva

Sesión de Yoga frente al mar, una experiencia de conexión mente-cuerpo frente al Caribe, promoviendo bienestar, equilibrio y salud integral.

**CENA DE GALA “BLACK & WHITE PARTY”
VIERNES 10 DE JULIO DEL 2026**

Lugar: Hotel La Ensenada Beach, Centro de Convenciones

Hora: 7:00 pm – 1:00 am

Código de vestimenta: Blanco y negro elegante

Música: Banda La Versátil

Una noche con música en vivo donde la elegancia, arte y la sofisticación tienen su parte, cerrando el congreso con distinción.

¡Bienvenidos a Tela, donde la medicina se encuentra con el mar!

**LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

CEREMONIA DE CLAUSURA

SÁBADO 11 DE JULIO DEL 2026

PROGRAMA

Lugar: Hotel La Ensenada Beach, Centro de Convenciones

Hora: 11:30 a.m. -12:00 m

1. Premiación de trabajos libres
2. Juramentación del Comité Organizador COMENAC 2027 (Siguatepeque)
3. Palabras de clausura del Dr. Tirzo Godoy, Secretario de Asuntos Educativos y Culturales del Colegio Médico de Honduras.

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

**CURSO PRECONGRESO
CITOLOGÍA VAGINAL Y LESIONES NEOPLÁSICAS**

**MIÉRCOLES 8 DE JULIO 2026
HOTEL LA ENSENADA BEACH, SALÓN SALVAJE**

Moderadora: Dra. Silvia Margarita Portillo

HORA	TEMA	EXPOSITOR
7:00 –8:00	Inscripción	CENEMEC
8:00 –8:25	Introducción a la salud cervical	Dra. Sobeyda López, Ginecología y Obstetricia
8:25 –8:50	VPH: biología de la infección	Dr. Héctor Antúnez, Patología
8:50 –9:15	Métodos de tamizaje (citología convencional vs. citología líquida).	Dra. Maribell Cuestas, Ginecología y Obstetricia, Patología del tracto genital inferior y colposcopia
9:15 –9:40	Sistema BETHESDA para el reporte de la citología cérvico-vaginal.	Dr. José David Palma, Patología, Gastro patología y Patología Molecular
9:40 –10:00	Otros métodos diagnósticos: algoritmo	Dra. Maribela Cuestas, Ginecología y Obstetricia, Patología del tracto genital inferior y colposcopia
10:00 –10:15	RECESO	
10:15 –10:50	Detección temprana del cáncer cérvico-uterino: de la educación a la práctica	Dra. Suyapa Bejarano, Oncología, Radioterapia y Salud Pública
11:15 –11:40	Práctica	Dr. Luis Tercero, Patología
11:40-11:50	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	
11:50-12:00	CIERRE	

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026

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

MIÉRCOLES 8 DE JULIO 2026
HOTEL LA ENSENADA BEACH, SALÓN LOS MICOS

Moderadora: Dra. Ailyn Marcela Fong Castillo

HORA	TEMA	EXPOSITOR
7:00 – 8:00	Inscripción	CENEMEC
8:00 - 8:05	Bienvenida	Dra. Edna Maradiaga, Salud Pública
8:05- 8:20	La investigación como herramienta para la mejora en salud El ecosistema editorial: ¿Cómo piensan los editores de revistas médicas?	Dra. Ana Chinchilla, Ginecología y Obstetricia
8:20 - 8:35	Título y Resumen: El arte de vender ciencia sin exagerar.	Dra. Rosa Duarte, Salud Pública
8:35 - 8:50	Introducción: La técnica del embudo (de lo general al objetivo de investigación).	Dra. Rosa Duarte, Salud Pública
8:50 – 9:00	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	
9:00 – 9:15	Materiales y Métodos: El rigor que da validez. Cómo describir la población, el diseño y el análisis estadístico	Dra. Edna Maradiaga, Salud Pública
9:15 - 9:30	Encuesta en tiempo real y discusión breve: experiencias y barreras para publicación.	(Cuerpo editorial de la RMH)
9:30 - 9:45	Resultados: Cómo crear cuadros y figuras que hablen por sí solas. El uso correcto de los valores de intervalos de confianza.	Dr. José Sierra, Fisiatría
9:45– 10:00	Discusión: Cómo contrastar con la literatura actual y admitir las limitaciones (el punto más crítico para los revisores)	Dr. José Sierra, Fisiatría
10:00-10:15	RECESO	
10:15 - 10:30	Aspectos éticos de la investigación y uso de la IA	Dra. Edna Maradiaga, Salud Pública
10:30 - 10:45	Selección de revista/depredadoras. Red Equator: guías Strobe, Care y Consort	Dra. Ana Chinchilla, Ginecología y Obstetricia
10:45 - 11:40	Estrategia de búsqueda: Uso eficiente de PubMed, Hinari, Reserch4life y gestores de referencias	Dr. Ovidio Padilla, Biblioteca Médica Nacional
11:40- 11:45	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	
11:45 – 11:55	Recurso de TGHN	Dr. José Roberto Andino, Instituto Antonio Vidal
11:55 - 12:00	EVALUACIÓN / CIERRE	

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026

CURSO PRECONGRESO
BIOÉTICA MÉDICA

MIÉRCOLES 8 DE JULIO DEL 2026
HOTEL LA ENSENADA BEACH, SALÓN LOS MICOS

Moderador: Dra. Ingrid Vanesa Medina

HORA	TEMA	EXPOSITOR
12:00-13:00	Inscripciones	CENEMEC
13:00- 13:05	Apertura del evento	Dr. Tirzo Godoy, Medicina Interna
13:05-13:50	Perdón Nohelia: una visión a la Eutanasia	Dra. Carolina Fortín, Cirugía General
13:50-14:35	Ética en la era digital: cómo darnos a conocer sin perder la dignidad profesional	Dr. Mario Aguilar, Psiquiatría
14:35-15:20	Ética de la pre-enfermedad en el siglo XXI: Desafíos bioéticos en pacientes sanos con destino genético	Dra. Belinda Paredes, Medicina General
15:20-15:35	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	
15:35-15:50	RECESO	
15:50-16:20	Aspectos éticos legales y responsabilidad médica en la era digital	Dr. Ángel Cruz, Dermatología
16:20-16:50	Bioética en la inteligencia artificial	Dr. Guimel Peralta, Medicina Interna
16:50-17:00	CIERRE	

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

**CURSO PRECONGRESO
TALLER DE INSULINAS**

**MIÉRCOLES 8 DE JULIO 2026
HOTEL LA ENSENADA BEACH, SALÓN PUNTA IZOPO**

Moderadora: Jornada Matutina: Dra. Paola Gissel Sabillón Castro

Moderadora: Jornada Vespertina: Dra. Aylin Marcela Fong Castillo

HORA	TEMA	EXPOSITOR
7:00-8:00	Inscripción	CENEMEC
08:00- 08:15	Apertura del taller	Dra. Laura Mejía, Endocrinología Adultos Dra. Paola Bonilla, Endocrinología Pediátrica
08:15- 09:00	Historia, tipos de insulina, tiempo de acción	Dra. Laura Mejía, Endocrinología Adultos
09:00-10:00	Objetivos de control e indicaciones de insulinización	Dra. Olga García, Endocrinología, Alta especialidad en tiroides
10:00- 10:15	RECESO	
10:15- 10:45	Cálculo de dosis	Dr. Josué Pagoada, Endocrinología, Alta especialidad en Neurohipófisis
10:45- 11:30	Insulina y alimentación	Dra. Paola Bonilla, Endocrinología Pediátrica
11:30- 12:15	Técnicas y sitios de aplicación, conservación, caducidad y eliminación de material	Dr. Josué Pagoada, Endocrinología, Alta especialidad en Neurohipófisis
12:15- 13:00	Almuerzo/Simposio Semaglutide	Dra. Irma de Vicente, Endocrinología Adultos
13:00- 13:45	Dispositivos de insulinas, cómo hacer la glucometría y cetonuria y hacer práctica	Dra. Melissa Matamoros, Endocrinología Pediátrica
13:45- 14:30	Barreras de insulinización identificación y manejo	Dra. Irma de Vicente, Endocrinología Adultos
14:30- 15:15	Insulinización en pediatría	Dra. Ivania Hernández, Endocrinología Pediátrica
15:15- 15:35	Insulinización en adulto mayor y embarazadas	Dra. Laura Mejía, Endocrinología Adultos
15:35 -15:50	RECESO	
15:50- 16:50	Casos clínicos	Dr. Josué Pagoda, Endocrinología, Alta especialidad en Neurohipófisis
16:50-16:55	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	
16:55-17:00	CIERRE	

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

**CURSO PRECONGRESO
ABORDAJE INTEGRAL DE TRAUMA MÚLTIPLE EN PEDIATRÍA**

**MIÉRCOLES 8 DE JULIO 2026
HOTEL LA ENSENADA BEACH, SALÓN LANCETILLA**

Moderador: Dr. Giovanni Marie

HORA	TEMA	EXPOSITOR
7:00-8:00	Inscripción	CENEMEC
08:00-08:05	Bienvenida e introducción. Importancia del enfoque multidisciplinario	Dr. Giovanni Marie, Cirugía Pediátrica
08:05-08:10	Historia y epidemiología del trauma pediátrico Impacto regional del trauma infantil	Dr. Giovanni Marie, Cirugía Pediátrica
08:10-08:30	Manejo inicial y evaluación primaria/secundaria La estabilización temprana mejora supervivencia	Dr. Luis Padilla, Cirugía Pediátrica
08:30-08:45	Imagen en trauma: FAST versus tomografía Optimizar herramientas diagnósticas	Dra. Maryory Pineda, Radiología Pediátrica
08:45-08:55	Trauma vascular Control vascular y transfusión masiva	Dr. Octavio Fajardo, Cirugía Cardiovascular Pediátrica
08:55-09:10	Trauma de cuello y tórax Reconocer lesiones torácicas letales	Dr. Giovanni Marie, Cirugía Pediátrica
09:10-09:20	Trauma penetrante Decisiones quirúrgicas oportunas	Dr. Zimry Amaya, Cirugía Pediátrica
09:20-09:30	Alcances de la laparoscopia en trauma Opciones diagnósticas y terapéuticas	Dr. Zimry Amaya, Cirugía Pediátrica
09:30-09:45	Trauma de víscera sólida Priorizar manejo conservador	Dr. Elmer Herrera, Cirugía Pediátrica
09:45-10:00	Trauma de víscera hueca Detectar lesiones ocultas	Dr. Elmer Herrera, Cirugía Pediátrica
10:00-10:15	RECESO	
10:15-10:25	Trauma genital Reducir secuelas funcionales	Dr. Christian Breuillet, Urología Pediátrica
10:25-10:40	Trauma renal y vías urinarias Preservar función renal	Dr. Christian Breuillet, Urología Pediátrica
10:40-10:55	TCE: manejo médico Neuroprotección temprana	Dr. Mauricio Cantillano, Medicina Intensiva Pediátrica
10:55-11:05	Trauma de médula espinal Disminuir secuelas neurológicas	Dra. Fabiola Cortez, Neurocirugía Pediátrica
11:05-11:20	TCE: manejo quirúrgico Cirugía oportuna reduce mortalidad	Dra. Fabiola Cortez, Neurocirugía Pediátrica
11:20-11:40	Trauma óseo y trauma pélvico Disminuir discapacidad futura	Dr. Javier Ardón, Ortopedia Pediátrica
11:40-11:50	Preguntas y respuestas Discusión e integración multidisciplinaria	Dr. Giovanni Marie, Cirugía Pediátrica
11:50-12:00	Cierre y conclusiones Integración final del abordaje en trauma pediátrico	Dr. Giovanni Marie Cirugía Pediátrica

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026

CURSO PRECONGRESO
ECO COMPRESIÓN PAT DOPPLER / COMPRESIÓN TERAPÉUTICA

MIÉRCOLES 8 DE JULIO 2026
HOTEL LA ENSENADA, SALÓN LANCETILLA

Moderador: Dr. Yordy Josué Arita Sánchez

HORA	TEMA	EXPOSITOR
13:00–13:25	Anatomía y conceptos básicos de PAT Doppler	Dr. Francisco Regalado, Cirugía/Flebología
13:25-13:50	5 Puntos clave del PAT Doppler	Dr. Fernando Martínez Irigoyen, Cirugía/ Flebología
13:50-14:15	Errores de principiantes	Dra. Ingrid Morales, Podología/Flebología
14:15-15:35	Taller práctico PAT Doppler	Dr. Francisco Regalado, Cirugía/Flebología Dr. Fernando Martínez, Cirugía / Flebología Dra. Ingrid Morales, Podología/Flebología
15:35–15:50		RECESO
15:50-16:20	Entendiendo la compresión terapéutica	Carmen Alba Moratilla, Enfermería
16:20-16:30	Apósitos y heridas	Carmen Alba Moratilla, Enfermería
16:30-16:50	Taller de compresión terapéutica	Carmen Alba Moratilla, Enfermería Dra. Ingrid Morales, Podología/Flebología Dra. Graciella Marzuca, Podología/Flebología
16:50-16:55		PREGUNTAS Y RESPUESTAS
16:55-17:00		CIERRE

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

Conferencias Magistrales (CM) y Trabajos Libres (TL)

**JUEVES 9 DE JULIO DEL 2026
HOTEL LA ENSENADA BEACH, SALÓN PUNTA IZOPO**

Moderador: Dr. Luis Rodríguez

Moderador: Dr. José Sevilla

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00		Inscripción	CENEMEC
08:00		Taller de arritmias	Dr. Lenin Bulnes, Cardiología, Electrofisiología
09:30	RECESO		
10:00	01TL	Hipertensión unilateral, sospecha de arteritis de Takayasu mediante ultrasonido. Reporte de caso	Dra. Dulce Segura, Medicina Interna
10:15	02TL	Conducto arterioso persistente y coartación de la aorta en adulto: reporte de caso	Dr. José Barahona, Medicina General
10:30	03TL	Perfil lipídico aterogénico y coexistencia de factores cardiometabólicos en población hipertensa de atención primaria	Dra. Rennie Medina, Medicina General
10:45	04TL	Mucormicosis rino-orbita-cerebral en diabetes mellitus tipo 2 debutante con cetoacidosis e ictus cerebeloso. Reporte de caso	Dr. René Flores, Postgrado de Neurología
11:00	1CM	Avances en el tratamiento y tecnología en diabetes	Dra. Yaritza Munguía, Endocrinología
11:30	2CM	Actualización en tratamiento de la obesidad: Enfoque farmacológico y nutricional	Dr. Javier Girón, Endocrinología
12:00	ALMUERZO		
13:30	3CM	Enfermedades tiroideas: Diagnóstico y tratamiento	Dra. Lesbia Leiva, Endocrinología
14:00	4CM	EPOC: ¿Qué hay de nuevo en las Guías Gold 2026?	Dra. Suyapa Figueroa, Neumología
14:30	05TL	Derrame pleural de etiología poco frecuente: un caso de urinotórax. Reporte de caso	Dr. Marvin Villanueva, Postgrado de Medicina Interna
14:45	06TL	Caracterización funcional por espirometría en pacientes con sospecha de EPOC	Dra. Karen Enamorado, Medicina General
15:00	5CM	El ABC de la neumonía adquirida en la comunidad en la práctica clínica	Dr. Fabio Fuentes, Medicina Interna
15:30	6CM	¿Qué sabes del síndrome de superposición de asma / EPOC?	Dr. Bladimir Mendoza, Medicina Interna
16:00	CIERRE		

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

Conferencias Magistrales (CM) y Trabajos Libres (TL)

**JUEVES 9 DE JULIO 2026
HOTEL LA ENSENADA BEACH, SALÓN PUNTA SAL**

Moderadora jornada matutina: Dra. Karen Mejía Verdial

Moderador jornada vespertina: Dr. Oscar Salinas

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00		Inscripción	CENEMEC
08:00	7CM	Manejo del síncope en la edad pediátrica: Enfoque diagnóstico y terapéutico actualizado	Dr. Oscar Iván Salinas, Cardiología Pediátrica
08:30	8CM	Del signo clínico a la sospecha diagnóstica: Claves para identificar cardiopatías congénitas	Dra. Claudia Alicia Pavón, Cardiología Pediátrica
09:00	9CM	Abordaje práctico del tamizaje neonatal cardíaco	Dra. Daniela Iveth García, Cardiología Pediátrica
09:30	RECESO		
10:00	07TL	Experiencia en implementación de monitoreo continuo de glucosa en pediatría	Dra. Karla Membreño, Pediatría
10:15	08TL	Linfangiectasia intestinal primaria en pediatría: Reto diagnóstico y terapéutico. Reporte de caso	Dra. Brigitte Calderón, Postgrado de Pediatría
10:30	09TL	Ictericia persistente en pediatría: Raro caso de Crigler-Najjar tipo I. Reporte de caso	Dra. Brigitte Calderón Postgrado de Pediatría
10:45	10TL	Lesión obstructiva izquierda tardía simulando hipoplasia del corazón izquierdo. Reporte de caso	Dra. Amalia Murillo Castro, Medicina General
11:00	10CM	Intervenciones percutáneas en coartación aórtica desde el recién nacido hasta el adulto	Dr. David Salazar Lizárraga, Cardiología Pediátrica
11:30	11CM	Inteligencia artificial en el diagnóstico de cardiopatías congénitas: Del algoritmo a la práctica clínica	Dra. Claudia Alicia Pavón, Cardiología Pediátrica
12:00	ALMUERZO		
13:30	12CM	Autismo y genética	Dra. María Egas, Genética Clínica
14:00	11TL	Corrección quirúrgica tardía de defecto septal auriculoventricular parcial en pediatría. Reporte de caso	Dra. Sara Milla, Medicina General
14:15	12TL	Compresión medular por mal de Pott en paciente pediátrico. Reporte de caso	Dra. Gabriela Guardado, Pediatría
14:30	13TL	Intoxicaciones exógenas en menores de 17 años: Análisis epidemiológico y causal	Dra. Claudia Pérez, Medicina General
14:45	14TL	Trombocitopenia hereditaria tipo Bernard-Soulier en recién nacido. Reporte de caso	Dra. Marcia Ramírez, Postgrado de Pediatría
15:00	13CM	Uso de prebióticos en pediatría	Dra. Dilma Celenia Godoy, Gastroenterología Pediátrica
15:30	14CM	Tamizaje neonatal en Honduras	Dra. María Egas, Genética Clínica
16:00	CIERRE		

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

Conferencias Magistrales (CM) y Trabajos Libres (TL)

**JUEVES 9 DE JULIO 2026
HOTEL LA ENSENADA BEACH, SALÓN LOS MICOS**

Moderadora jornada matutina: Dra. Linda Molina

Moderador jornada vespertina: Dr. Jimmy Aguilar

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00		Inscripción	CENEMEC
08:00	15CM	Patología de placenta	Dr. Hector Santiago Antúnez, Patología
08:30	16CM	Dermatosis vulvares: Claves clínicas para no pasar por alto el cáncer	Dra. Beatriz Sosa, Patología cervical y tracto genital inferior
09:00	17CM	Prevención primaria y secundaria del cáncer de cérvix, vacunas y tamizaje	Dra. Sobeyda López, Patología Cervical y colposcopia
09:30	RECESO		
10:00	15TL	Tumor filoides: De la sospecha clínica al manejo quirúrgico. Reporte de caso.	Dra. Norma Galeas, Medicina General
10:15	16TL	Caminos invisibles para prevenir: tamizaje, conocimientos y actitudes frente al cáncer cervicouterino en comunidades rurales	Dra. Doria Carrasco, Ginecología y Obstetricia
10:30	17TL	El rol de la colposcopia en la ginecología moderna	Dr. Marco Urquía, Postgrado de Ginecología Oncológica
10:45	18TL	Tuberculosis endometrial: Reporte de caso	Dra. Dulce Henríquez, Medicina General
11:00	18CM	¿Qué hacer con un resultado de citología anormal?	Dr. Rubén Fernández, Ginecología y Obstetricia, Colposcopia
11:30	19CM	Colposcopia: Herramientas y seguimiento	Dra. Dunia Cuestas, Patología cervical y tracto genital inferior
12:00	ALMUERZO		
13:30	20CM	Estudio SENECA: Estratificación del cáncer de endometrio basado en clasificación molecular	Dr. Felipe Cortés, Ginecología Oncológica
14:00	21CM	Estudio INTERLANCE	Dr. Allan Stefan, Ginecología Oncológica
14:30	19TL	Cirugía no radical en cáncer cervical temprano de bajo riesgo	Dr. Marco Antonio Urquía, Postgrado de Ginecología Oncológica
14:45	20TL	Embarazo ectópico retroperitoneal un desafío diagnóstico, reporte de caso	Dra. Adriana Parodi Turcios, Medicina General
15:00	22CM	Ganglio centinela en cáncer ginecológico	Dr. Felipe Cortés, Ginecología Oncológica
15:30	23CM	Preservación de la fertilidad en cáncer de cérvix en etapa IB2	Dr. Allan Stefan, Ginecología Oncológica
16:00	CIERRE		

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

Conferencias Magistrales (CM) y Trabajos Libres (TL)

**JUEVES 9 DE JULIO 2026
HOTEL LA ENSENADA BEACH, SALÓN SALVAJE**

Moderadora jornada matutina: Dra. Michael Murillo

Moderador jornada vespertina: Dr. Leonardo González

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00		Inscripción	CENEMEC
08:00	24CM	Cáncer diferenciado de tiroides. Actualizaciones en manejo quirúrgico	Dr. Danielson Antúnez, Cirugía Oncológica
08:30	25CM	Reinstalaciones intestinales laparoscópicas	Dr. Rodrigo Vaquero, Cirugía General
09:00	26CM	Osteosarcopenia un nuevo concepto, un nuevo reto	Dr. Lennin Paz, Ortopedia
09:30		RECESO	
10:00	21TL	Megaprepucio congénito o vejiga prepucial: Reporte de caso	Dra. Kriss Lanza, Cirugía Pediátrica
10:15	22TL	Síndrome de compresión medular secundario a meningioma torácico espinal. Reporte de caso	Dra. Jennifer Tabora, Neurocirugía
10:30	23TL	Manejo interdisciplinario en patología tiroidea compleja. Serie de casos	Dra. Carolina Fortín, Cirugía General
10:45	24TL	Divertículo de Meckel causa de obstrucción intestinal mecánica, complicación en adulto mayor. Reporte de caso	Dra. Helen Medina, Postgrado de Cirugía General
11:00	27CM	Artrosis: Manejo inicial de la enfermedad	Dr. Lennin Paz Ortopedia
11:30	28CM	Alternativas actuales en el manejo de la hiperplasia prostática benigna	Dr. Daniel Chinchilla, Urología
12:00		ALMUERZO	
13:30	29CM	Hiperplasia prostática benigna y nuevas terapias de manejo	Dr. Daniel Chinchilla, Urología
14:00	30CM	Abordaje de la litiasis renal y criterios de derivación	Dr. Daniel Chinchilla, Urología
14:30	25TL	Lesiones traumáticas complejas, hombros flotantes. Serie de casos	Dr. Roberto Rodríguez, Medicina General
14:45	26TL	Más allá del panal de abeja: Desafiando el diagnóstico del hemangioma vertebral atípico. Reporte de caso	Dra. María Amador, Postgrado de Radiología
15:00	31CM	Del bisturí al láser: Nuevos paradigmas en la cirugía plástica moderna	Dr. Max Amaya, Cirugía Plástica
15:30	32CM	Alimentación en pacientes postquirúrgicos	Dr. Marcio Madrid, Nutrición Clínica
16:00		CIERRE	

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

Conferencias Magistrales (CM) y Trabajos Libres (TL)

**VIERNES 10 DE JULIO 2026
HOTEL LA ENSENADA, SALÓN PUNTA IZOPO**

Moderador jornada matutina: Dr. Modesto Pastrana

Moderador jornada vespertina: Dr. Julio Osorio

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00	33CM	Entre presión y perfusión: Decisiones claves en el soporte hemodinámico del paciente crítico	Dr. Judy Enamorado, Medicina Intensiva
07:30	34CM	Rol de la ecografía a pie de cama (POCUS) en el paciente crítico	Dra. Nolia Martínez, Medicina Intensiva
08:00	35CM	Nutrición en el paciente crítico. ¿Cuándo y cómo iniciar?	Dr. Elías García, Medicina Intensiva
08:30	36CM	El impacto cardiovascular de los agonistas del receptor GLP-1 más allá de la diabetes y pérdida de peso	Dr. Emilio Peralta López, Cardiología
09:00	37CM	Revolución terapéutica en falla cardíaca: Impacto y eficacia de los 4 fantásticos	Dr. Carlos Ramos, Cardiología
09:30	RECESO		
10:00	27TL	Superinfección por <i>Strongyloides stercoralis</i> en paciente con cardiopatía isquémica: Reporte de caso	Dra. María Torres, Postgrado de Medicina de Emergencias
10:15	28TL	Signo de Spodik: Hallazgo electrocardiográfico en pericarditis. Reporte de un caso	Dr. Jorge Guardado, Medicina Interna
10:30	29TL	Caracterización clínica y epidemiológica del síndrome coronario agudo en pacientes hospitalizados	Dr. Alex Vásquez, Salud Pública
10:45	30TL	Pancreatitis aguda inducida por hipertrigliceridemia. Reporte de caso	Dr. Bayron Degrandes, Medicina Interna
11:00	38CM	Manejo actual de los síndromes coronarios crónicos: Actualización basada en las guías ESC 2024	Dr. Haroldo López García, Cardiología Intervencionista
11:30	39CM	Sangrado digestivo alto: primeras horas	Dr. Juan Carlos Valle, Gastroenterología
12:00	ALMUERZO		
13:30	40CM	Falla hepática aguda: ¿cuándo derivar y cómo estabilizar?	Dr. Raúl Zelaya, Gastroenterología
14:00	41CM	Actualización de las pruebas diagnósticas de <i>Helicobacter pylori</i> e indicaciones de tratamiento	Dr. Víctor Hugo Funez, Gastroenterología
14:30	42CM	ISGLT-2 en la enfermedad renal crónica (ERC) no diabética	Dr. Dany Tabora, Nefrología
15:00	43CM	Más allá de la creatinina: Un enfoque integral para el diagnóstico de la ERC	Dr. Carlos Madrid/ Dr. René Tabora Nefrología
15:30	44CM	¿Cuándo iniciar diálisis en lesión renal aguda? Debate entre diálisis temprana vs tardía	Dra. Ilse García, Nefrología
16:00	CIERRE		

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

Conferencias Magistrales (CM) y Trabajos Libres (TL)

**VIERNES 10 DE JULIO 2026
HOTEL LA ENSENADA BEACH, SALÓN PUNTA SAL**

Moderadora jornada matutina: Dr. Tulio Maldonado

Moderadora jornada vespertina: Dra. Jeissy Alvarenga

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00	45CM	Pruebas de detección oportuna de trastornos de neurodesarrollo	Dr. Francisco Antonio Aguilar, Neonatología
07:30	46CM	Atención inmediata del recién nacido: Pasos críticos que salvan vidas	Dra. Mélida de Jesús Galeas, Neonatología
08:00	47CM	Estrategias para favorecer la estabilidad y maduración del recién nacido prematuro	Dra. Conny Madrid, Neonatología
08:30	48CM	Detección temprana de cáncer infantil	Dr. Sergio Daniel Quintanilla, Hematooncología Pediátrica
09:00	49CM	Detección temprana de enfermedad renal crónica en niños	Dr. Rubén Arturo Galeas, Nefrología Pediátrica
09:30	RECESO		
10:00	31TL	Candidiasis mucocutánea crónica, nocardiosis y tuberculosis ganglionar asociadas a mutación STAT1 GOF: Reporte de caso	Dra. Karen Mejía, Pediatría
10:15	32TL	Transición de insulina a sulfonilureas. Evolución de un paciente con diabetes neonatal por mutación KCNJ11. Reporte de caso	Dra. Lesby Espinoza, Endocrinología Pediátrica
10:30	33TL	Desafío diagnóstico del síndrome de Turner: Amenorrea primaria como signo de alerta. Reporte de caso	Dra. Lesby Espinoza, Endocrinología Pediátrica
10:45	34TL	Arritmias postquirúrgicas tardías en pacientes pediátricos operados de cardiopatías congénitas	Dr. Mario Yanes, Cardiología Pediátrica
11:00	50CM	¿Y si el problema somos nosotros? Los errores que siguen dañando a nuestros pacientes renales	Dr. Jorge Alberto Díaz, Nefrología Pediátrica
11:30	51CM	Abordaje de anemias en el consultorio	Dr. Sergio Daniel Quintanilla, Hematooncología Pediátrica
12:00	ALMUERZO		
13:30	52CM	Denunciar o ser denunciado: Conociendo el Tribunal de Honor	Dr. Eliar Carranza, Pediatría / Dra. Doria Carrasco, Ginecología y Obstetricia
14:00	53CM	Litiasis en pediatría: De lo médico a lo quirúrgico	Dr. Alejandro José Bustillo, Urología Pediátrica
14:30	35TL	Miositis con rabdomiólisis en paciente pediátrico: Un reto clínico poco frecuente. Reporte de caso	Dra. Rennie Medina, Medicina General
14:45	36TL	Estatus epiléptico superrefractario por encefalitis herpética en pediatría. Reporte de caso	Dr. Andre Funes, Postgrado de Cuidados Intensivos Pediátricos
15:00	37TL	Malformación linfática subcostal y escapular en lactante menor. Reporte de caso	Dra. Flory Calix, Postgrado de Pediatría
15:15	38TL	Angiostrongiliasis intestinal simulando abdomen agudo en lactante. Reporte de caso	Dra. Cindy Williams, Postgrado de Pediatría
15:30	54CM	Abordaje para hidronefrosis: Los primeros 5 años de vida	Dr. Alejandro José Bustillo, Urología Pediátrica
16:00	CIERRE		

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

Conferencias Magistrales (CM) y Trabajos Libres (TL)

**VIERNES 10 DE JULIO 2026
HOTEL LA ENSENADA BEACH, SALÓN LOS MICOS**

Moderadora jornada matutina: Dra. Gina Robinson

Moderadora jornada vespertina: Dra. Linda Molina

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00	55CM	Evaluación clínica de la paciente uroginecológica	Dr. Kristian Navarro, Ginecología y Obstetricia
07:30	56CM	Dolor pélvico crónico	Dr. Kristian Navarro, Ginecología y Obstetricia
08:00	57CM	Manejo de NIC 2 en adolescentes	Dr. Miguel Ángel Crespín, Ginecología y Obstetricia
08:30	58CM	Evaluación clínica de la incontinencia urinaria	Dr. Kristian Navarro, Ginecología y Obstetricia
09:00	59CM	Embarazo en adolescentes en Honduras desafíos y estrategias de prevención	Dra. Doria Carrasco, Ginecología y Obstetricia
09:30	RECESO		
10:00	39TL	Lesiones premalignas y cáncer de cérvix asociadas a infección por VIH.	Dr. Allan Izaguirre, Epidemiología
10:15	40TL	Megavejiga del diagnóstico prenatal al nacimiento. Reporte de caso	Dra. Adriana Parodi, Medicina General
10:30	41TL	Comparación de desenlaces obstétricos en pacientes con preeclampsia vs. síndrome de HELLP	Dra. Rennie Medina, Medicina General
10:45	42TL	Aparición inusual de linfoma no Hodgkin asociado a infección por VIH. Reporte de caso	Dr. Allan Izaguirre, Epidemiología
11:00	60CM	Candidiasis vulvo-vaginal: Cuando la recurrencia es el problema	Dr. Miguel Ángel Crespín, Ginecología y Obstetricia
11:30	61CM	Estatus de abdomen abierto en obstetricia	Dr. Carlos Raudales, Medicina Crítica Obstétrica
12:00	ALMUERZO		
13:30	62CM	Hemorragia obstétrica	Dra. Wendy Navarro, Medicina Materno fetal
14:00	63CM	Manejo hemodinámico de choque hipovolémico hemorrágico	Dr. Carlos Raudales, Medicina Crítica Obstétrica
14:30	43TL	Integración de los cuidados paliativos geriátricos en la atención oncológica del paciente con cáncer	Dr. Idixi Garmendia, Geriátria
14:45	44TL	Abordaje del lugar de muerte en situación final de vida cuidados paliativos. Reporte de caso	Dra. Beverly Licon, Medicina Interna
15:00	64CM	Anticoncepción en la adolescente	Dra. Doria Carrasco, Ginecología y Obstetricia
15:30	65CM	Sepsis en el embarazado	Dra. Wendy Carrasco, Medicina Materno fetal
16:00	CIERRE		

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

Conferencias Magistrales (CM) y Trabajos Libres (TL)

**VIERNES 10 DE JULIO 2026
HOTEL LA ENSENADA, SALÓN SALVAJE**

Moderador jornada matutina: Dr. Lennin Paz

Moderadora jornada vespertina: Dra. Fabiola Cárdenas

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00	66CM	Abordaje del vértigo en atención primaria	Dra. Dinora Alemán, Otorrinolaringología
07:30	67CM	Abordaje de la disfonía en atención primaria	Dra. Ana Gabriela Muñoz, Otorrinolaringología
08:00	68CM	Hipoacusia súbita	Dr. Jesús Aguilar, Otorrinolaringología
08:30	69CM	Rol de la resonancia magnética en el abordaje terapéutico del Stroke	Dra. Delmy Padilla, Radiología
09:00	70CM	Inteligencia artificial y su rol en la Radiología	Dra. Brenda Larios, Radiología
09:30	RECESO		
10:00	45TL	Hemorragia intracerebral secundaria a anomalía vascular "twig-like" de arteria cerebral media. Reporte de caso	Dr. Carlos Gómez, Medicina General
10:15	46TL	Síndrome biopercular (síndrome de Foix-Chavany Marie). Reporte de caso	Dr. Yosvin Amaya, Postgrado de Neurología
10:30	47TL	Diferentes manifestaciones clínicas de la neurocisticercosis. Serie de casos	Dr. Filadelfo Mahoudeau, Medicina General
10:45	48TL	Lupus vulgar, ventana diagnóstica de tuberculosis pulmonar silente. Reporte de caso	Dra. Isela Jimenez, Postgrado de Dermatología
11:00	71CM	Neurointervención: ¿Del por qué al cómo?	Dr. Javier Lagos, Neurología Intervencionista
11:30	72CM	Trombectomía mecánica: La nueva era del tratamiento del evento vascular cerebral	Dr. Javier Lagos, Neurología Intervencionista
12:00	ALMUERZO		
13:30	73CM	Implicaciones del autodiagnóstico mediante uso de inteligencia artificial en Psiquiatría	Dr. Héctor Velásquez, Psiquiatría
14:00	49TL	¿Solución aparente o inicio del problema? Peligro de la avulsión ungueal sistemática	Dra. Annie Gómez, Postgrado de Dermatología
14:15	50TL	Cuando la piel habla del cerebro: Síndrome de Sturge Weber. Reporte de Caso	Dra. Belkis Fugón, Medicina General
14:30	74CM	Infección urinaria recurrente	Dra. Diana Varela, Infectología
15:00	75CM	Actualización práctica en sepsis y choque séptico: Lo que el médico debe saber	Dr. Alex Cardona, Infectología
15:30	76CM	Resistencia bacteriana: Impacto clínico, ¿cómo prevenirlo desde el primer nivel de atención?	Dr. Alex Cardona, Infectología
16:00	CIERRE		

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

Conferencias Magistrales (CM) y Trabajos Libres (TL)

**SABADO 11 DE JULIO 2026
HOTEL LA ENSENADA BEACH, SALÓN PUNTA IZOPO**

Moderadora: Dra. Yadira Almendarez

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00	77CM	Abordaje inicial de la anemia en el adulto: Enfoque práctico	Dra. Raquel Martínez, Hematooncología
07:30	78CM	Manejo de la sangre del paciente, transfusión segura y uso racional de hemoderivados	Dra. Jennifer Nataly Duarte, Hematooncología
08:00	79CM	Síndrome hemorrágico: ¿primario o secundario?	Dra. Tatiana Rivera Domínguez, Hematooncología
08:30	80CM	Artropatías inflamatorias: ¿cuándo referir?	Dr. Pedro Leonardo Martínez Gonzales, Reumatología
09:00	81CM	Qué, cuándo y por qué pedir un algoritmo racional para estudio de paciente con enfermedad autoinmune	Dr. José Mauricio Galeano, Reumatología
09:30	RECESO		
10:00	82CM	Generalidades de fibromialgia	Dr. José Mauricio Galeano, Reumatología
10:30	51TL	El enemigo silencioso: Riesgo ateroesclerótico en pacientes cardio-oncológicos con bajo riesgo de cardiotoxicidad	Dr. Edil Argueta, Cardiología
10:45	52TL	Maya Score: Modelo predictivo latinoamericano de riesgo cardiovascular ateroesclerótico	Dr. Edil Argueta, Cardiología
11:00	53TL	Prevalencia, determinantes sociolaborales y expresión psicométrica del síndrome de <i>Burnout</i> en médicos ocupacionales de Honduras	Dr. Ángel Martínez, Medicina General
11:15	54TL	Diarrea crónica persistente con estudios iniciales no concluyentes: Reto diagnóstico. Reporte de caso	Dra. Amalia Murillo, Medicina General
11:30	CIERRE		

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

Conferencias Magistrales (CM) y Trabajos Libres (TL)

**SÁBADO 11 DE JULIO 2026
HOTEL LA ENSENADA BEACH, SALÓN PUNTA SAL**

Moderadora: Dra. Daniela Cruz

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00	83CM	Valoración de gravedad en pediatría	Dr. Eliar Douglas Carranza, Pediatría
07:30	84CM	Diagnóstico diferencial del escroto agudo en pediatría: Entre la urgencia y la incertidumbre	Dra. Maryury Fabiola Pineda, Radiología Pediátrica
08:00	85CM	Anafilaxias en pediatría	Dra. Cintia Alejandra Falck, Inmunología Pediátrica
08:30	86CM	Imágenes que salvan: Guía práctica en el abordaje agudo en niños	Dra. Maryury Fabiola Pineda, Radiología Pediátrica
09:00	87CM	Vacunas en niños	Dr. Oscar Armando Ponce, Pediatría
09:30	RECESO		
10:00	55TL	Obstrucción intestinal secundaria a <i>Áscaris lumbricoides</i> en pediatría: Serie de casos	Dra. Belkis Martínez, Pediatría
10:15	56TL	Síndrome Ehlers Danlos. Reporte de caso	Dra. Linda Flores, Pediatría
10:30	88CM	Detección temprana del trastorno de espectro autista	Dra. Carol Josseline Zúniga, Neurología Pediátrica
11:00	89CM	Pubertad precóz: Del diagnóstico temprano a la toma de decisiones terapéuticas	Dra. Melissa Matamoros Hernández, Endocrinología Pediátrica
11:30	CIERRE		

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

Conferencias Magistrales (CM) y Trabajos Libres (TL)

**SÁBADO 11 DE JULIO 2026
HOTEL LA ENSENADA BEACH, SALÓN LOS MICOS**

Moderador: Dr. Kevin López

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00	90CM	Ultrasonido del primer trimestre, la base del control prenatal	Dr. Mario Ramírez, Medicina Materno Fetal
07:30	91CM	Optimizando el control prenatal	Dra. Karla Parodi Patología fetal, Perinatal y pediátrica
08:00	92CM	Ultrasonido morfológico del segundo trimestre: Pilares para la detección prenatal de anomalías estructurales	Dra. Gladys Frazer, Medicina Materno Fetal
08:30	93CM	Diagnóstico de malformaciones congénitas por ultrasonido: Experiencia en Honduras	Dra. Mónica García, Medicina Materno Fetal
09:00	94CM	Obesidad en las diferentes etapas de la mujer y su impacto	Dra. Karen Funez, Endocrinología Reproductiva
09:30	RECESO		
10:00	57TL	Servicios diferenciados para mejorar acceso a terapia antirretroviral en pacientes con VIH, 2024	Dr. Mario Vásquez, Medicina General
10:15	58TL	Enfermedad del suero por suero antiofídico en envenenamiento leve por <i>Bothrops Asper</i> : Reporte de caso	Dr. Carlos Mejía, Medicina General
10:30	95CM	Vacunología en el embarazo	Dra. Wendy Cárcamo, Medicina Materno Fetal
11:00	96CM	¿Por qué seguimos hablando del síndrome ovárico metabólico poliendocrino?	Dra. Karen Funez, Endocrinología Reproductiva
11:30	CIERRE		

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

Conferencias Magistrales (CM) y Trabajos Libres (TL)

**SÁBADO 11 DE JULIO 2026
HOTEL LA ENSENADA BEACH, SALÓN SALVAJE**

Moderadora: Dra. Karin Villalobos

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
07:00	97CM	Inteligencia artificial y dermatología: ¿Cómo utilizar sin reemplazar el criterio clínico? aplicaciones reales y evidencia actual	Dra. Saraí Guevara, Dermatología
07:30	98CM	Microbioma y enfermedades frecuentes en consulta general: Enfoque práctico y criterios de referencia al dermatólogo	Dra. Mirian González, Dermatología y Cirugía Dermatológica
08:00	99CM	Nutrición, suplementos y piel: Orientar al paciente frente a la desinformación ¿qué dice la evidencia?	Dra. Diana Peralta, Dermatología
08:30	100CM	Manejo basado en la evidencia de la migraña aguda en servicios de urgencias y hospitalización	Dr. Fawad Khan, Neurología
09:00	101CM	Terapias de neuromodulación para el manejo de epilepsia fármaco-resistente	Dr. Isaac Molinero, Neurología
09:30	RECESO		
10:00	102CM	Estado epiléptico y la implementación de código crisis en Honduras	Dr. Arnold Thompson, Neurología
10:30	103CM	Actualización guías de manejo de infarto cerebral agudo 2026	Dr. Allan Álvarez, Neurología
11:00	104CM	Actualización de rehabilitación de parálisis facial periférica idiopática	Dr. Roger Ortega Medicina Física y rehabilitación
11:30	CIERRE		

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

TRABAJOS LIBRES (TL) MODALIDAD PÓSTER

**JUEVES 09 DE JULIO 2026
HOTEL LA ENSENADA BEACH, CENTRO DE CONVENCIONES, LOBBY
PANTALLA 1**

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
8:00- 8:15	59TL	Prevalencia de tuberculosis en Cofradía antes y después de la pandemia Covid-19, 2018–2024	Dra. Michelle Odalys Díaz Escobar
8:15- 8:30	60TL	Salud mental desde una perspectiva cultural y religiosa de pacientes de un hospital psiquiátrico 2025	Dra. Alejandra Marcela Ventura Hernández
8:30- 8:45	61TL	Proporción y factores asociados a peritonitis bacteriana en pacientes con cirrosis hepática	Dra. Nathali Nicolle Zepeda Alvarado
8:45- 9:00	62TL	Derrame pericárdico maligno en adulto joven: Reporte de caso	Dra. Maira Alejandra Torres
9:00- 9:15	63TL	Taponamiento cardiaco neonatal como manifestación inicial de leucemia mieloide congénita. Reporte de caso	Dra. Mariela Matamoros Hernández
9:15- 9:30	64TL	Perfil clínico-funcional de pacientes con evaluación isocinética en una unidad de rehabilitación	Dr. José Elpidio Sierra Zerón
9:30- 10:00	RECESO		
10:00- 10:15	65TL	Perfil clínico-funcional de niños con hemofilia A severa bajo profilaxis. Serie de casos	Dr. José Elpidio Sierra Zerón
10:15- 10:30	66TL	Rehabilitación funcional y abordaje integral en la displasia gnato-diafisaria infantil: Reporte de caso	Dr. Carlos Eduardo Rodríguez
10:30- 10:45	67TL	Sarcopenia, síntomas de polineuropatía y calidad de vida en pacientes que iniciaron quimioterapia, resultados preliminares	Dra. Marilyn Vanessa Donaire Hernández
10:45- 11:00	68TL	Rehabilitación integral en adolescente con osteogénesis imperfecta tipo VIII: Reporte de caso	Dra. Lucy Alejandra Fiallos Marrder
11:00- 11:15	69TL	Tuberculosis pulmonar complicada con tromboembolismo pulmonar. Reporte de caso.	Dra. Dulce Alejandra Henríquez
11:15- 11:30	70TL	Arteritis de células gigantes: Reporte caso	Dr. Julio César Raudales Moncada

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

TRABAJOS LIBRES (TL) MODALIDAD PÓSTER

**JUEVES 09 DE JULIO 2026
HOTEL LA ENSENADA BEACH, CENTRO DE CONVENCIONES, LOBBY
PANTALLA 2**

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
8:00- 8:15	71TL	Correlación entre hallazgos ultrasonográficos e intraoperatorios en colecistitis crónica calculosa durante colecistectomía abierta	Dr. Carlos Eduardo Coto Tejeda
8:15- 8:30	72TL	Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes hospitalizados por accidentes viales en un hospital público	Dra. Alfa Sarahy Perdomo Portillo.
8:30- 8:45	73TL	Tratamiento quirúrgico de complicación neurológica asociada a técnica inadecuada de inyección intramuscular. Reporte de caso	Dra. Sharom Nicolle Ordóñez Ruiz
8:45- 9:00	74TL	Cocaína y tromboembolia pulmonar: una complicación subestimada. Reporte de caso	Dra. Laura Sofía Castellón Paz.
9:00- 9:15	75TL	Prevalencia del consumo de sustancias en adolescentes que asisten a instituciones educativas públicas en Honduras	Dr. Manuel Antonio Sierra Santos
9:15- 9:30	76TL	Presión familiar y de pares, factores impulsores del consumo de sustancias entre adolescentes hondureños	Dr. Manuel Antonio Sierra Santos
9:30- 10:00	RECESO		
10:00-10:15	77TL	Estado nutricional y riesgo cardiometabólico en estudiantes del primer ciclo de educación primaria	Dr. Manuel Antonio Sierra Santos
10:15-10:30	78TL	Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud sobre vacunación: Resultados de una encuesta nacional	Dr. Manuel Antonio Sierra Santos
10:30-10:45	79TL	Riesgo cardiovascular en personas con VIH en tratamiento antirretroviral	Dr. José Roberto Andino Vásquez
10:45-11:00	80TL	Factores asociados a la mortalidad en pacientes con VIH/ SIDA en servicio de atención integral	Dra. María José López Gutiérrez
11:00-11:15	81TL	Pancreatitis aguda recurrente secundaria a hipertrigliceridemia severa. Reporte de caso.	Dra. Marlury Julissa Sandoval

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

TRABAJOS LIBRES (TL) MODALIDAD PÓSTER

**VIERNES 10 DE JULIO 2026
HOTEL LA ENSENADA BEACH, CENTRO DE CONVENCIONES, LOBBY
PANTALLA 1**

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
8:00- 8:15	82TL	Valor del estudio genético en el diagnóstico diferencial de talla baja. Serie de casos.	Dra. Liany Fabiola Acosta Paguada
8:15- 8:30	83TL	Adecuacion del esfuerzo terapeutico en cuidados paliativos: Reporte de caso	Dr. Bayron Josue Degrandes
8:30- 8:45	84TL	Análisis de costo-efectividad y caracterización clínica de pruebas diagnósticas realizadas en biopsias de ganglio 2024	Dr. Oscar Armando Andara Rodríguez
8:45- 9:00	85TL	Gangrena de Fournier abordaje integral: Reporte de caso	Dr. Marlon Girón Amador
9:00- 9:15	86TL	Pseudoaneurisma de arteria poplítea derecha postraumático gigante infectado: Reporte de caso	Dr. Nelson Omar Bobadilla Flores
9:15- 9:30	87TL	Fístula gastro-colo-cutánea como complicación tardía de gastrostomía endoscópica percutánea. Reporte de caso.	Dra. Sonia Carolina Fortín Zavala
9:30- 10:00	RECESO		
10:00- 10:15	88TL	Absceso hepático tuberculoso, una visión en el tiempo. Reporte de caso. Reporte de caso	Dra. Sonia Carolina Fortín Zavala
10:15-10:30	89TL	Abdomen agudo quirúrgico secundario apendicitis aguda en paciente con malrotación intestinal, reporte de caso	Dr. César Gustavo Rivera Martínez
10:30-10:45	90TL	Abdomen agudo por perforación espontánea múltiple en lactante. Reporte de caso	Dra. Lourdes Sarahi Membreño Callejas
10:45-11:00	91TL	Reconstrucción del tercio medio de la pierna mediante colgajo de sóleo. Reporte de caso.	Dr. José Arístides Zelaya Madrid
10:30-10:45	92TL	Calostro bovino tóxico, terapia alternativa en manejo conservador, trauma en cuero cabelludo: reporte de caso	Dr. José Arístides Zelaya Madrid

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

TRABAJOS LIBRES (TL) MODALIDAD PÓSTER

**VIERNES 10 DE JULIO 2026
HOTEL LA ENSENADA BEACH, CENTRO DE CONVENCIONES, LOBBY
PANTALLA 2**

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
8:00- 8:15	93TL	Síndrome de Sweet, una rara enfermedad que debemos pensar. Reporte de caso	Dra. Luisa Dayana Lardizabal Ferrera
8:15- 8:30	94TL	Cromoblastomicosis de larga data: Consideraciones terapéuticas. Reporte de caso	Dra. Nataly Gornara Puerto Meza
8:30- 8:45	95TL	Micosis fungoides: Importancia del diagnóstico en etapas tempranas. Reporte de caso	Dra. Susan Y. Zelaya
8:45- 9:00	96TL	Proporción y características epidemiológicas del cáncer de cutáneo en un hospital básico de Honduras 2024	Dr. José Hernán Chinchilla
9:00- 9:15	97TL	Miositis con rabdomiólisis en paciente pediátrico: Un reto clínico poco frecuente, reporte de caso	Dra.Rennie Michelle Medina Martínez
9:15- 9:30	98TL	Perfil clínico y evolución de la gangrena de fournier en pacientes con diabetes tipo 2	Dra.Rennie Michelle Medina Martínez
9:30- 10:00	RECESO		
10:00-10:15	99TL	Tronco arterioso común en paciente adulto, reporte de caso.	Dr. Carlos Armando Mejía Aly
10:15-10:30	100TL	Acceso de atención integral en pacientes diabéticos	Dra. Evelyn Janine Ortez García
10:30- 10:45	101L	Fortalecimiento del ecosistema de investigación en salud en hospitales públicos. Experiencia en un hospital Tegucigalpa, Honduras	Dr. José Roberto Andino
10:45- 11:00	102TL	Publicaciones científicas en Medicina: Experiencia UNICAH-SPSP	Dra. Dina Carola Gavarrete
11:00- 11:15	103TL	Efecto de la edad relativa en el futbol femenino juvenil sub-17 de centroamerica	Dr. Daniel Edgardo Vasquez Inestroza
11:15-11:30	104TL	Edentulismo asociado a determinantes socioeconómicos en pacientes entre 18-35 años en un centro asistencial	Dra. Bessy Gabriela Silva Gómez
11:30-11:45	105TL	Adopción y barreras para el uso de inteligencia artificial en la práctica médica	Dr. Ángel Gabriel Martínez Fernández
11:45-12:00	106 TL	Amiloidosis renal primaria y síndrome nefrótico. Reporte de caso	Dra. Ruth Torres
12:00-13:30	ALMUERZO		
13:30-13:45	107TL	Divertículo de Meckel en paciente geriátrico. Reporte de caso	Dra. Juan Inestroza
13:45-14:00	108TL	Quilotórax no traumático debutando con disnea: ¿Sorpresa garantizada?	Dr. Daniel Eduardo Mendoza Sabillon
14:00-14:15	109TL	Tumor de Frantz en paciente pediátrico: Reporte de caso	Dr.Gabriel Edgardo Paredes Fernández

LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL TELA, ATLÁNTIDA 2026

RESÚMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES (CM)

1CM. AVANCES EN EL TRATAMIENTO Y TECNOLOGÍAS EN DIABETES. Yaritza Argentina Munguía Ayala. Hospital del Caribe, Servicio de Endocrinología, Puerto Cortés, Honduras.

La diabetes mellitus agrupa múltiples trastornos: formas autoinmunes, resistencia a la insulina con deficiencia relativa de esta hormona, defectos genéticos de la célula beta, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, fármacos, infecciones y desnutrición crónica severa en la infancia. Esta conferencia actualiza los avances en fármacos y tecnologías según las guías ADA 2026. Las novedades abarcan cuatro áreas: tecnología, fármacos, nutrición y manejo integral. En tecnología, se recomienda el monitoreo continuo de glucosa sin exigir pruebas previas de péptido C o autoanticuerpos para iniciar bombas de insulina o sistemas automatizados. El páncreas artificial, un sistema de asa cerrada, mide la glucosa y suministra insulina de forma autónoma en diabetes tipo 1, imitando la función natural del páncreas. En fármacos, se introducen los análogos de GLP-1 para diabetes tipo 1 con obesidad, con dosis individualizadas de antiobesidad. Los agonistas duales GIP/GLP-1, como tirzepatida, se incorporan al algoritmo de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada. Para la nefropatía diabética, los iSGLT2 y agonistas GLP-1 son terapia preferida incluso en filtrados menores a 30 mL/min o en diálisis. En nutrición, se avalan las dietas mediterránea y baja en carbohidratos para prevenir diabetes tipo 2. Aparecen nuevas guías para el control glucémico durante tratamientos oncológicos (inhibidores de PI3K, inmunoterapia) y trasplantes, así como metas de presión arterial más estrictas (menos de 120 mmHg) en pacientes de alto riesgo cardiovascular. La combinación de fármacos duales como tirzepatida (pérdida de peso superior al 22%) y sistemas automatizados como el páncreas artificial representa un cambio profundo en el manejo de la diabetes. Sin embargo, ni los medicamentos ni la tecnología bastan por sí solos. Educar, ayudar y cambiar mentalidades resulta fundamental para alcanzar salud, bienestar y evitar complicaciones futuras.

2CM. ACTUALIZACIÓN EN TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD: ENFOQUE FARMACOLÓGICO Y NUTRICIONAL. Javier Girón. Hospital del Valle, Servicio de Endocrinología, San Pedro Sula, Honduras.

3CM. ENFERMEDADES TIROIDEAS: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. Lesbia Mariela Leiva. Hospital Trochez Montalván, Servicio de Endocrinología, Juticalpa, Honduras.

La enfermedad tiroidea es muy frecuente en mujeres y en edades avanzadas; su carga poblacional se concentra en disfunción tiroidea, hipotiroidismo, hipertiroidismo, tiroiditis autoinmune, nódulos tiroideos y cáncer tiroideo. El hipotiroidismo

es una enfermedad caracterizada por la deficiencia de hormona tiroidea, su prevalencia varía entre el 0.3 % y el 12 % a nivel mundial, según la ingesta de yodo, es más frecuente en mujeres y adultos mayores; la causa más común la tiroiditis de Hashimoto (hasta 85% en zonas yodo suficientes). Los pacientes con hipotiroidismo pueden tener síntomas inespecíficos debido a la ralentización del metabolismo, incluyendo fatiga, aumento de peso, problemas cognitivos como pérdida de memoria y dificultad para concentrarse, e irregularidades menstruales. La causa más común de hipertiroidismo es la enfermedad de Graves, con una prevalencia global del 2% en mujeres y del 0.5% en hombres, los síntomas comunes de la tirotoxicosis incluyen ansiedad, insomnio, palpitaciones, pérdida de peso involuntaria, diarrea e intolerancia al calor, aumento difuso de la glándula tiroidea, mirada fija o exoftalmos. Los nódulos tiroideos son frecuentes y se detectan hasta en el 65 % de la población general; Esto se debe al uso de técnicas de diagnóstico por imagen para fines no relacionados con la tiroidea. La mayoría de los nódulos tiroideos son benignos, clínicamente insignificantes y se manejan de forma segura mediante un programa de vigilancia. En 2020 el cáncer de tiroides presentó tasas de incidencia para población mundial fueron de 10.1/100 000 mujeres y 3.1/100 000 hombres, y las tasas de mortalidad fueron de 0,5/100 000 mujeres y 0.3/100 000 hombres. La levotiroxina es el tratamiento de elección para hipotiroidismo; El tratamiento para el tratamiento para el hipertiroidismo incluye fármacos antitiroideos, ablación con yodo radiactivo y cirugía. Las opciones de tratamiento deben ser individualizadas y centradas en el paciente.

4CM. EPOC ¿QUÉ HAY DE NUEVO EN LAS GUÍAS GOLD 2026? Suyapa Figueroa. Hospital Escuela, Servicio de Neumología, Tegucigalpa Honduras.

5CM. EL ABC DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. Fabio Fuentes. Hospital y Clínicas Viera, Servicio de Medicina Interna, Tegucigalpa, Honduras.

6CM. ¿QUÉ SABES DEL SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN DE ASMA /EPOC? Vladimir Mendoza. Centro Médico Santa María, Servicio de Medicina Interna, Tegucigalpa, Honduras

7CM. MANEJO DEL SÍNCOPE EN LA EDAD PEDIÁTRICA: ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO ACTUALIZADO. Oscar Iván Salinas Sánchez. Instituto Hondureño de Seguro Social, Servicio de Cardiología Pediátrica, San Pedro Sula, Honduras.

Se define como una pérdida transitoria de la conciencia secundaria a hipoperfusión cerebral global, caracterizada por inicio

rápido, corta duración y recuperación espontánea completa. Aunque la mayoría de los casos corresponden a síncope reflejo o vasovagal, la identificación de causas potencialmente graves, especialmente de origen cardiovascular, constituye el principal desafío clínico. Es una causa frecuente de consulta en pediatría, principalmente en la población adolescente, representando hasta el 15% de las evaluaciones médicas durante esta etapa de la vida. La evaluación inicial debe fundamentarse en una historia clínica detallada, examen físico completo y electrocardiograma de 12 derivaciones. La presencia de signos de alarma como síncope durante el ejercicio, ausencia de pródomos, antecedentes familiares de muerte súbita, cardiopatía estructural conocida o hallazgos electrocardiográficos anormales obliga a una investigación más exhaustiva. Entre las etiologías cardíacas destacan las arritmias, miocardiopatías, anomalías coronarias y enfermedades hereditarias de los canales iónicos. El síncope vasovagal continúa siendo la causa más frecuente y generalmente tiene un pronóstico favorable. Su manejo incluye educación del paciente y la familia, reconocimiento de síntomas prodromáticos, incremento de la ingesta de líquidos y sal, medidas de contrapresión física y modificaciones del estilo de vida. En casos seleccionados con síntomas recurrentes o refractarios pueden considerarse tratamientos farmacológicos como fludrocortisona o betabloqueadores. Las pruebas complementarias, incluyendo monitoreo ambulatorio, ecocardiografía y mesa basculante, deben solicitarse de manera dirigida según la sospecha clínica. El conocimiento de los algoritmos diagnósticos actuales permite diferenciar oportunamente los casos benignos de aquellos asociados a riesgo cardiovascular significativo. Un abordaje sistemático basado en la evidencia contribuye a optimizar el diagnóstico, reducir estudios innecesarios y mejorar la seguridad del paciente pediátrico con síncope.

8CM. DEL SIGNO CLÍNICO A LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA: CLAVES PARA IDENTIFICAR CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS. Claudia Alicia Pavón Flores. Hospital María Especialidades Pediátricas, Servicio de Cardiología Pediátrica, Tegucigalpa, Honduras.

Las cardiopatías congénitas (CC) son malformaciones estructurales cardíacas con prevalencia mundial entre 2.1 y 12.3 por 1,000 recién nacidos vivos, siendo las malformaciones congénitas más frecuentes. A pesar de los avances terapéuticos, continúan siendo una causa significativa de morbimortalidad infantil. El reconocimiento precoz es determinante para mejorar el pronóstico y la supervivencia global que actualmente supera el 85% en recién nacidos con CC. Los principales factores de riesgo asociados, incluyen antecedentes familiares, enfermedades maternas (diabetes mellitus, HTA, LES, preeclampsia, obesidad, epilepsia, enfermedades tiroideas y del sistema conectivo), exposición a fármacos teratogénicos e infecciones intrauterinas, así como síndromes genéticos (Down, Edwards, Patau, Turner, Di George, Noonan, Williams, Holt-Oram y Marfan), con una alta asociación a CC. Los signos de alarma varían según grupo etario. Neonatos y lactantes: taquipnea sin fiebre, dificultad respiratoria persistente, sudoración al alimen-

tarse, déficit de ganancia ponderal, soplos cardíacos, cianosis central, infecciones respiratorias recurrentes. Niños mayores: fatiga fácil, soplo cardíaco, dolor torácico no relacionado con actividad física, síncope y palpitaciones. La clasificación clínica se basa en la presencia de cianosis y el comportamiento del flujo pulmonar, integrando las entidades más frecuentes como comunicación interventricular, comunicación interauricular, canal auriculoventricular, persistencia del conducto arterioso, coartación aórtica, tetralogía de Fallot, atresia pulmonar con CIV y transposición de grandes arterias. Finalmente, para garantizar una intervención eficaz y oportuna, se consideran esenciales las siguientes estrategias: ecocardiograma fetal en casos de riesgo, tamizaje neonatal con oximetría de pulso (24–48 horas de vida), examen físico sistemático, vigilancia en atención primaria, estabilización hemodinámica inicial (ABCD) ante sospecha de descompensación, uso de prostaglandinas en cardiopatías críticas ductus-dependientes y referencia oportuna a centros especializados mediante un traslado seguro y fortaleciendo las redes de referencia nacional.

9CM. ABORDAJE PRÁCTICO DEL TAMIZAJE NEONATAL CARDÍACO. Daniela Iveth García. Hospital Medical Center, Servicio de Cardiología Pediátrica, Tegucigalpa, Honduras.

10CM. INTERVENCIONES PERCUTÁNEAS EN COARTACIÓN AÓRTICA DESDE EL RECIÉN NACIDO HASTA EL ADULTO. David Salazar Lizárraga. Hospital Infantil de México Federico Gómez, Servicio de Cardiología Intervencionista Pediátrica, Ciudad de México, México.

11CM. INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS: DEL ALGORITMO A LA PRÁCTICA CLÍNICA. Claudia Alicia Pavón Flores. Hospital María de Especialidades Pediátricas, Unidad de Cuidados Intensivos, Tegucigalpa, Honduras.

Las cardiopatías congénitas constituyen las anomalías estructurales más prevalentes al nacimiento y representan una causa significativa de morbilidad y mortalidad infantil global. El reconocimiento temprano desde el primer nivel de atención es clave para mejorar el pronóstico, permitiendo una referencia oportuna y un tratamiento adecuado. En este contexto, la inteligencia artificial (IA) ha emergido como una herramienta prometedora para mejorar la precisión diagnóstica y optimizar la toma de decisiones clínicas mediante el análisis avanzado de datos biomédicos. La IA utiliza algoritmos de Deep Learning capaces de analizar volúmenes masivos de información clínica. Sus principales aplicaciones se han desarrollado en el análisis de electrocardiogramas, con capacidad para detectar alteraciones eléctricas subclínicas y estudios de imagen cardiovascular; estas herramientas han demostrado aumentar la exactitud diagnóstica, optimizar la segmentación anatómica y reducir la variabilidad inter-observador, contribuyendo a una mejor caracterización funcional y estructural del corazón congénitamente enfermo. En el ámbito hospitalario, particularmente en las unidades de cuidados críticos, la IA muestra aplicaciones pro-

metedoras en la predicción de deterioro clínico y la planificación terapéutica personalizada. Asimismo, su aplicación en modelos predictivos contribuye al desarrollo de estrategias terapéuticas más individualizadas, favoreciendo un enfoque de medicina personalizada. No obstante, su implementación enfrenta desafíos relacionados con la validación clínica, la estandarización de los modelos específicos, la transparencia algorítmica y las consideraciones éticas sobre el uso de datos médicos. En conclusión, la IA tiene el potencial de transformar el diagnóstico y manejo de las cardiopatías congénitas al permitir una medicina más precisa, predictiva y personalizada. Sin embargo, es importante enfatizar que estas herramientas no sustituyen el criterio clínico, sino que deben utilizarse como un complemento en su integración en la práctica clínica, que requerirá estudios prospectivos que demuestren su impacto en los desenlaces clínicos y su costo-efectividad.

12CM. AUTISMO Y GENÉTICA. María Camila Egas Casco. Profesional Independiente, San Pedro Sula, Honduras.

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo caracterizada por dificultades en la comunicación social y patrones de comportamiento restringidos o repetitivos. Aunque el 70-80% de los casos se clasifican como idiopáticos, un 20-30% presenta una etiología secundaria identificable, incluyendo anomalías cromosómicas y trastornos de un solo gen como el Síndrome de Fragile X o Rett. Es fundamental sospechar un componente genético ante historias familiares de trastornos del neurodesarrollo, presentaciones atípicas, comorbilidades como la epilepsia o la presencia de rasgos sindrómicos. Avances recientes han permitido identificar aproximadamente 60 genes de alta confianza asociados al TEA y el papel crítico de biomarcadores epigenéticos, como la metilación del ADN y el microexón de la proteína CPEB4, esencial para el desarrollo neuronal. La evaluación diagnóstica actual recomienda el uso de microarrays cromosómicos y estudios de exoma para precisar el origen molecular. Complementariamente, el abordaje terapéutico se beneficia de intervenciones nutricionales personalizadas; el uso de omega-3, vitamina D y probióticos ha mostrado utilidad en la reducción de síntomas gastrointestinales y conductuales, especialmente ante deficiencias documentadas. Asimismo, emergen terapias innovadoras como la neuromodulación no invasiva (rTMS), la estimulación del nervio vago para casos con epilepsia y el uso de tecnologías robóticas para el refuerzo social. Un diagnóstico genético definitivo permite reducir la ansiedad familiar, brindar asesoramiento reproductivo y optimizar recursos terapéuticos hacia una medicina personalizada que garantice una atención más humana y eficaz desde la infancia.

13CM. USO DE PREBIÓTICOS EN PEDIATRÍA. Celenia Godoy Salgado. Hospital del Valle, Servicio de Gastroenterología Pediátrica, San Pedro Sula, Honduras.

La microbiota humana constituye un ecosistema complejo y diverso integrado por bacterias, virus, hongos y arqueas, cuya

población total se estima en aproximadamente 100 billones de microorganismos. Esta comunidad microbiana, particularmente la residente en el tracto gastrointestinal cumple funciones vitales que incluyen la modulación de la expresión génica, la síntesis de nutrientes y la prevención de patologías, por lo cual es frecuentemente conceptualizada como un “órgano” funcional del cuerpo humano. En el ámbito pediátrico, el uso de probióticos se ha consolidado como una herramienta terapéutica que requiere un enfoque riguroso, fundamentado en el hecho de que sus efectos beneficiosos son estrictamente específicos de cada cepa. Las recomendaciones actuales, basadas en evidencia científica, destacan indicaciones precisas para trastornos gastrointestinales seleccionados. Por ejemplo, para la gastroenteritis aguda, se ha documentado la utilidad de cepas específicas como *Lactobacillus rhamnosus* GG y *Saccharomyces boulardii* para reducir la duración de la diarrea, mientras que se desaconseja el uso de otras, como *Bacillus clausii*, debido a la falta de eficacia comprobada. En la prevención de la diarrea asociada a antibióticos, la administración de altas dosis ($\geq 5 \times 10^9$ CFU/día) de *S. boulardii* o *L. rhamnosus* GG, iniciadas de forma simultánea al tratamiento antibiótico, muestra resultados favorables. Asimismo, el uso de *L. rhamnosus* GG o combinaciones específicas de *Bifidobacterium* y *Streptococcus* se sugiere para reducir el riesgo de enterocolitis necrotizante en prematuros, bajo protocolos de seguridad establecidos. En trastornos como el cólico del lactante y el síndrome de intestino irritable, ciertas cepas han mostrado eficacia en la reducción de síntomas. Sin embargo, es fundamental recalcar que no existe evidencia suficiente para respaldar su uso en condiciones como el estreñimiento funcional, la enfermedad celíaca o pancreatitis, instando a evitar la extrapolación de beneficios entre distintas cepas y a promover un manejo clínico personalizado basado estrictamente en la evidencia documental.

14CM. TAMIZAJE NEONATAL EN HONDURAS. María Camila Egas Casco. Profesional Independiente, San Pedro Sula, Honduras.

El tamizaje neonatal es un programa de detección presintomática fundamental para identificar enfermedades congénitas graves, tanto metabólicas como endocrinas y neuromusculares, antes de que se manifiesten clínicamente. Este procedimiento, realizado idealmente entre las 24 horas y los 15 días de vida mediante una punción de talón, representa una “ventana dorada” para evitar daños neurológicos irreversibles, crisis metabólicas, discapacidad y muerte temprana. En Honduras, el programa ha evolucionado desde 2016, y actualmente TAMIXGEN impulsa un panel ampliado que incluye condiciones críticas como la Atrofia Muscular Espinal (AME), hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria (PKU), hiperplasia suprarrenal congénita y deficiencia de G6PD, entre otras. Sin la implementación de estos programas, aproximadamente entre el 20% y 40% de los recién nacidos con estas afecciones tratables fallecen o sufren secuelas graves. Además del impacto humano, la falta de diagnóstico oportuno genera una carga económica significativa, con costos de hospitalización en cuidados intensivos que pueden oscilar

entre \$1,000 y \$3,000 diarios. A través de la gestión de casos como la AME o la deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media (MCADD), se demuestra que el inicio temprano de terapias específicas y el uso de hojas de emergencia salvan vidas. La estrategia para Honduras se enfoca en establecer centros de referencia, formación médica continua y alianzas público-privadas que garanticen la sostenibilidad del tamizaje. Detectar a tiempo permite transformar una posible tragedia en una historia de éxito clínico, mejorando radicalmente la calidad de vida del paciente y su entorno familiar.

15CM. PATOLOGÍA DE PLACENTA. Santiago Antúnez. Torre Médica Tepeyac, Servicio de Patología, Tegucigalpa, Honduras.

16CM. DERMATOSIS VULVARES: CLAVES CLÍNICAS PARA NO PASAR POR ALTO EL CÁNCER. Beatriz Sosa, Hospital DIME, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

17CM. PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CÉRVIX, VACUNAS Y TAMIZAJE. Sobeyda López. Clínicas Millenium II Health Center, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

18CM. ¿QUÉ HACER CON UN RESULTADO DE CITOLOGÍA ANORMAL? Rubén Fernández. Hospital Escuela, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

19CM. COLPOSCOPIA: HERRAMIENTAS Y SEGUIMIENTO. Dunia Cuestas. Hospital Group Medicasa, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

20CM. ESTUDIO: SENECA: ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO BASADO EN CLASIFICACIÓN MOLECULAR. Felipe Cortes Vega. Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Ginecología, San Pedro Sula, Honduras.

21CM. ESTUDIO INTERLACE. Allan Roy Stefan Shedden. Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, Servicio de Ginecología Oncológica, San Pedro Sula, Honduras.

El cáncer de cuello uterino sigue siendo una de las principales causas de mortalidad relacionada con el cáncer a nivel mundial, con más del 90% de las muertes ocurriendo en países de ingresos bajos y medios. En 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo un llamamiento global para la eliminación del cáncer de cuello uterino. Los esfuerzos para erradicar el cáncer de cuello uterino se han centrado en la prevención de licencias con la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), así como en el cribado y tratamiento de lesiones precancerosas. Sin embargo, se ha prestado menos atención al manejo del cáncer de cuello uterino invasivo. El estudio INTERLACE es un estudio Fase 3, multicéntrico, internacional, aleatorizado 1:1, que se llevó a cabo en 32 centros de Brasil, India, Italia, México y Reino Unido con 500 pacientes con cáncer cervicouterino localmente avanzado (FIGO 2008 IB1 con ganglios positivos, IB2-IVA). Las pacientes se dividieron en dos grupos: Grupo 1.

Quimio radioterapia estándar (cisplatino semanal + EBRT + braquiterapia), Grupo 2. Quimioterapia de inducción (carboplatino AUC2 + paclitaxel 80 mg/m² semanal × 6 semanas) luego quimio radioterapia estándar. Los resultados del estudio Supervivencia Libre de Progresión (PFS) de 72% a 5 años con inducción vs 64% con estándar. (HR 0.65 p=0.013) 35% reducción del riesgo de progresión o muerte. Supervivencia Global (OS) 80% a 5 años con inducción vs 72% con estándar. (HR 0.60, p=0.015) 40% reducción del riesgo de muerte. La quimioterapia de inducción corta seguida de quimio radioterapia, mejora significativamente PFS y OS; reduce recaídas a distancia y es factible, con toxicidad manejable. Representa la primera mejora sustancial en supervivencia en más de 20 años para esta población. Los autores recomiendan incluir este esquema en guías clínicas.

22CM. GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER GINECOLÓGICO. Felipe Cortés Vega. Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, Servicio de Ginecología, San Pedro Sula, Honduras.

La biopsia del ganglio centinela (GC) se ha consolidado como herramienta clave en la estadificación quirúrgica del cáncer ginecológico, respaldada por evidencia de alto nivel publicada entre 2024 y 2026 en los tres tumores principales. Los avances recientes demuestran que esta técnica ofrece una precisión oncológica equivalente a las linfadenectomías radicales tradicionales, pero con una reducción significativa en la morbilidad posoperatoria. En cáncer de endometrio una revisión de la Mayo Clinic (Curr Opin Obstet Gynecol, 2025) establece el GC como práctica estándar en enfermedad clínicamente confinada al útero —incluyendo histologías de alto riesgo— al igualar o superar la precisión diagnóstica de la linfadenectomía pélvica con o sin paraaórtica, con menor tiempo de recuperación y menor riesgo de linfedema de extremidades inferiores. En cáncer de cuello uterino en estadios tempranos, el ensayo aleatorizado multicéntrico PHENIX (NEJM, 2025, n = 838) demostró que el GC solo es no inferior a la linfadenectomía sistemática. La supervivencia libre de enfermedad a 3 años fue del 96,9% para el grupo de GC vs. 94,6% para linfadenectomía (IC 95%: -5,0 a 0,5; p < 0,001 para no inferioridad). En cáncer de vulva la evidencia actual consolida el GC como estándar en tumores ≤ 4 cm con ganglios clínicamente negativos. Los datos de seguimiento a largo plazo del ensayo GROINSS-V muestran una supervivencia específica por enfermedad del 91% en pacientes con GC negativo. La evidencia actual posiciona al ganglio centinela como el nuevo estándar quirúrgico en los tres tipos principales de cáncer ginecológico, ofreciendo precisión diagnóstica equivalente a la linfadenectomía sistemática con una reducción sustancial de la morbilidad quirúrgica sin comprometer resultados oncológicos a largo plazo.

23CM. PRESERVACIÓN DE FERTILIDAD EN CÁNCER DE CÉRVIX EN ETAPA IB2. Allan Roy Stefan Shedden. Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, Servicio de Ginecología Oncológica, San Pedro Sula, Honduras.

El cáncer de cuello uterino es el cuarto cáncer más común en mujeres en todo el mundo. Se diagnostica frecuentemente en

mujeres de 35 a 44 años, y es la segunda causa principal de muerte por cáncer en mujeres de 20 a 39 años. El tratamiento del cáncer de cuello uterino se basa en la fase de la enfermedad. El tratamiento estándar para pacientes con enfermedad en estadio inicial (estadio IA2-IB1) es o ha sido la histerectomía radical con disección de ganglios linfáticos pélvicos, mientras que los pacientes con enfermedad localmente avanzada y metastásica son tratados con radioterapia primaria (RT) +/-tratamiento sistémico. El 37 % de las pacientes con cáncer de cuello uterino recién diagnosticado tienen menos de 45 años, a menudo se desean opciones de tratamiento para preservar la fertilidad. Las modalidades de tratamiento quirúrgico incluyen traquelectomía radical y simple, así como conización cervical. En ciertos casos de enfermedad localmente avanzada donde la preservación uterina no es una opción, la preservación de la fertilidad puede mantenerse mediante Tecnologías de Reproducción Asistida (TAR) y transposición ovárica, que también tienen la ventaja de preservar la función hormonal ovárica. En esta revisión, presentamos estrategias de tratamiento para la preservación de la fertilidad en estadio inicial del cáncer de cuello uterino, incluyendo indicaciones, resultados oncológicos y obstétricos.

24CM. CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES. ACTUALIZACIONES EN MANEJO QUIRÚRGICO. Danielson Antúnez Rojas. Hospital General San Felipe, Servicio de Cirugía Oncológica, Tegucigalpa, Honduras.

El tratamiento del cáncer diferenciado de tiroides (CDT) en 2025 se ha transformado hacia un enfoque más individualizado y conservador, basado en una mejor comprensión del riesgo y la respuesta a la terapia. Se ha introducido el marco DATA (Diagnóstico, Evaluación de riesgo/beneficio, decisiones de Tratamiento y Evaluación de la respuesta), diseñado para guiar el viaje del paciente desde el diagnóstico inicial hasta el seguimiento a largo plazo. Este enfoque permite que las decisiones clínicas evolucionen dinámicamente a medida que se obtiene nueva información sobre la respuesta del paciente al tratamiento inicial. La vigilancia activa se ha consolidado como una alternativa formal a la cirugía inmediata para pacientes seleccionados con microcarcinomas papilares de bajo riesgo (cT1aN0M0, ≤1 cm). Se recomienda cuando existe acceso a ecografía de alta calidad y el paciente prefiere evitar los riesgos quirúrgicos, siempre que no existan signos de agresividad o metástasis. La extensión de la cirugía inicial ha cambiado hacia la preservación de tejido: Lobectomía como preferencia: Ahora se recomienda la lobectomía como el procedimiento inicial de elección para tumores de hasta 2 cm (anteriormente el límite era 1 cm) sin extensión extratiroidea ni metástasis. Tumores de 2 a 4 cm: Para tumores unilaterales de bajo riesgo entre 2 y 4 cm, la lobectomía también puede ser el tratamiento inicial preferido debido a su menor tasa de complicaciones, aunque la tiroidectomía total sigue siendo una opción según la preferencia del paciente y factores de riesgo. Vaciamiento ganglionar: Existe una fuerte recomendación en contra del vaciamiento ganglionar central profiláctico en tumores T1 y T2 clínicamente negativos (cN0).

25CM. REINSTALACIONES INTESTINALES LAPAROSCÓPICAS. Rodrigo Vaquero. Hospital CEMESA, Servicio de Cirugía, San Pedro Sula, Honduras.

26CM. OSTEOSARCOPENIA UN NUEVO CONCEPTO, UN NUEVO RETO. Lennin Paz. Centro Médico Santa Rosa, Servicio de Ortopedia y Traumatología, Santa Rosa de Copán, Honduras.

27CM. ARTROSIS: MANEJO INICIAL DE LA ENFERMEDAD. Lennin Paz. Centro Médico Santa Rosa, Servicio de Ortopedia y Traumatología, Santa Rosa de Copán, Honduras.

28CM. ALTERNATIVAS ACTUALES EN EL MANEJO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA. Daniel Chinchilla Reyes. Hospital Bendaña, Servicio de Urología, San Pedro Sula, Honduras.

29CM. HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA Y NUEVAS TERAPIAS DE MANEJO. Daniel Chinchilla Reyes. Hospital Bendaña, Servicio de Urología, San Pedro Sula, Honduras.

La hiperplasia prostática benigna (HPB) es una patología frecuente en hombres mayores, caracterizada por el crecimiento no maligno de la próstata que genera síntomas del tracto urinario inferior como polaquiuria, nicturia, urgencia y disminución del flujo urinario. Su fisiopatología se relaciona con la acción de la dihidrotestosterona y procesos inflamatorios. Sin olvidar la respuesta muscular de la vejiga que al tratar de compensar complica los síntomas y puede tener secuelas importantes. El tratamiento inicial es farmacológico, incluyendo bloqueadores alfa-adrenérgicos, que mejoran el flujo urinario al relajar el músculo liso prostático, e inhibidores de la 5-alfa reductasa, que reducen el volumen prostático y el riesgo de progresión. En pacientes con síntomas irritativos predominantes, pueden emplearse antimuscarínicos o agonistas beta-3. Enfrentar los efectos colaterales debe ponernos en alerta y el paciente debe conocerlos. En los últimos años han surgido terapias mínimamente invasivas como UroLift y Rezum. UroLift consiste en la colocación de implantes que retraen el tejido prostático sin resección, mientras que Rezum utiliza vapor de agua para inducir necrosis térmica. Ambas técnicas ofrecen recuperación rápida y menor impacto en la función sexual. Asimismo, las técnicas quirúrgicas han evolucionado con el uso de láser y la energía bipolar, destacando la enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) y técnicas similares que imitan la enucleación manual de la cirugía abierta y que permiten una resección eficaz con menor sangrado y hospitalización. El manejo de la HPB es individualizado y ha avanzado hacia opciones menos invasivas, con buenos resultados funcionales y mejor calidad de vida para los pacientes. Esta plática esta animada con ejemplos clínicos y decisiones para el entrenamiento clínico del médico que se enfrenta a estos pacientes antes de referirles a centros de atención quirúrgica.

30CM. ABORDAJE DE LA LITIASIS RENAL Y CRITERIOS DE DERIVACIÓN. Daniel Chinchilla Reyes. Hospital Bendaña, Servicio de Urología, San Pedro Sula, Honduras.

La litiasis renal es una patología frecuente caracterizada por la formación de cálculos en el tracto urinario, cuya presentación clínica más común es el cólico renal. El abordaje inicial se basa en la evaluación clínica, el control del dolor con antiinflamatorios no esteroideos y la confirmación diagnóstica mediante estudios de imagen, siendo la tomografía sin contraste el estándar diagnóstico. El manejo depende del tamaño, localización del cálculo y estado clínico del paciente. Los cálculos menores de 5 mm tienen alta probabilidad de expulsión espontánea, por lo que se manejan de forma conservadora con hidratación, analgesia y terapia expulsiva médica, usualmente con alfa bloqueadores. Los cálculos entre 5 y 10 mm pueden requerir alta vigilancia, mientras que los mayores de 10 mm generalmente requieren intervención urológica. La utilización de pielotac como arma diagnóstica sigue siendo un pilar al enfrentar esta patología y su información clínica. La derivación al urólogo está indicada en presencia de signos de alarma, como fiebre asociada a obstrucción urinaria, anuria, deterioro de la función renal, dolor intratable o vómitos persistentes. Asimismo, deben derivarse pacientes con cálculos grandes, fracaso del manejo conservador, riñón único, embarazo o anomalías anatómicas. Las opciones terapéuticas incluyen litotricia extracorpórea por ondas de choque, ureteroscopia y nefrolitotomía percutánea, seleccionadas según las características del cálculo y del paciente. Una rápida mirada a estos tratamientos nos ayudara a comprenderlos y recomendarlos. Ejercicios clínicos para que el médico no especializado en esta área se ejercite clínicamente y valore también algunas tomografías y situaciones clínicas comunes que nos ayuden a entrenar nuestras habilidades para el beneficio clínico. El abordaje de la litiasis renal requiere una evaluación integral y la identificación oportuna de criterios de derivación ante el peligro de complicaciones o el discomfor, donde intervenir es solución.

31CM. DEL BISTURÍ AL LÁSER: NUEVOS PARADIGMAS EN LA CIRUGÍA PLÁSTICA MODERNA. Max Eduardo Amaya Guardado. Hospital del Valle, Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, San Pedro Sula, Honduras.

En la presente exposición se pretende analizar críticamente y dar un panorama general de las principales tendencias de tratamiento en cirugía plástica y reconstructiva moderna, se examinan los avances y desafíos metodológicos de cara al futuro, estableciendo una línea de tiempo desde la reconstrucción anatómica hasta la regeneración molecular, enfocándose en la innovación tecnológica y la gestión pre y postoperatoria. También se describe los principales usos de la cirugía robótica en el campo de la microcirugía analizando ventajas y desventajas. Se hace una crítica de la fusión de los elementos tecnológicos como la inteligencia artificial, tanto sus aspectos éticos, gestión y aplicación en la práctica diaria tanto en la planificación de cirugías de mamas y otras cirugías, pero también en la atención

directa de pacientes y la investigación científica; explora cómo la nanomedicina y la biomimética están transformando al superar las limitaciones de los implantes sintéticos tradicionales, aplicación de células madre, se compara el uso de exosomas contra las terapias celulares convencionales (células madre), panorama actual de las terapias génicas en cirugía plástica y sus principales aplicaciones. Se enfatiza en los aspectos éticos de uso de las redes sociales, como TikTok; también se aborda uso de biomateriales avanzados como una solución innovadora para revertir el envejecimiento cutáneo a nivel estructural y funciona y finalmente se hablará de la crisis de los opioides, revelando una falta de consistencia crítica en cómo se calculan y reportan los equivalentes de morfina en la literatura científica de los opioides, revelando una falta de consistencia crítica en cómo se calculan y reportan los equivalentes de morfina en la literatura científica.

32CM. ALIMENTACIÓN EN PACIENTES POSTQUIRÚRGICOS. Marcio Omar Madrid Alvarado. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Salud Pública, Tegucigalpa, Honduras.

El abordaje nutricional en pacientes postquirúrgicos es crucial para la recuperación, reducir complicaciones y mejorar la calidad de vida. La evaluación nutricional preoperatoria, que incluye el análisis de la historia clínica, hábitos alimentarios y factores de riesgo, es fundamental, ya que la desnutrición preexistente aumenta el riesgo de complicaciones postquirúrgicas. El uso de herramientas como el IMC y escalas específicas permite identificar deficiencias nutricionales que deben ser corregidas. Las intervenciones nutricionales deben adaptarse al tipo de cirugía y las condiciones del paciente. En algunos casos, la nutrición enteral es preferida, ya que favorece la absorción de nutrientes y mantiene la integridad del tracto gastrointestinal, mientras que la nutrición parenteral se utiliza cuando la enteral no es posible. La enfermera supervisa estos tratamientos y monitorea signos de intolerancia alimentaria y deshidratación. Además, la educación nutricional es clave para mejorar la adherencia del paciente y acelerar la recuperación, mientras que el apoyo psicosocial ayuda a manejar el estrés y las dificultades emocionales que pueden afectar la alimentación. En conjunto, un manejo nutricional adecuado mejora tanto la recuperación física como la salud mental del paciente postquirúrgico. El paciente que es intervenido en estado de desnutrición tiene mayor riesgo de depleción nutricional en el postquirúrgico, la cual se produce por ingesta calórica inadecuada que juntamente con el estrés metabólico y trauma quirúrgico, aumenta el riesgo de complicaciones postquirúrgicas, incrementa la estancia hospitalaria y la morbimortalidad. El abordaje nutricional en pacientes intervenidos con desnutrición es indispensable para evitar las complicaciones en el postquirúrgico. Una evaluación nutricional protocolizada e individualizada es importante en el contexto hospitalario porque además del tener un efecto positivo en la recuperación del paciente, reduce la estancia hospitalaria, la morbimortalidad y el uso de recursos.

33CM. ENTRE PRESIÓN Y PERFUSIÓN: DECISIONES CLAVES EN EL SOPORTE HEMODINÁMICO DEL PACIENTE CRÍTICO. Judy Enamorado Enamorado. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos, Tegucigalpa, Honduras.

El estado de choque se define como un fallo circulatorio secundario a una injuria aguda, en el cual existe un desbalance entre el aporte y el consumo de oxígeno, generando alteraciones en la homeostasis celular que conducen a fracaso multiorgánico y muerte si no se corrige de manera oportuna. La identificación temprana y la clasificación del tipo de choque —hipovolémico, cardiogénico, distributivo u obstructivo— es fundamental para orientar un tratamiento adecuado. Por lo tanto, el primer paso en la valoración del paciente crítico es determinar el estado de perfusión tisular. La entrega de oxígeno a los tejidos depende principalmente de la presión de perfusión y del transporte global de oxígeno. Por ello, las estrategias de reanimación se enfocan en optimizar estas variables. Parámetros como el lactato sérico y la saturación venosa central de oxígeno constituyen herramientas útiles para evaluar la eficacia de la reanimación. El monitoreo hemodinámico es un pilar esencial en el abordaje del paciente en choque. La integración de variables estáticas y dinámicas, especialmente aquellas que predicen respuesta a fluidos, han demostrado ser superiores para guiar la reanimación. Respecto al tratamiento, la fluidoterapia inicial debe administrarse guiada por objetivos, evitando tanto la hipoperfusión como la sobrecarga hídrica. El uso de vasopresores, siendo la norepinefrina el agente de elección en la mayoría de los casos de choque distributivo, es fundamental para alcanzar una presión de perfusión adecuada. Los inotrópicos deben considerarse en presencia de disfunción miocárdica, con el fin de mejorar la entrega de oxígeno. La corrección de la causa subyacente sigue siendo un principio central del manejo. En conclusión, el soporte hemodinámico en el paciente crítico requiere un enfoque integral, dinámico e individualizado, donde el objetivo no se limita a restaurar cifras de presión arterial, sino a garantizar una perfusión tisular efectiva que permita mejorar los desenlaces clínicos.

34CM. ROL DE LA ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA (POCUS) EN EL PACIENTE CRÍTICO. Nolia Samira Martínez. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos, Tegucigalpa, Honduras.

En estos tiempos el POCUS ha tomado auge en el paciente crítico, se ha convertido en un método diagnóstico más seguro y efectivo; con el avance actual hay equipos portátiles en la que se pueden realizar los estudios a pie de cama, sin necesidad de movilizar un paciente crítico. Los objetivos principales de dicho estudio son para la resucitación del paciente, diagnóstico por ultrasonido, procedimientos ecoguiados y la monitorización terapéutica. Es un método no invasivo, rápido y permite realizar evaluaciones en tiempo real. Durante las últimas décadas se han creado estudios sobre el uso seguro de POCUS en diferentes escenarios. Además de múltiples protocolos como ser

evaluación pulmonar (BLUE), evaluación para paciente con Shock (RACE; FALL; RUSH, BLUE; FALL). Estos protocolos han venido a demostrar utilidad en la evaluación, diagnóstico y detección de patologías que compromete la vida del paciente crítico. Así mismos procedimientos como ser accesos vasculares, paracentesis, toracentesis ecoguiados han venido a disminuir hasta menos del 15% de las complicaciones asociadas a la técnica. En vista de lo anterior se han creado en los últimos tiempos programas para el entrenamiento en el paciente crítico orientado en la ultrasonografía a pie de cama, además se han publicado recomendaciones en POCUS basadas en la evidencia. EL objetivo es fomentar desde los programas de formación de posgrados, además de entrenamiento a médicos especialistas que manejan paciente crítico sobre el uso del POCUS.

35CM. NUTRICIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO. ¿CUÁNDO Y CÓMO INICIAR? Elías García. Hospital Bendaña, Servicio de Medicina Interna y Cuidados Críticos del Adulto, San Pedro Sula, Honduras.

36CM. EL IMPACTO CARDIOVASCULAR DE LOS AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-1 MÁS ALLÁ DE LA DIABETES Y PÉRDIDA DE PESO. Emilio Peralta López. Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Cardiología, Tegucigalpa, Honduras.

37CM. REVOLUCIÓN TERAPÉUTICA EN FALLA CARDIACA: IMPACTO Y EFICACIA DE LOS 4 FANTÁSTICOS. Carlos Ramos. Honduras Medical Center, Tegucigalpa, Honduras.

38CM. MANEJO ACTUAL DE LOS SÍNDROMES CORONARIOS CRÓNICOS: ACTUALIZACIÓN BASADA EN LAS GUÍAS ESC 2024. Haroldo Arturo López García. Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Cardiología, Tegucigalpa, Honduras.

Los síndromes coronarios crónicos (SCC) representan un espectro de manifestaciones clínicas originadas por alteraciones estructurales y funcionales de la circulación coronaria epicárdica y microvascular, capaces de producir isquemia miocárdica transitoria. Las Guías 2024 de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) amplían el concepto tradicional de angina estable, reconociendo que la isquemia no depende exclusivamente de lesiones obstructivas, sino también de vasoespasmo coronario y disfunción microvascular. El abordaje diagnóstico actual recomienda una evaluación escalonada basada en historia clínica, factores de riesgo y probabilidad pretest de enfermedad coronaria obstructiva. La angiogramografía coronaria ha adquirido un papel central en pacientes con probabilidad baja a intermedia, mientras que las pruebas funcionales de estrés, como ecocardiografía, PET, SPECT y resonancia magnética, son fundamentales para documentar isquemia y estratificar riesgo. La coronariografía invasiva continúa siendo el estándar en pacientes con alta sospecha clínica o síntomas refractarios, incorporando además evaluación fisiológica con FFR/iFR y pruebas de vasorreactividad para el diagnóstico de

vasoespasmos y disfunción microvascular. El tratamiento busca aliviar síntomas y reducir eventos cardiovasculares mayores. Las modificaciones del estilo de vida constituyen la base terapéutica, complementadas por antianginosos, antiagregación plaquetaria, estatinas de alta intensidad, inhibidores del sistema renina-angiotensina y nuevas terapias cardiometabólicas como inhibidores SGLT2 y agonistas GLP-1. La revascularización continúa indicada en pacientes seleccionados con anatomía de alto riesgo o síntomas persistentes pese a tratamiento médico óptimo. El manejo moderno de los SCC exige un enfoque individualizado, integral y centrado en el paciente. Palabras clave: síndrome coronario crónico, angina estable, isquemia miocárdica, enfermedad microvascular, revascularización.

39CM. SANGRADO DIGESTIVO ALTO: PRIMERAS HORAS.

Juan Carlos Valle Gonzales. Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Gastroenterología, San Pedro Sula, Honduras.

La hemorragia digestiva alta (HDA) constituye una emergencia gastroenterológica asociada a una morbimortalidad significativa, especialmente en pacientes con comorbilidades. Se define como el sangrado originado proximal al ligamento de Treitz y sus etiologías más frecuentes incluyen la enfermedad úlcero péptica, las várices esofagogástricas, lesiones de Mallory-Weiss y la gastropatía erosiva. Durante el abordaje inicial, el objetivo prioritario es la estabilización hemodinámica e identificación temprana de pacientes de alto riesgo. La evaluación inicial sigue el enfoque sistemático de vía aérea, respiración y circulación. En pacientes con hematemesis masiva, alteración del estado de conciencia o riesgo de aspiración, debe considerarse la protección de la vía aérea. La reposición de volumen se realiza mediante la colocación de dos accesos venosos periféricos y la administración inicial de cristaloides isotónicos. La evaluación analítica inicial debe incluir hemograma completo, perfil de coagulación, función renal y hepática, electrolitos séricos y pruebas de tipificación y compatibilidad sanguínea. Las estrategias transfusionales actuales favorecen un enfoque restrictivo, recomendándose la transfusión de concentrados eritrocitarios cuando la hemoglobina es ≤ 7 g/dL en pacientes hemodinámicamente estables, con umbrales más altos en presencia de cardiopatía isquémica o inestabilidad persistente. El tratamiento farmacológico empírico temprano se inicia antes de la endoscopia. En la sospecha de sangrado no variceal se administran inhibidores de la bomba de protones por vía intravenosa para promover la estabilización del coágulo. Cuando existe sospecha de hemorragia variceal se recomienda iniciar de forma inmediata fármacos vasoactivos (octreótido o terlipresina). La estratificación pronóstica temprana, mediante escalas como Glasgow-Blatchford, permite identificar pacientes con mayor riesgo de intervención, resangrado o mortalidad, optimizando el nivel de monitorización y la priorización endoscópica. La endoscopia digestiva alta temprana, dentro de las primeras 24 horas tras la estabilización, es fundamental para confirmar la etiología del sangrado y permitir la aplicación de terapias hemostáticas endoscópicas dirigidas.

40CM. FALLA HEPÁTICA AGUDA: CUÁNDO DERIVAR Y CÓMO ESTABILIZAR. Raúl Zelaya Ramírez. Hospital del Valle, Centro de Enfermedades Digestivas, San Pedro Sula, Honduras.

La falla hepática aguda (ALF) es un síndrome infrecuente, pero de alta mortalidad, caracterizado por la aparición súbita de ictericia, coagulopatía y encefalopatía en un paciente sin enfermedad hepática previa. Su reconocimiento temprano y la estabilización inicial adecuada son determinantes para decidir la derivación urgente a un centro con capacidad de trasplante hepático. Las etiologías más comunes incluyen intoxicación por paracetamol, hepatitis virales, autoinmunidad, isquemia y daño hepático inducido por fármacos. La evaluación inicial debe identificar criterios de gravedad como INR ≥ 1.5 , progresión rápida de encefalopatía, acidosis, hipoglucemia, insuficiencia renal y elevación de lactato. Sin embargo, en la práctica clínica, muchos pacientes con “falla hepática aguda” no presentan un hígado sano, sino un hígado crónicamente enfermo que sufre un insulto agudo: este cuadro corresponde al síndrome de falla hepática aguda-sobre-crónica (ACLF). El ACLF es frecuente, dinámico y potencialmente reversible si se reconoce dentro de la “golden window” de los primeros siete días. Su fisiopatología combina inflamación sistémica, inmunoparesia, disbiosis intestinal y disfunción bioenergética, lo que conduce rápidamente a fallo multiorgánico. La conferencia aborda de manera integrada la diferenciación entre ALF y ACLF, un aspecto crítico para el internista y el médico general, quienes suelen ser los primeros en evaluar estos pacientes. Se revisan estrategias de estabilización inicial, manejo hemodinámico, control de infecciones, uso de albúmina, vasopresores y criterios de derivación oportuna. Finalmente, se discute el rol del trasplante hepático como única terapia definitiva en casos seleccionados.

41CM. ACTUALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE *HELICOBACTER PYLORI* E INDICACIONES DE TRATAMIENTO. Víctor Hugo Fúnez Madrid. Profesional Independiente, Tegucigalpa, Honduras.

La *Helicobacter Pylori* (HP) es un patógeno común responsable de gran parte de la morbilidad gastrointestinal a nivel mundial. Con un papel crucial en el desarrollo de la enfermedad ácido-péptica, la dispepsia funcional, el cáncer gástrico y el linfoma de tejido linfoide asociado a la mucosa gástrica (MALT); es crítico contar con un abordaje efectivo para su diagnóstico y tratamiento. Existen múltiples pruebas diagnósticas para la identificación de la HP, que se clasifican en invasivas y las no invasivas. Dentro de las primeras, que requieren la realización de endoscopia, se encuentran la histología, de las más utilizadas, con sensibilidad del 91-100%, especificidad 100%; además de la prueba rápida de ureasa, cultivo, Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR); estas pruebas tienen buena especificidad, aunque menor sensibilidad y disponibilidad. En las no invasivas, que evitan la necesidad de la endoscopia, se encuentran la prueba de urea en aliento con sensibilidad del 95%, especificidad del 95%, la

detección de antígeno en heces con sensibilidad del 94%, especificidad del 97% y la serología, no afectada por la hemorragia, antibióticos o Inhibidores de Bomba de Protones (IBPs), pero con la desventaja de su menor sensibilidad y especificidad. Ante la ausencia de un escrutinio universal de HP, se debe identificar qué pacientes son candidatos a beneficiarse de la detección y el tratamiento de esta, que se resumen en: individuos con úlcera gástrica o duodenal, dispepsia no investigada, dispepsia funcional, Linfoma MALT, post-cáncer gástrico temprano, familiares en primer grado de pacientes con cáncer gástrico, púrpura trombocitopénica idiopática, anemia ferropénica (tras excluir otras causas), pobladores de regiones de alta prevalencia de HP y pacientes en tratamiento a largo plazo con aspirina o antiinflamatorios no esteroideos.

42CM. ISGLT-2 EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) NO DIABÉTICA. Dany Alexander Tábora López. Hospital Del Valle, Servicio de Nefrología, San Pedro Sula, Honduras.

Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (ISGLT-2), inicialmente desarrollados para el tratamiento de la diabetes tipo 2, han demostrado beneficios significativos en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) no diabética, cambiando el paradigma del manejo nefroprotector. Estos fármacos, como Dapagliflozina, Empagliflozina y Canagliflozina, actúan inhibiendo la reabsorción de glucosa y sodio en el túbulo proximal. Este mecanismo aumenta la entrega de sodio a la mácula densa, restaurando el feedback túbulo-glomerular, lo que reduce la hiperfiltración glomerular y la presión intraglomerular, mecanismos clave en la progresión de la ERC incluso en ausencia de diabetes. La evidencia clínica proviene principalmente de grandes ensayos como DAPA-CKD y EMPA-KIDNEY. En DAPA-CKD, dapagliflozina redujo aproximadamente 39 % el riesgo de progresión renal, insuficiencia renal terminal o muerte cardiovascular, con beneficios similares en pacientes con y sin diabetes. Por su parte, EMPA-KIDNEY confirmó que empagliflozina disminuye significativamente la progresión de la enfermedad renal y hospitalizaciones cardiovasculares en una población amplia con ERC, incluyendo etiologías no diabéticas como nefropatía hipertensiva, glomerulopatías y enfermedad renal crónica de causa indeterminada. Además del efecto hemodinámico renal, los ISGLT-2 tienen propiedades antiinflamatorias, anti fibróticas y metabólicas, reduciendo estrés oxidativo y daño tubulointerstitial. Clínicamente producen una disminución inicial reversible del filtrado glomerular, seguida de una estabilización más lenta del deterioro renal a largo plazo. Las guías actuales de *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* recomiendan el uso de ISGLT-2 en pacientes con ERC con TFG ≥ 20 ml/min/1.73 m² y albuminuria significativa, independientemente del estado diabético, como parte del tratamiento estándar junto con bloqueo del sistema renina-angiotensina. En conclusión, los ISGLT-2 representan una de las terapias nefroprotectoras más importantes de la última década, con evidencia robusta de beneficio en la ERC no diabética, reduciendo progresión renal, eventos cardiovasculares y mortalidad.

43CM. MÁS ALLÁ DE LA CREATININA: UN ENFOQUE INTEGRAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ERC. René Enmanuel Tábora López¹, Carlos Fernando Madrid Mancía². ¹Hospital del Valle, Servicio de Nefrología, San Pedro Sula, Honduras. ²Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Nefrología, San Pedro Sula, Honduras.

El diagnóstico de la enfermedad renal crónica (ERC) ha dependido tradicionalmente de la medición de la creatinina sérica; pero este marcador presenta limitaciones importantes. La creatinina puede permanecer dentro de rangos normales hasta que se ha perdido cerca del 40–50 % de la función renal, y sus niveles están influenciados por edad, masa muscular, sexo, dieta y estado nutricional. El enfoque moderno propone ir más allá de la creatinina, utilizando una evaluación integral de la función y del daño renal. Las guías *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* recomiendan estimar la tasa de filtración glomerular (TFG) mediante ecuaciones basadas en creatinina, como CKD-EPI equation, y complementar esta evaluación con otros biomarcadores y estudios estructurales. Uno de los pilares del diagnóstico temprano es la albuminuria, evaluada mediante la relación albúmina/creatinina urinaria (ACR). La albuminuria no solo permite detectar daño renal precoz, sino que también es un potente predictor de progresión renal y riesgo cardiovascular. Por esta razón, la clasificación actual de la ERC integra tanto la TFG como el grado de albuminuria (categorías G y A). Nuevos biomarcadores han ampliado la capacidad diagnóstica. La Cistatina C es menos dependiente de la masa muscular y mejora la precisión en la estimación de la TFG, especialmente en pacientes ancianos o con sarcopenia. Otros marcadores emergentes de daño tubular, inflamación o fibrosis renal están siendo investigados para detectar enfermedad renal en etapas tempranas. El diagnóstico integral también incluye evaluación clínica, estudios de imagen renal, sedimento urinario, valoración de factores de riesgo como hipertensión, diabetes, enfermedades autoinmunes o antecedentes familiares. En conclusión, el enfoque moderno de la ERC propone una evaluación multidimensional que combine TFG estimada, albuminuria, biomarcadores alternativos y evaluación clínica estructural, permitiendo un diagnóstico más temprano, mejor estratificación de riesgo y estrategias terapéuticas más oportunas para frenar la progresión de la enfermedad renal.

44CM. ¿CUÁNDO INICIAR DIÁLISIS EN LA LESIÓN RENAL AGUDA? DEBATE ENTRE DIÁLISIS TEMPRANA VS TARDÍA. Ilse Lucía García Ortiz. Hospital y Clínicas Medicentro, Servicio de Nefrología, La Ceiba, Honduras.

La terapia de reemplazo renal (TRR) en la lesión renal aguda (LRA) continúa siendo un tema de debate, particularmente respecto al momento óptimo para iniciar diálisis. Tradicionalmente, el inicio se basaba en indicaciones clínicas clásicas: sobrecarga de volumen refractaria, hiperkalemia grave, acidosis metabólica severa, uremia sintomática (encefalopatía, pericarditis) o complicaciones metabólicas que no responden al manejo médico.

Las guías de Kidney Disease: Improving Global Outcomes recomiendan iniciar TRR de forma urgente cuando existan estas complicaciones potencialmente mortales, y no basarse únicamente en valores de creatinina o nitrógeno ureico. En la última década, varios ensayos clínicos han evaluado la estrategia de inicio temprano versus tardío. El estudio ELAIN Trial sugirió que iniciar diálisis tempranamente en pacientes críticos con LRA estadio 2 podría reducir la mortalidad; sin embargo, estudios posteriores de mayor tamaño, como AKIKI Trial y STARRT-AKI Trial, no demostraron beneficio significativo en mortalidad con el inicio precoz de TRR. Estos estudios mostraron que una estrategia más conservadora o diferida permite que un porcentaje relevante de pacientes recupere la función renal sin requerir diálisis, evitando complicaciones asociadas al procedimiento como hipotensión, infecciones o pérdida de nutrientes. Actualmente, el enfoque más aceptado es individualizar la decisión, considerando la tendencia de la función renal, el balance hídrico, la gravedad del estado clínico, la presencia de disfunción multiorgánica y la probabilidad de recuperación renal. En conclusión, la evidencia reciente sugiere que el inicio rutinario temprano de diálisis en LRA sin indicaciones urgentes claras no mejora la supervivencia, y que una estrategia de vigilancia estrecha con inicio diferido cuando aparezcan complicaciones o deterioro clínico es segura en muchos pacientes. La decisión debe integrarse dentro del contexto clínico global del paciente crítico.

45CM. PRUEBAS DE DETECCIÓN OPORTUNA DE TRASTORNOS DE NEURODESARROLLO. Francisco Antonio Aguilar Pineda. Hospital Aníbal Murillo Escobar, Servicio de Pediatría, Olanchito, Honduras.

Las pruebas de detección son útiles para permitir una valoración integral de todo recién nacido, a pesar de que los intereses de seguimiento del paciente pediátrico durante sus primeros años van dirigido a su peso y talla, se debe tomar el tiempo para valorar detalladamente a partir cómo va el desarrollo neurológico. A pesar de que muchos recién nacidos no hay factores de relevancia o riesgo durante el embarazo o parto, muchos recién nacidos presentan transitoriamente o permanente algún grado de retraso en sus habilidades de lenguaje, motor, cognitivo, sensorial y socioafectiva; el detectar tempranamente problemas de neurodesarrollo nos permitirá realizar medidas terapéuticas/intervenciones para mejorar el pronóstico a largo plazo de estos. Antes de iniciar la consulta, es importante conocer la mayoría de los antecedentes relevantes en el embarazo y parto y conocer su edad gestacional al nacimiento. Una vez establecido estos datos, se debe seguir de forma detallada cuales son las habilidades o "hitos de desarrollo" para la edad en este momento de la consulta. Existe test o pruebas ya preestablecidas que nos permiten ir valorando de forma rápida como sigue su desarrollo. Hay una gran variedad de pruebas de desarrollo que pueden ser realizados por cualquier personal de salud; dos de estas que son accesibles y prácticas son la prueba de Denver y Haizea-Llevant, estas pruebas al ser aplicadas y evaluadas al inicio de la consulta nos permiten determinar si

hay afectaciones que pueda requerir algún tipo de intervención para mejorar el pronóstico neurológico y referencia oportuna para sus respectivas valoraciones.

46CM. ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO: PASOS CRÍTICOS QUE SALVAN VIDAS. Mérida de Jesús Galeas. Hospital del Valle, Servicio de Cuidados Intensivos Neonatales, San Pedro Sula, Honduras.

47CM. ESTRATEGIAS PARA FAVORECER LA ESTABILIDAD Y MADURACIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO. Conny Madrid. Profesional Independiente, San Pedro Sula, Honduras.

48CM. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER INFANTIL. Sergio Daniel Quintanilla. Hospital General Atlántida, Servicio de Hemato-oncología Pediátrica, La Ceiba, Honduras.

En Honduras, cada día se diagnostica un niño con cáncer. El cáncer infantil constituye la segunda causa de muerte en el grupo menores de edad entre los 5 y 15 años, precedido solo por los accidentes. Con los protocolos de tratamiento actuales, se cura aproximadamente el 65% de los niños con cáncer, por lo que los esfuerzos actuales van dirigidos a lograr el incremento de la sobrevivencia, disminuir la toxicidad en los tratamientos, disminuir las secuelas a largo plazo, ofreciendo mejor calidad de vida en los sobrevivientes. Para alcanzar estos objetivos, es necesario intervenir en el factor que ha demostrado ser de gran importancia ante la aparición de cáncer en la población infantil: La detección temprana. Al inicio, el cáncer se puede presentar con síntomas y signos inespecíficos, por lo que es necesario sospecharlo para poder identificarlo. En algunos estudios se han evidenciado factores asociados al retraso de la búsqueda de asistencia médica, como falsas creencias, falta de cobertura cercana de atención primaria, tratamientos alternativos, recursos limitados (pobreza). Pero existen también factores que pueden prolongar el tiempo de acceso del paciente a un servicio donde se pueda realizar un abordaje diagnóstico, y que son responsabilidad de personal de salud, factores como el retraso médico en derivar al paciente de forma oportuna, ya sea por la falta de entrenamiento, desconocimiento o falta de recursos. Se destaca la importancia de reconocer los 12 síntomas relacionados al cáncer infantil, además de implementar estrategias, uso de herramientas y servicios de apoyo disponibles para la referencia oportuna ante la sospecha de cáncer en niños.

49CM. DETECCIÓN TEMPRANA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN NIÑOS. Rubén Arturo Galeas. Hospital del Valle, Servicio de Nefrología Pediátrica, San Pedro Sula, Honduras.

50CM. ¿Y SI EL PROBLEMA SOMOS NOSOTROS? LOS ERRORES QUE SIGUEN DAÑANDO A NUESTROS PACIENTES RENALES. Jorge Alberto Díaz. Hospital CEMESA, Servicio de Nefrología Pediátrica, San Pedro Sula, Honduras.

51CM. ABORDAJE DE ANEMIAS EN EL CONSULTORIO. Sergio Daniel Quintanilla Almendarez. Hospital General Atlántida, Servicio de Hemato-oncología Pediátrica, La Ceiba, Honduras.

La anemia constituye un motivo de consulta frecuente en el consultorio médico. Es un problema de salud prevalente en Honduras, en estudios se ha encontrado hasta en 30% de los niños. Millones de personas presentan anemia en todo el mundo, y se estima que el 50% de los casos se deben a la deficiencia de hierro. El impacto de la anemia es negativo en el desarrollo psicomotor y, aun corregida, a largo plazo, produce un menor desempeño en las áreas cognitiva, social, emocional, alteración del rendimiento escolar, y menor productividad en la vida adulta. A nivel de sociedad, afecta a los sectores de educación, empleo, producción, agricultura, y genera costos elevados en el sector salud. La OMS calcula que a nivel mundial son anémicos un 42% de los niños menores de 5 años y un 40% de las embarazadas, quienes pueden presentar complicaciones para la madre y el feto o neonato, tanto a corto como a largo plazo. Los ancianos también son población en riesgo para anemia; además, en estudios se ha demostrado la anemia en los atletas, especialmente las mujeres y los atletas de resistencia, asociada a deficiencia de hierro. Por lo anterior es importante realizar un diagnóstico y un tratamiento adecuado para la anemia por falta de hierro. El otro 50 % de las anemias que no son por ferropenia, necesitará un abordaje más amplio y a veces costoso. Por ello, al evaluar al paciente que asiste al consultorio, es mandatorio realizar una evaluación integral del paciente, teniendo como base una buena historia clínica y un examen físico completo, la cual nos orientará a sospechar la causa de la anemia y solicitar las pruebas pertinentes de forma dirigida. De esta forma, una vez realizado el diagnóstico, poder implementar las intervenciones necesarias para la corrección de la anemia.

52CM. DENUNCIAR O SER DENUNCIADO: CONOCIENDO EL TRIBUNAL DE HONOR. Eliar Carranza. Hospital Juan Manuel Gálvez, Servicio de Pediatría, Gracias, Honduras.

53CM. LITIASIS EN PEDIATRÍA: DE LO MÉDICO A LO QUIRÚRGICO. Alejandro José Bustillo. Hospital y Centro Urológico Hondureño, Servicio de Urología Pediátrica, Tegucigalpa, Honduras.

54CM. ABORDAJE PARA HIDRONEFROSIS: LOS PRIMEROS 5 AÑOS DE VIDA. Alejandro José Bustillo. Hospital y Centro Urológico Hondureño, Servicio de Urología Pediátrica, Tegucigalpa, Honduras.

55CM. EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PACIENTE UROGINECOLÓGICA. Kristian Emilio Navarro Salomón. Hospital Honduras Medical Center, Servicio de Uroginecología, Tegucigalpa Honduras.

La evaluación clínica de la paciente uroginecológica constituye un proceso integral orientado a identificar alteraciones del

piso pélvico, disfunciones urinarias, anorrectales y trastornos del soporte genital. El abordaje inicia con una historia clínica detallada que explore síntomas como incontinencia urinaria, urgencia, frecuencia, dolor pélvico, sensación de bulto vaginal, dificultad evacuatoria y antecedentes obstétricos o quirúrgicos. La anamnesis debe incluir factores de riesgo como multiparidad, menopausia, enfermedades crónicas, hábitos miccionales y calidad de vida afectada. El examen físico se realiza con la paciente en posición ginecológica, valorando la anatomía vulvar, integridad de mucosas, presencia de prolapsos y tono del piso pélvico. Se recomienda la clasificación del prolapso mediante el sistema POP-Q para una descripción estandarizada. La evaluación funcional incluye maniobras para valorar fuerza muscular, reflejos perineales y pruebas de esfuerzo para identificar pérdidas urinarias. En casos seleccionados, se complementa con estudios como análisis de orina, medición de residuo posmiccional, urodinamia, ecografía pélvica o transperineal, según la sospecha clínica. La integración de hallazgos permite establecer un diagnóstico preciso y orientar el plan terapéutico, que puede incluir medidas conservadoras, fisioterapia del piso pélvico, farmacoterapia o intervención quirúrgica. Una evaluación clínica adecuada es fundamental para individualizar el manejo, optimizar resultados y mejorar la calidad de vida de las pacientes, considerando siempre un enfoque multidisciplinario y centrado en la mujer.

56CM. DOLOR PÉLVICO CRÓNICO. Kristian Emilio Navarro Salomón. Hospital Honduras Medical Center, Servicio de Uroginecología, Tegucigalpa, Honduras.

El dolor pélvico crónico es una condición compleja y multifactorial que afecta de manera significativa la calidad de vida de las mujeres, caracterizándose por dolor en la región pélvica con una duración mayor a seis meses y con impacto funcional, emocional y social. Su evaluación clínica requiere un enfoque integral que considere factores ginecológicos, urológicos, gastrointestinales, musculoesqueléticos y psicológicos. La historia clínica debe explorar características del dolor, factores desencadenantes, relación con el ciclo menstrual, antecedentes quirúrgicos, obstétricos, infecciones previas y comorbilidades. Asimismo, es fundamental indagar sobre el impacto en la vida sexual, el sueño, el estado emocional y las actividades diarias. El examen físico incluye la inspección abdominal, palpación para identificar puntos gatillo, evaluación del tono y sensibilidad del piso pélvico, así como la valoración ginecológica para detectar masas, movilidad uterina anormal, dolor a la movilización cervical o signos de endometriosis. La exploración musculoesquelética permite identificar disfunciones miofasciales o alteraciones posturales que contribuyen al cuadro clínico. Los estudios complementarios se solicitan según la sospecha clínica e incluyen ecografía.

57CM. MANEJO DE NIC 2 EN ADOLESCENTES. Miguel Ángel Crespín Beltrán. Liga Contra el Cáncer, San Pedro Sula, Honduras.

58CM. EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA. Kristian Emilio Navarro Salomón. Honduras Medical Center, Servicio de Uroginecología, Tegucigalpa, Honduras.

La evaluación clínica de la incontinencia urinaria es un proceso fundamental para establecer el tipo de disfunción, su severidad y el impacto en la calidad de vida de la paciente. El abordaje inicia con una historia clínica detallada que explore la frecuencia de los episodios de pérdida urinaria, circunstancias en las que ocurren, duración de los síntomas, factores desencadenantes, uso de protectores, antecedentes obstétricos, cirugías previas, enfermedades crónicas y medicamentos que puedan influir en la función vesical. También es esencial indagar sobre hábitos miccionales, ingesta de líquidos, consumo de cafeína, estreñimiento y afectación emocional o social. El examen físico incluye la inspección abdominal, evaluación del piso pélvico, valoración del tono muscular, presencia de prolapsos y maniobras como la prueba de esfuerzo para documentar pérdidas urinarias. La exploración ginecológica permite identificar condiciones asociadas como atrofia vaginal, hipermovilidad uretral o masas pélvicas. La medición del residuo posmiccional aporta información sobre la eficiencia del vaciamiento vesical. Los estudios complementarios se solicitan según la sospecha clínica e incluyen análisis de orina, urocultivo, diario miccional, pruebas urodinámicas y estudios de imagen como ecografía pélvica o transperineal. La integración de los hallazgos permite clasificar la incontinencia en sus principales tipos: de esfuerzo, de urgencia, mixta, por rebosamiento o funcional, lo cual orienta el manejo terapéutico. Una evaluación clínica completa y sistemática es esencial para establecer un diagnóstico preciso y diseñar un plan de tratamiento individualizado que mejore la función urinaria y la calidad de vida de las pacientes.

59CM. EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN HONDURAS DESAFÍOS Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN. Doria Carrasco. Hospital Dime, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

60CM. CANDIDIASIS VULVO-VAGINAL: CUANDO LA RECURRENCIA ES EL PROBLEMA. Miguel Ángel Crespín Beltrán. Liga Contra el Cáncer, San Pedro Sula, Honduras.

La candidiasis vulvovaginal recurrente representa uno de los mayores desafíos clínicos en la práctica ginecológica actual debido a su alta frecuencia, impacta en la calidad de vida y creciente resistencia antifúngica. Se define como la presencia de cuatro o más episodios en un año y afecta aproximadamente al 5–8 % de las mujeres en edad reproductiva. Aunque *Candida albicans* continúa siendo la especie predominante, el aumento de especies no albicans como *Candida glabrata* y *Candida krusei* ha modificado los enfoques diagnósticos y terapéuticos. El diagnóstico clínico aislado presenta importantes limitaciones, por lo que se recomienda confirmar los casos mediante microscopía, cultivo o pruebas moleculares. La automedicación y el uso repetido de antifúngicos sin identificación microbio-

lógica favorecen la resistencia y perpetúan las recurrencias. En esta conferencia se revisarán los principales mecanismos fisiopatológicos involucrados, haciendo énfasis en la formación de biofilm como factor clave de persistencia, virulencia y resistencia terapéutica. Asimismo, se discutirán los factores predisponentes más relevantes, incluyendo diabetes mellitus, alteraciones hormonales, uso indiscriminado de antibióticos y desequilibrios de la microbiota vaginal. Se abordará el manejo clínico actualizado según la especie identificada, incluyendo esquemas de inducción y mantenimiento con fluconazol, así como alternativas terapéuticas para especies resistentes. Finalmente, se presentarán errores frecuentes en la práctica clínica, casos ilustrativos y recomendaciones basadas en guías internacionales para optimizar el abordaje integral de estas pacientes. El objetivo es promover una visión más personalizada y racional del tratamiento, enfocada no solo en erradicar el hongo, sino en prevenir la recurrencia y mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas.

61CM. ESTATUS DE ABDOMEN ABIERTO EN OBSTETRICIA. Carlos Eduardo Raudales Martínez. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

Los antecedentes históricos del estatus manejo de abdomen abierto, se remontan al año de 1935, cuando Sperling and Wagensteen notificaron el empleo de esta técnica quirúrgica, para prevenir el síndrome compartimental abdominal, el manejo del abdomen abierto en obstetricia implica hoy en día manejo multidisciplinario, ofreciendo una evolución terapéutica satisfactoria, es una técnica quirúrgica, actualmente indicada en el manejo de sepsis abdominal severa, cirugía de control de daños, síndrome compartimental abdominal, cierre de la pared abdominal a tensión, pérdida masiva de la pared abdominal. El manejo de la paciente con condiciones abdominales que no se pueden resolver en una primera intervención, ha tenido una evolución progresiva desde inicios de siglo. Las intervenciones posibles van desde cerrarlos de inicio, hasta el manejo totalmente abierto, que permite reingresar al abdomen en forma repetida incluso en la misma unidad de cuidado intensivo de acuerdo a la condición del enfermo. Dentro de estas técnicas quirúrgicas aparece una medicina que se emplea en las unidades de cuidados intensivos que ayudan a tomar decisiones, la presión intraabdominal (PIA) es un parámetro hemodinámico que desde su aparición ha ido cobrando importancia, la medición de la PIA es modalidad de monitoreo hemodinámico en el enfermo en estado crítico, porque su elevación se relaciona con hipertensión intraabdominal y síndrome compartimental abdominal, siendo este último el que se asocia con incremento significativo en la morbilidad y mortalidad en las unidades de cuidados intensivos. Existen diferentes técnicas para el manejo del abdomen abierto Bolsa de Bogotá, Vacuum Pack, Cierre de sólo la piel, Towel-clip, Bolsa de polietileno y piel, Material protésico, Parche de Wittman, utilización de técnica de bolsa MALA (Mayor Absorción de Líquido Abdominal) sistema de presión negativa, el manejo del abdomen abierto

implica hoy en día una oportunidad quirúrgico-terapéutica en las diferentes áreas médicas ofreciendo una revolución terapéutica satisfactoria.

62CM. HEMORRAGIA OBSTÉTRICA. Wendy Navarro. Profesional Independiente, Honduras.

63CM. MANEJO HEMODINÁMICO DE CHOQUE HIPOVOLÉMICO-HEMORRÁGICO. Carlos Eduardo Raudales Martínez. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

La hemorragia obstétrica es una de las causas principales de morbimortalidad materna en el mundo, especialmente en los países en vías de desarrollo, en los países desarrollados es causa de preocupación creciente, esto se evidencia cuando la hemorragia genera pérdida de los principales mecanismos de autorregulación del cuerpo generando choque hipovolémico hemorrágico. En la literatura se incorporan múltiples definiciones técnicas de hemorragia, sin embargo excluyen grupos etarios prioritarios, con esto se validan múltiples recomendaciones para tratar de poner fin a las muertes por hemorragia post evento obstétrico, dentro de las múltiples complicaciones se presenta problemas de coagulación, ingreso a unidades de cuidados intensivos, poli transfusiones, y la cirugía adicional, lesiones renales, acidosis metabólicas que empeoran la salud de las mujeres debido a la falta de reconocimiento y atención temprana de la hemorragia. El estado de hipoperfusión orgánica que produce disfunción y daño celular. Los mecanismos pueden incluir disminución del volumen circulante, disminución del gasto cardíaco y vasodilatación, a veces con derivación de sangre para evitar los lechos capilares de intercambio. Los síntomas incluyen alteración del estado mental, taquicardia, hipotensión y oliguria. El diagnóstico es principalmente clínico, basado en una combinación característica de signos y síntomas incluyendo hipotensión, taquicardia, taquipnea, oliguria y obnubilación; nos valemos de marcadores de hipoperfusión tisular; lactato sanguíneo, déficit de bases. El tratamiento consiste en reanimación con hemoderivados, corrección del trastorno subyacente y vasopresores, el defecto fundamental del shock es la reducción de la perfusión de los tejidos vitales. Una vez que la perfusión disminuye y el aporte de oxígeno a las células es insuficiente para el metabolismo aeróbico, las células pasan al metabolismo anaeróbico, con una mayor producción de dióxido de carbono y niveles elevados de lactato en sangre. La función celular se deteriora y, si el shock persiste, se produce daño celular irreversible y muerte.

64CM. ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE. Doria Carrasco. Hospital Dime, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

65CM. SEPSIS EN EL EMBARAZADO. Wendy Carrasco. Profesional Independiente, Honduras.

66CM. ABORDAJE DEL VÉRTIGO EN ATENCIÓN PRIMARIA. Dinora Alemán Portillo. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Otorrinolaringología, Tegucigalpa, Honduras.

El vértigo es un motivo frecuente de consulta en atención primaria y forma parte del grupo de síntomas englobados dentro del mareo. Se define como la sensación ilusoria de movimiento rotatorio del entorno o del propio cuerpo. Desde el punto de vista clínico, uno de los objetivos más importantes en la evaluación inicial es diferenciar entre vértigo de origen periférico y vértigo de origen central, ya que esta distinción tiene implicaciones diagnósticas y pronósticas relevantes. La mayoría de los casos de vértigo en el primer nivel de atención corresponden a etiologías periféricas, entre las que destacan el vértigo posicional paroxístico benigno, la neuritis vestibular y la enfermedad de Ménière. Estos cuadros suelen caracterizarse por inicio agudo, vértigo intenso que puede empeorar con los movimientos de la cabeza, presencia de nistagmo horizontal o rotatorio y ausencia de déficit neurológico focal. Además, con frecuencia se identifican desencadenantes posicionales o síntomas auditivos asociados. En contraste, el vértigo de origen central se relaciona con alteraciones del sistema nervioso central, particularmente del tronco encefálico o del cerebelo. Entre las causas más importantes se encuentran los eventos cerebrovasculares de la circulación posterior, esclerosis múltiple y tumores. Estos pacientes pueden presentar signos neurológicos acompañantes, ataxia marcada, nistagmo vertical o cambiante y menor relación con cambios posicionales. La historia clínica detallada y el examen físico dirigido son herramientas fundamentales para orientar el diagnóstico. La evaluación de la duración de los episodios, los factores desencadenantes y la presencia de síntomas neurológicos permite establecer una sospecha diagnóstica inicial. La identificación temprana de signos de alarma que sugieran una etiología central es esencial, ya que estos casos requieren evaluación urgente y estudios complementarios. En la mayoría de los pacientes, una valoración clínica sistemática permite distinguir entre causas periféricas benignas y cuadros potencialmente graves que requieren atención especializada.

67CM. ABORDAJE DE LA DISFONÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. Ana Gabriela Muñoz Rodríguez. Hospital del Valle, Servicio de Otorrinolaringología, San Pedro Sula, Cortés.

La disfonía se define como una alteración en la calidad, tono, intensidad o esfuerzo vocal secundaria a trastornos funcionales, estructurales o neurológicos de la laringe. Representa un motivo frecuente de consulta en atención primaria y otorrinolaringología. Estudios poblacionales muestran una prevalencia puntual cercana al 7.5% y una prevalencia a lo largo de la vida de aproximadamente 29% en adultos, lo que equivale a cerca de uno de cada trece pacientes evaluados en atención primaria con síntomas actuales de disfonía. Desde el punto de vista etiológico, los trastornos de la voz se clasifican en tres grandes categorías: estructurales orgánicos (nódulos vocales,

pólipos, edema de Reinke), neurogénicos (parálisis de cuerdas vocales, disfonía espasmódica) y funcionales, como la disfonía por tensión muscular, asociada a un uso ineficiente del aparato fonador sin alteraciones anatómicas demostrables. En atención primaria, el abordaje inicial se basa en una anamnesis dirigida y examen físico. Deben evaluarse duración del síntoma, factores de riesgo (tabaquismo, alcohol, exposición ocupacional, uso profesional de la voz), infecciones respiratorias recientes y síntomas asociados como disfagia, odinofagia, pérdida de peso o hemoptisis. Las guías clínicas recomiendan que la disfonía persistente por más de dos a cuatro semanas sea evaluada mediante laringoscopia para descartar patología laríngea estructural o neoplásica. El manejo inicial incluye medidas conservadoras como reposo vocal relativo, hidratación adecuada, suspensión de irritantes laríngeos y educación sobre higiene vocal. La evidencia sugiere que la terapia de voz dirigida por foniatría es eficaz en disfonías funcionales y en lesiones benignas relacionadas con sobreuso vocal. En contraste, no se recomienda el uso rutinario de antibióticos ni corticosteroides sistémicos en ausencia de indicación específica. Un enfoque sistemático en atención primaria permite identificar factores etiológicos modificables, iniciar intervenciones basadas en evidencia y garantizar la derivación oportuna al especialista cuando exista disfonía persistente o signos de alarma.

68CM. HIPOACUSIA SÚBITA. Jesús Aguilar. Hospital La Policlínica, Servicio de Otorrinolaringología, Tegucigalpa, Honduras.

69CM. ROL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL STROKE. Delmy Susana Padilla Muñoz. Hospital y Clínicas Medicentro, Servicio de Radiología, La Ceiba, Honduras.

La Resonancia Magnética es la herramienta con mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico del ataque cerebrovascular o stroke isquémico agudo, superando a la tomografía computarizada en la detección temprana de lesiones. Su rol principal se centra en la selección precisa de pacientes para terapias de reperfusión y la diferenciación de patologías imitadoras de isquemia cerebral. El uso de protocolos cortos de resonancia magnética permite obtener información crítica en minutos. La detección precoz mediante el uso de la secuencia de difusión, puede identificar cambios isquémicos casi de inmediato, a los pocos minutos de iniciado el evento: la secuencia de flair permite el diagnóstico, si el evento ocurrió entre 4 a 5 horas y la combinación de difusión-perfusión permite identificar la penumbra isquémica, que es el tejido cerebral que aún es potencialmente recuperable mediante tratamiento oportuno y selectivo. Diagnóstico diferencial, la Resonancia Magnética es superior para descartar otras causas de síntomas neurológicos, como tumores, infecciones y detectar microhemorragias cerebrales. Aunque la tomografía sigue siendo la prueba inicial más común por su rapidez y disponibilidad, la Resonancia Magnética ofrece ventajas superiores, en cuanto a sensibilidad inicial, evaluación de tejidos blandos; y desventajas en cuanto a la

accesibilidad; contraindicaciones en pacientes con marcapasos e implantes metálicos. Su mayor recomendación e indicación en pacientes con Stroke de tiempo desconocido, para guiar la trombólisis, en pacientes candidatos para trombectomía con síntomas de inicio de más de 24 horas, pacientes pediátricos para evitar radiación y en pacientes embarazadas que ameriten una evaluación neurológica rápida y obtener tratamiento oportuno.

70CM. INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y SU ROL EN LA RADIOLOGÍA. Brenda Carolina Larios Agüero. Hospital y Clínicas Medicentro, Servicio de Radiología, La Ceiba, Honduras.

La inteligencia artificial (IA) su definición: campo dentro de las ciencias informáticas centrado en la creación de soluciones capaces de realizar tareas que normalmente se asocian con la inteligencia humana. Es un campo en rápido crecimiento que influye en la forma en que practicamos la medicina, se ha convertido en uno de los temas más destacados en medicina, pero específicamente en la especialidad de radiología, probablemente por su estrecha relación con los avances tecnológicos. En la actualidad se han desarrollado varias herramientas de IA que comercialmente están disponibles para uso clínico, la validación de estos algoritmos en entornos de práctica clínica regionales es fundamental. Algunos ejemplos de la aplicación de la IA en radiología incluye: Clasificación: entrenar un modelo capaz de categorizar imágenes; Detección: el objetivo de estos algoritmos es identificar "objetos" anatómicos o patológicos dentro de una imagen; Segmentación: tarea de dividir los píxeles de una imagen en múltiples regiones o segmentos; Mejora de imagen: los modelos de aprendizaje profundo pueden entrenarse para realizar tareas que mejoran la calidad de la imagen; facilitar el flujo de trabajo radiológico digital, desde la programación de citas de pacientes hasta la comunicación de resultados, priorizar casos por nivel de urgencia y automatizar protocolos radiológicos. La identificación y el conocimiento de las fortalezas y debilidades de esas herramientas son clave para la implementación segura y eficaz de aplicaciones de IA en la práctica clínica-radiológica.

71CM. NEUROINTERVENCIÓN: ¿DEL POR QUÉ AL CÓMO? Javier Lagos Servellón. Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Neurología, San Pedro Sula, Honduras.

La enfermedad cerebrovascular constituye la segunda causa de muerte y la principal causa de discapacidad a nivel mundial, concentrando cerca del 89% de los casos en países de ingresos bajos y medianos. En Honduras, la mortalidad intrahospitalaria por ictus en centros públicos oscila entre 35% y 55%, con tasas de discapacidad severa de hasta 35%. Se estima que entre 10% y 15% de los pacientes con ictus isquémico y hasta 65% de aquellos con ictus hemorrágico pueden requerir intervenciones neurovasculares especializadas. Ante esta necesidad, se estableció la Sala de Hemodinamia del Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, iniciando en junio de 2025 la atención neurointervencionista continua para patologías neurovasculares agudas y electivas mediante el uso de un brazo en C. Hasta julio de 2026

se habían realizado aproximadamente 220 procedimientos, de los cuales cerca de la mitad correspondieron a tratamientos endovasculares. Se presenta la experiencia inicial del programa, incluyendo casos de trombectomía mecánica en ictus isquémico por oclusión de gran vaso, angioplastia y colocación de stents carotídeos. Asimismo, se describen procedimientos realizados en pacientes con ictus hemorrágico y otras patologías neurovasculares, incluyendo diagnóstico angiográfico y tratamiento de aneurismas cerebrales mediante embolización con coils, stents intracraneales y dispositivos diversores de flujo. Todos los casos fueron seleccionados siguiendo criterios basados en la mejor evidencia científica disponible y discutidos por equipos multidisciplinarios. Los resultados obtenidos demuestran la factibilidad de implementar neurointervencionismo en el sistema público hondureño, incluso en un entorno con recursos limitados. La consolidación y expansión de estos servicios representa una estrategia fundamental para reducir la mortalidad y discapacidad asociadas a la enfermedad cerebrovascular en Honduras.

72CM. TROMBECTOMÍA MECÁNICA: LA NUEVA ERA DEL TRATAMIENTO DEL EVENTO VASCULAR CEREBRAL.

Javier Lagos Servellón. Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Neurología, San Pedro Sula, Honduras.

La trombectomía mecánica (TM) para el ictus isquémico por oclusión de grandes vasos representa uno de los avances terapéuticos más relevantes en la medicina moderna. El ictus isquémico es la segunda causa de muerte y la principal causa de discapacidad a nivel mundial, con cerca del 90% de los casos en países de ingresos bajos y medios. En Honduras se estiman aproximadamente 28,000 casos de ictus anuales, equivalentes al 10.4% de todas las muertes. Se calcula que alrededor del 25% de estos pacientes podrían beneficiarse de la TM, con una reducción significativa en mortalidad y discapacidad a largo plazo. A pesar de su eficacia, el acceso a esta terapia ha sido limitado. Desde 2023 se han implementado estrategias de manejo del ictus basadas en evidencia, y desde junio de 2025 la trombectomía mecánica está disponible en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, centro que atiende cerca de 500 casos de ictus al año. La experiencia inicial en el sistema público demuestra que la implementación de la TM es factible, apoyada en protocolos nacionales y en la disponibilidad progresiva de insumos. Su impacto poblacional dependerá de la consolidación de centros de ictus, la formación de personal especializado y el financiamiento sostenido.

73CM. IMPLICACIONES DEL AUTODIAGNÓSTICO MEDIANTE USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN PSIQUIATRÍA.

Héctor Armando Velásquez Ramírez. Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, Servicio de Psiquiatría, Tegucigalpa, Honduras.

La inteligencia artificial, que se caracteriza por ser una simulación de procesos de inteligencia humana a través de sistemas informáticos en máquinas, se ha vuelto cada vez más frecuente en el campo de la salud mental. Las aplicaciones con

inteligencia artificial han evolucionado en brindar diagnósticos, síntomas, pronóstico y psicoeducación. Con el crecimiento de la inteligencia artificial el potencial de autodiagnóstico en línea de trastornos psiquiátricos por parte de la población en general se ha incrementado considerablemente. Los beneficios estudiados que provee la inteligencia artificial incluyen comodidad, control, reducción del tiempo de espera para una cita y acceso en cualquier momento. Además, la inteligencia artificial puede utilizarse como medio para prestar atención en zonas con difícil acceso a servicios de salud. Entre los riesgos del uso de inteligencia artificial incluyen promover el autodiagnóstico para síntomas leves o temporales el cual conduce a tratamientos innecesarios y costosos. Un autodiagnóstico incorrecto podría brindar una falsa tranquilidad y retrasar la búsqueda de un diagnóstico oportuno. El autodiagnóstico en línea elimina la comunicación no verbal y el examen mental que son herramientas que ayudan al psiquiatra a formular una impresión diagnóstica. La evaluación psiquiátrica requiere habilidades como establecer una buena relación, empatía, formar vínculos con el paciente y escucha activa. Se han planteado preocupaciones en torno a la seguridad y privacidad de la información personal que se provee en línea. Además, quienes se auto diagnostican pueden desconocer que los síntomas de muchas afecciones médicas no psiquiátricas pueden imitar o se traslapan con patologías psiquiátricas. El diagnóstico de un trastorno psiquiátrico es un proceso complejo que requiere razonamiento clínico, experiencia, exámenes, escalas y conocimiento.

74CM. INFECCIÓN URINARIA RECURRENTE. Diana Varela Bustillo. Hospital Escuela, Departamento de Infectología, Tegucigalpa, Honduras.

Una Infección urinaria recurrente (ITUR) se define por la presentación de 2 o más episodios en 6 meses o más de 3 episodios en un año. Puede ser una reinfección cuando aparece tras haberse confirmado la erradicación del germen causal, al menos 2 semanas después del primer episodio. Es la presentación más frecuente y se asocia a factores de riesgo conductuales. Es una recaída cuando es a causa del mismo germen, aparece en un intervalo más corto y sugiere persistencia; puede asociarse a litiasis o absceso renal. Las ITUR son más frecuentes en mujeres que en hombres. En mujeres jóvenes los factores de riesgo son actividad sexual, uso de espermicidas, o una nueva pareja. En mujeres posmenopáusicas se asocia a déficit de estrógenos, incontinencia urinaria secundaria a condiciones como cistocele o histerocele, o a residuo posmiccional por vejiga neurogénica. En los hombres se presentan con más frecuencia después de los 50 años, asociados a hiperplasia prostática benigna. Otros factores de riesgo son diabetes, malformaciones del tracto urinario, uso de sonda vesical, o inmunosupresión. El principal microorganismo aislado es *Escherichia coli*, sin embargo, también se aíslan otras bacterias gram negativas como especies de *Klebsiella* y *Proteus*, o especies del género *Enterococcus*. En el diagnóstico es mandatorio confirmar en primer lugar la presencia de síntomas como disuria, poliaquiuria y fiebre, para no confundir el cuadro con una bacteriuria asintomática,

y siempre solicitar el examen general de orina y un urocultivo para determinar el agente causal y su perfil de resistencia. El tratamiento debe ser guiado por el resultado del urocultivo, utilizando como primera línea antibióticos con bajo potencial de resistencia como la nitrofurantoina o fosfomicina, además de implementar medidas preventivas, y si está indicada, la profilaxis antimicrobiana por 3 a 6 meses.

75CM. ACTUALIZACIÓN PRÁCTICA EN SEPSIS Y CHOQUE SÉPTICO: LO QUE EL MÉDICO DEBE SABER. Alex Cardona. Hospital del Valle, Servicio de Infectología, San Pedro Sula, Honduras.

76CM. RESISTENCIA BACTERIANA: IMPACTO CLÍNICO, ¿CÓMO PREVENIRLO DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN? Alex Cardona. Hospital del Valle, Servicio de Infectología, San Pedro Sula, Honduras.

77CM. ABORDAJE INICIAL DE LA ANEMIA EN EL ADULTO: ENFOQUE PRÁCTICO. Raquel Martínez. Hospital CEMESA, Servicio de Hematología, San Pedro Sula, Honduras.

78CM. MANEJO DE LA SANGRE, DEL PACIENTE, TRANSFUSIÓN SEGURA Y USO RACIONAL DE HEMODERIVADOS. Jennifer Nataly Duarte. Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Hematología, San Pedro Sula, Honduras.

La transfusión de hemoderivados constituye una de las intervenciones más utilizadas en la práctica hospitalaria moderna. Se estima que hasta el 10 % de los pacientes hospitalizados reciben al menos una transfusión, y diversos estudios han demostrado que entre 20 % y 40 % de estas transfusiones pueden ser potencialmente inapropiadas. La exposición innecesaria a hemoderivados se asocia con riesgos clínicos relevantes, incluyendo reacciones transfusionales, sobrecarga circulatoria asociada a transfusión e inmunomodulación, además del impacto en los costos y en la disponibilidad de un recurso limitado. En este contexto, el Patient Blood Management (PBM) ha emergido como una estrategia multidisciplinaria basada en evidencia orientada a optimizar el manejo de la sangre del paciente y reducir la exposición innecesaria a transfusiones. Este modelo se fundamenta en tres pilares principales: la optimización de la masa eritrocitaria, la disminución de las pérdidas sanguíneas y la mejoría de la tolerancia fisiológica a la anemia. La implementación de programas de PBM ha demostrado reducir el uso de hemoderivados hasta en 30–40 %, así como disminuir complicaciones relacionadas con la transfusión, estancia hospitalaria y costos institucionales, sin afectar negativamente los resultados clínicos. En esta conferencia se revisarán los fundamentos del PBM y su impacto en la seguridad transfusional, así como estrategias prácticas para su implementación en la práctica clínica. De manera complementaria, se abordará el uso racional de hemoderivados, con énfasis en las indicaciones actuales para la transfusión de plaquetas y plasma fresco congelado, resaltando las recomendaciones de guías internacionales y las situaciones clínicas en las que su utilización está verdaderamente justifi-

cada. La adopción de estrategias basadas en PBM representa una herramienta fundamental para mejorar la calidad de la atención médica, promover una utilización responsable de los hemoderivados y fortalecer la seguridad del paciente.

79CM. SÍNDROME HEMORRAGÍPARO: ¿PRIMARIO O SECUNDARIO? Tatiana Rivera Domínguez. Hospital Bendaña, Servicio de Hematología, San Pedro Sula, Honduras.

80CM. ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS: ¿CUÁNDO REFERIR? Pedro Leonardo Martínez Gonzales. Hospital Vicente D'Antoni, Servicio de Reumatología, La Ceiba, Honduras.

El profesional de reumatología es un especialista experto en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades osteomusculares y afecciones autoinmunitarias sistémicas. Estas enfermedades pueden afectar las articulaciones, los músculos y los huesos; causando dolor, inflamación y deformidad. Las enfermedades autoinmunes se producen cuando el sistema inmunitario envía inflamación a zonas del cuerpo causando síntomas. Estas enfermedades pueden afectar los ojos, la piel, el sistema nervioso y los órganos internos. La derivación debe hacerse antes si tiene familiares con una enfermedad reumática o autoinmunitaria o si los síntomas empeoran considerablemente en poco tiempo. Dolor en alguna región del cuerpo (por ejemplo, hombro, rodillas, cuello, cintura, etc.); o dolor de los músculos de forma localizada o generalizada, todo ello sin causa aparente. Cuando haya lesiones inflamatorias de la piel, del cabello, alteraciones de conducta, sequedad de ojos o boca, crecimiento de ganglios o de otros órganos, fiebre, cefalea inexplicable, úlceras o hemorragias que se asocien con dolor de las articulaciones, síntomas que no logran explicar otros especialistas. Todas estas situaciones aplican para personas adultas y pacientes pediátricos (menores de 18 años). Deben tenerse en cuenta también para consultar un/a reumatólogo pediatra. Numerosos estudios han demostrado que un diagnóstico precoz de las enfermedades reumáticas, que permite iniciar el tratamiento dentro de los tres meses posteriores al inicio de los síntomas, se asocia con mejores resultados clínicos y radiográficos. Este retraso puede producirse en diferentes niveles: retraso del paciente: el tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y la primera consulta médica. Retraso del médico de cabecera: el tiempo transcurrido entre la evaluación inicial por parte del médico de cabecera y la derivación a un reumatólogo; y retraso hospitalario: el tiempo transcurrido entre la derivación y la primera consulta con el reumatólogo.

81CM. QUÉ, CUÁNDO Y PORQUÉ PEDIR UN ALGORITMO RACIONAL PARA ESTUDIO DE PACIENTE CON ENFERMEDAD AUTOINMUNE. José Mauricio Galeano Santos. Hospital y Clínicas Medcentro, Servicio de Reumatología, La Ceiba, Honduras.

Las enfermedades autoinmunes se caracterizan por tener múltiples manifestaciones, cutáneas, osteomioarticulares, oculares, auditivas, glandulares, neurológicas, hasta complicaciones

renales o cardiovasculares que pueden comprometer la vida del paciente. Son enfermedades de inicio agudo o insidioso, con tendencia a la cronicidad y con un diagnóstico muchas veces difícil; cuya sospecha depende en gran medida de la experiencia y conocimiento del médico de atención primaria o de emergencia, para referirlo de manera oportuna al médico internista y/o reumatólogo para su óptimo manejo. Por lo que, resulta de mucha utilidad elaborar un esquema o algoritmo, tomando en cuenta las características clave para el diagnóstico de las enfermedades autoinmunes más comunes, debiendo ser racional, ya que los estudios de laboratorio, en particular los anticuerpos pueden ser costosos, poco accesibles, e incluso innecesarios. Desde el punto de vista de las manifestaciones clínicas, importante enfatizar en síntomas generales: fiebre, sobre todo intermitente, prolongada, sin aparente causa infecciosa, pérdida de peso, dolor generalizado. Importante distinguir si el dolor articular, se asocia a rigidez simétrica e inflamación, deformidades irreversibles en manos, FR y/o Anti CCP + (artritis reumatoidea), si ese dolor articular se asocia a manifestaciones en piel, eritema malar, livedo reticulares, alopecia, edemas, úlceras orales, ANA positivo, Anti-DNA o Anti-Smith positivo (lupus), si se presenta xerostomía, xeroftalmia, parotiditis crónica, dispareunia ANA positivo, Anti-RO +(Enf. de Sjögren), esclerodactilia, úlceras distales de dedos, engrosamiento de piel (esclerosis sistémica), fenómeno de Raynaud (esclerosis sistémica, enfermedad mixta de tejido conectivo), debilidad proximal muscular progresiva, elevación de creatinquinasa, aldolasa (miopatías inflamatorias). Dolor lumbosacro inflamatorio matutino, en hombres jóvenes (espondilo artropatías), pérdida visual o auditiva aguda, edema, proteinuria, enfermedad pulmonar intersticial, úlcera cutánea o mucosa, MPO o PR3 positivo (vasculitis), al referir de manera temprana menor será la incidencia de complicaciones y tendrá mejor pronóstico.

82CM. GENERALIDADES DE FIBROMIALGIA. José Mauricio Galeano Santos. Hospital y Clínicas Medicentro, Servicio de Reumatología, La Ceiba, Honduras.

La Fibromialgia es un desorden caracterizado por dolor musculoesquelético generalizado, desencadenado por trastorno depresivo o ansioso, asociado a alteraciones cognitivas, y trastorno del sueño. El Colegio Americano de Reumatología (ACR) lo define como dolor crónico musculoesquelético generalizado en al menos 18 puntos dolorosos. En su epidemiología constituye 2.7% de la población en general, con una relación de 6 mujeres por cada hombre. Se asocian factores de riesgo: trauma físico-psicológico, estrato socioeconómico bajo, sexo femenino, 25-50 años. En su fisiopatología se menciona que, ante factores desencadenantes, estrés, ansiedad, depresión, existe un aumento de neurotransmisores excitatorios: glutamato, sustancia p, lo que lleva a disminución de neurotransmisores inhibitorios: serotonina, norepinefrina. Se clasifica en tipo 1 idiopática, tipo 2 relacionada a enfermedad crónica, tipo 3 secundaria a enfermedad psiquiátrica y tipo 4 simulada. Las manifestaciones incluyen: fatiga, depresión, ansiedad, trastorno de estrés post traumático, hiporexia, cefalea, náuseas, xerostomía, dispare-

unia, dolor generalizado, rigidez matutina leve, intolerancia al frío, y principalmente dolor muscular generalizado, que tiende a confundirse con dolor de origen óseo o articular. Los criterios diagnósticos de la Analgesic, Anesthetic, and Addiction Clinical Trial Translations, Innovations, Opportunities, and Networks (AAPT) 2019, mencionan que debe de existir dolor mínimamente en 6 de 9 sitios (rostro, cabeza, brazo, tórax, pelvis, espalda), síntomas de severidad como trastorno del sueño, fatiga, y una duración de al menos 3 meses. En los diagnósticos diferenciales se menciona la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, osteoartritis, miopatías, neuropatía periférica, espondilo artropatías. Se recomienda cambios de estilo de vida, ejercicio físico moderado, fisioterapia, terapia psicológica y en el aspecto farmacológico, uso pregabalina, milnacipran, duloxetina, de igual forma el uso de Antiinflamatorios No Esteroides (AINES) en cuadros agudos; resalta la combinación de acetaminofén con tramadol, y el uso de ciclobenzaprina. Es importante un análisis clínico minucioso con el fin de descartar otras entidades.

83CM. VALORACIÓN DE GRAVEDAD EN PEDIATRÍA. Eliar Carranza. Hospital Juan Manuel Gálvez, Servicio de Pediatría; Gracias, Lempira, Honduras.

84CM. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL ESCROTO AGUDO EN PEDIATRÍA: ENTRE LA URGENCIA Y LA INCERTIDUMBRE. Maryury Fabiola Pineda. Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Radiología e Imágenes, San Pedro Sula, Honduras.

85CM. ANAFILAXIA EN PEDIATRÍA. Cintia Alejandra Falck Fuentes. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Regional del Norte, Servicio de Pediatría, San Pedro Sula, Honduras.

La anafilaxia es una reacción de hipersensibilidad sistémica grave, de instauración rápida y con potencial letal, caracterizada por un compromiso de la función respiratoria o circulatoria que puede manifestarse incluso en ausencia de las características cutáneas típicas. Su epidemiología varía según la región y el grupo etario, con una incidencia global estimada de 50 a 112 episodios anuales por cada 100,000 personas, calculándose que el 2% de la población experimentará un evento de este tipo al menos una vez en su vida. Los principales agentes etiológicos difieren según la edad; mientras que en niños y adolescentes predominan los alimentos (maní, nueces, leche, mariscos), en adultos cobran mayor relevancia los medicamentos y las picaduras de insectos. Los mecanismos fisiopatológicos de la anafilaxia son diversos, incluyendo aquellos mediados por inmunoglobulina E (IgE) (picadura por himenópteros, alergia a alimentos como mariscos y cacahuete, o exposición al látex), mecanismos inmunológicos independientes de la IgE (exposición a medios de contraste o medicamentos biológicos), la activación directa del mastocito (factores físicos, exposición a alcohol y ciertos medicamentos) y la anafilaxia idiopática. Ante el diagnóstico clínico, es indispensable contar con un protocolo de actuación ágil y previamente ensayado, dado que cualquier retraso en

el manejo incrementa la mortalidad. La adrenalina/epinefrina intramuscular sigue siendo el tratamiento de primera línea determinante para garantizar la supervivencia del paciente.

86CM. IMÁGENES QUE SALVAN: GUÍA PRÁCTICA EN EL ABORDAJE AGUDO EN NIÑOS. Maryury Fabiola Pineda. Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Radiología e Imágenes, San Pedro Sula, Honduras.

87CM. VACUNAS EN NIÑOS. Oscar Armando Ponce. Hospital del Valle, Servicio de Pediatría, San Pedro Sula, Honduras.

88CM. DETECCIÓN TEMPRANA DEL TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA. Carol Josseline Zúñiga. Hospital del Valle, Servicio de Neurología Pediátrica, San Pedro Sula, Honduras.

89CM. PUBERTAD PRECÓZ: DEL DIAGNÓSTICO TEMPRANO A LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS. Melissa Matamoros Hernández. Hospital del Valle, Servicio de Endocrinología Pediátrica, San Pedro Sula, Honduras.

90CM. ULTRASONIDO DEL PRIMER TRIMESTRE, LA BASE DEL CONTROL PRENATAL. Mario Ramírez. Profesional Independiente, Tegucigalpa, Honduras.

91CM. OPTIMIZANDO EL CONTROL PRENATAL. Karla Parodi. Honduras Medical Center, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

92CM. ULTRASONIDO MORFOLÓGICO DEL SEGUNDO TRIMESTRE: PILARES PARA LA DETECCIÓN PRENATAL DE ANOMALÍAS ESTRUCTURALES. Gladys Frazer. Hospital San Jorge, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

93CM. DIAGNÓSTICO DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS POR ULTRASONIDO: EXPERIENCIA EN HONDURAS. Mónica García Santacruz. Centro Hondureño de Medicina Fetal, Consulta Externa Medicina Fetal, San Pedro Sula, Honduras.

La detección prenatal de malformaciones congénitas mediante ultrasonido permite la identificación temprana de anomalías estructurales, la orientación diagnóstica y la planificación del manejo perinatal. El objetivo del estudio fue describir las malformaciones congénitas detectadas por ultrasonido prenatal en una práctica privada en Honduras, en el periodo marzo 2025 a marzo 2026. Se realizó una serie clínica descriptiva basada en un registro observacional de anomalías estructurales fetales diagnosticadas mediante ultrasonido obstétrico. Durante el periodo de estudio se realizaron 582 ultrasonidos estructurales en el primer, segundo y tercer trimestre del embarazo, efectuados bajo los estándares de evaluación recomendados por la Fetal Medicine Foundation (FMF) y realizados por personal certificado. Se identificaron 31 fetos con anomalías estructurales, lo que corresponde a una tasa de detección de 5.3 %. La edad gestacional media al diagnóstico fue de 22.2 semanas. Las ano-

malías múltiples representaron el grupo más frecuente (35 %), seguidas por anomalías del sistema nervioso central (26 %) y cardiopatías congénitas (23 %). En todos los casos clasificados como anomalías múltiples se documentó compromiso cardíaco, y en el 54 % de ellos se observó además afectación del sistema nervioso central. Las cardiopatías estuvieron presentes en el 58 % de los casos con anomalías estructurales. Entre los diagnósticos más frecuentes se encontraron tetralogía de Fallot y espina bífida. Estos hallazgos destacan la importancia de la evaluación sistemática de la anatomía fetal, particularmente del corazón y del sistema nervioso central, durante el ultrasonido estructural del segundo trimestre. En países como Honduras, donde los registros nacionales de malformaciones congénitas son limitados, las series clínicas descriptivas aportan información valiosa sobre los patrones locales de malformaciones detectadas prenatalmente y subrayan la necesidad de fortalecer el tamizaje prenatal y complementar el diagnóstico con estudios genéticos para mejorar la precisión diagnóstica, la consejería a los padres y el manejo perinatal.

94CM. OBESIDAD EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA MUJER Y SU IMPACTO. Karen Funez. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

95CM. VACUNOLOGÍA EN EL EMBARAZO. Wendy Cárcamo. Honduras Medical Center, Servicio de Medicina Materno Fetal, Tegucigalpa, Honduras.

96CM. ¿POR QUÉ SEGUIMOS HABLANDO DEL SÍNDROME OVÁRICO METABÓLICO POLIENDOCRINO? Karen Funez. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

97CM. INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y DERMATOLOGÍA: ¿CÓMO UTILIZAR SIN REEMPLAZAR CRITERIO CLÍNICO? APLICACIONES REALES Y EVIDENCIA ACTUAL. Iris Saraí Guevara Suazo. Profesional Independiente San Pedro Sula, Honduras.

La inteligencia artificial (IA) ha experimentado un crecimiento acelerado en los últimos años y su aplicación en dermatología ha generado gran interés debido a la naturaleza visual de la mayoría de las enfermedades cutáneas. Mediante técnicas de aprendizaje automático y redes neuronales profundas, los sistemas de IA pueden analizar imágenes clínicas y dermatoscópicas, identificar patrones complejos y apoyar el reconocimiento de múltiples dermatosis. Diversos estudios han demostrado que algunos algoritmos de clasificación de imágenes alcanzan niveles de precisión comparables a los de dermatólogos expertos en contextos específicos, particularmente en la detección de cáncer de piel y en la clasificación de lesiones pigmentadas. A pesar de estos avances, la incorporación de la IA en la práctica clínica plantea importantes desafíos. Entre ellos se encuentran la calidad y representatividad de las bases de datos utilizadas para el entrenamiento de los algoritmos, la necesidad

de incluir una adecuada diversidad de fototipos cutáneos, así como la validación clínica en diferentes poblaciones. Asimismo, surgen consideraciones éticas y legales relacionadas con la confidencialidad de los datos, la responsabilidad médica y el riesgo de una dependencia excesiva de la tecnología si estas herramientas se utilizan sin una adecuada interpretación clínica. En la práctica dermatológica, la inteligencia artificial comienza a integrarse como una herramienta que puede optimizar el tiempo del dermatólogo mediante el análisis de imágenes clínicas y el seguimiento fotográfico de las lesiones cutáneas, permitiendo documentar y detectar cambios reales a lo largo del tiempo. Estas aplicaciones pueden facilitar el monitoreo de lesiones pigmentadas, la evaluación de la respuesta a tratamientos y la organización de la información clínica. No obstante, su uso debe entenderse como un complemento que apoya la toma de decisiones médicas, sin sustituir el criterio clínico, la experiencia del dermatólogo ni la relación médico-paciente.

98CM. MICROBIOMA Y ENFERMEDADES FRECUENTES EN CONSULTA GENERAL: ENFOQUE PRÁCTICO Y CRITERIOS DE REFERENCIA AL DERMATÓLOGO. Miriam Yolanda González Matute. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Dermatología, Tegucigalpa, Honduras.

El microbioma cutáneo constituye un ecosistema dinámico compuesto por bacterias, hongos y virus que desempeña un papel fundamental en la homeostasis de la piel, la modulación del sistema inmunológico, la función de barrera y la protección frente a patógenos. La disbiosis, entendida, como la alteración en la diversidad y composición microbiana, se ha vinculado de forma consistente con dermatosis inflamatorias frecuentes en la práctica clínica, como dermatitis atópica, acné y rosácea. En la dermatitis atópica: la disbiosis se caracteriza por la disminución de la diversidad microbiana y predomina la colonización por *Staphylococcus aureus*, que altera la función de la barrera cutánea y promueve inflamación mediada por citoquinas. En el acné, se ha descrito un desequilibrio entre ciertas cepas de *Cutibacterium acnes* y cambios en el microambiente sebáceo que inducen la respuesta inflamatoria folicular. En la rosácea, la interacción entre microbiota cutánea, sistema inmune y eje intestino-piel contribuye al incremento de Demodex y sus bacterias asociadas, contribuyendo a la activación inflamatoria y vascular. Adicionalmente el eje intestino piel ha cobrado relevancia evidenciando que la disbiosis intestinal influye en la inflamación sistémica y en la expresión cutánea de estas enfermedades, lo que abre perspectivas terapéuticas como probióticos y moduladores del microbioma. Desde el punto de vista práctico, el médico de atención primaria, debe identificar signos de alarma que ameriten referencia. En dermatitis atópica: enfermedad moderada-grave, infecciones recurrentes o mala respuesta a tratamiento convencional. En acné: formas noduloquísticas, cicatrices o impacto psicológico significativo. En

rosácea: compromiso ocular, formas fimatosas o refractariedad terapéutica. El reconocimiento temprano de estas entidades y su relación con el microbioma permite optimizar el manejo inicial, evitar complicaciones y seleccionar adecuadamente los pacientes que requieren atención especializada. La integración del conocimiento del microbioma en la práctica clínica representa una oportunidad emergente para personalizar tratamientos y mejorar resultados en dermatología.

99CM. NUTRICIÓN, SUPLEMENTOS Y PIEL: ORIENTAR AL PACIENTE FRENTE A LA DESINFORMACIÓN ¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA? Diana Clarissa Peralta Pérez. Profesional Independiente, San Pedro Sula, Honduras.

Diversos nutrientes participan en procesos esenciales del funcionamiento de la piel, como ser la síntesis de colágeno, la regeneración epidérmica, mantenimiento de la barrera cutánea y defensa frente al estrés oxidativo. En este contexto, la nutrición adecuada y el uso de suplementos nutricionales han despertado creciente interés como herramientas complementarias para la promoción de la salud cutánea y el manejo de diversas dermatosis. Entre los micronutrientes más relevantes se encuentran las vitaminas A, C y E, con funciones antioxidantes y reguladoras de la proliferación y diferenciación celular. La vitamina A participa en la regulación de la queratinización también y la vitamina C es fundamental como cofactor en la síntesis de colágeno, cicatrización y absorción de hierro. Minerales como el zinc y el selenio contribuyen a la modulación de la respuesta inflamatoria (como en el acné y la foliculitis) y a la protección frente al daño oxidativo. Asimismo, los ácidos grasos esenciales como el omega-3 participan en el mantenimiento de la integridad de la barrera cutánea y en regularizar a la baja las vías inflamatorias. También cabe destacar a los péptidos de colágeno hidrolizado, que en algunos estudios han mostrado mejorar la elasticidad e hidratación cutánea. No obstante, estas intervenciones deben considerarse como complemento de una dieta equilibrada rica en frutas, verduras, proteínas de calidad y grasas saludables. En los últimos años se ha observado un aumento significativo de información no sustentada científicamente en redes sociales que promueve el uso indiscriminado de suplementos o dietas específicas como soluciones universales para múltiples problemas. Es por lo anterior que el papel del médico resulta fundamental para orientar al paciente con base en la evidencia. La educación a la población y la práctica médica basada en evidencia son herramientas clave para contrarrestar esta desinformación y promover decisiones acertadas para el cuidado de la piel.

100CM. MANEJO BASADO EN LA EVIDENCIA DE LA MIGRAÑA AGUDA EN SERVICIOS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN. Fawad A. Khan. Ochsner Medical Center, Servicio de Neurología, New Orleans, Estados Unidos.

101CM. TERAPIAS DE NEUROMODULACIÓN PARA EL MANEJO DE EPILEPSIA FÁRMACO-RESISTENTE. Isaac Alejandro Molinero Rosales. Ochsner Health, Unidad de Neurología Pediátrica-Epilepsia, New Orleans, Estados Unidos.

La epilepsia refractaria representa un desafío terapéutico significativo, afectando a un porcentaje considerable de pacientes que no logran un control adecuado de las crisis con tratamiento farmacológico. En este contexto, las terapias de neuromodulación han emergido como alternativas eficaces y seguras. Esta presentación ofrece una revisión concisa de tres estrategias principales: el estimulador del nervio vago (VNS), el sistema de estimulación cerebral responsiva (RNS) y, de forma breve, la estimulación cerebral profunda (DBS). Se abordarán los mecanismos de acción propuestos para cada modalidad, destacando su impacto en la modulación de redes neuronales implicadas en la generación y propagación de crisis epilépticas. Asimismo, se revisarán los estudios clínicos clave que respaldaron su aprobación, incluyendo ensayos pivótales que demostraron reducciones significativas en la frecuencia de crisis y mejoras en la calidad de vida. Finalmente, se discutirán las indicaciones generales para la selección de pacientes candidatos a cada terapia, considerando factores como el tipo de epilepsia, localización del foco epileptogénico y respuesta a tratamientos previos. Esta revisión busca proporcionar una visión práctica y actualizada de las opciones de neuromodulación, facilitando la toma de decisiones en el manejo integral de la epilepsia refractaria.

102CM. ESTADO EPILÉPTICO Y LA IMPLEMENTACIÓN DE CÓDIGO CRISIS EN HONDURAS. Arnold René Thompson Cerna. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Valle de Sula, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Neurología; San Pedro Sula, Honduras.

El estado epiléptico (EE) representa una importante causa de mortalidad en los pacientes independientemente de su edad, y es una causa frecuente de hospitalización en los servicios de emergencias de nuestro país. Las principales causas del desarrollo del EE incluyen la mala adherencia a los fármacos anticrisis (FAC), así el consumo de alcohol, el traumatismo craneal, las infecciones del sistema nervioso central (SNC), las enfermedades inflamatorias autoinmunes del SNC y los tumores. Su adecuado manejo amerita un rápido reconocimiento de los síntomas y signos que sugieren la presencia de un EE, dado que se describe que una duración mayor a 5 minutos implica el fallo en los mecanismos que autolimitan las crisis epilépticas (t1) y 30 minutos significa la presencia de daños irreversibles a nivel cerebral (t2). Las intervenciones iniciales incluyen la administración de medicamentos para finalizar las crisis (generalmente fármacos de la familia de las benzodiacepinas con acción sobre el neurotransmisor GABA), FAC intravenosos (fenitoína, valproato o levetiracetam intravenoso, disponibles en Honduras), y si se requiere, medicamentos anestésicos en una unidad de terapia intensiva (por ejemplo, midazolam, propofol o ketamina), además del manejo empírico ante la causa

presuntiva del EE. Por lo anterior, se requiere que los equipos de atención de pacientes (iniciando por familiares o cuidadores, paramédicos, médicos que atienden servicios de urgencias e intensivistas) reciban educación continua en el tema. Adicionalmente, se requiere que los pacientes dispongan de manera accesible de fármacos que permitan un adecuado control de sus crisis, acorde con el apareamiento de nuevas opciones de FAC que tengan una mayor efectividad y una menor cantidad de efectos adversos.

103CM. ACTUALIZACIÓN GUÍAS DE MANEJO DE INFARTO CEREBRAL AGUDO 2026. Allan Álvarez Corrales. Hospital del Valle, Servicio de Neurología, San Pedro Sula, Honduras.

El infarto cerebral es la principal causa de discapacidad en adultos alrededor del planeta, asociado además con alta mortalidad. El pronóstico depende principalmente del tratamiento y cuidado del paciente en los minutos u horas inmediatas al evento. La American Heart/Stroke Association publica cada cierto tiempo las guías de tratamiento del infarto cerebral agudo, basadas en la evidencia científica más reciente; estas sirven de referencia para la mayor parte de la comunidad neurológica mundial. Desde el año 2019 no se habían publicado nuevas guías sino hasta enero de 2026, donde se publican actualizaciones en varios, aspectos siendo los principales: Manejo de ictus agudo en niños, importante actualización en manejo de infarto leve, cambios de sugerencias en ventana extendida para trombolisis intravenosa más allá de 4.5 horas, uso de alteplase vs tenecteplase, criterios de elegibilidad para pacientes candidatos a trombectomía mecánica con núcleo isquémico grande y trombectomía con oclusión de arteria basilar. En relación al manejo médico en infarto agudo, se hacen nuevas sugerencias en el control glicémico, control de presión arterial durante la trombectomía mecánica, detección y manejo de disfagia. En conclusión, la nueva actualización en las guías de manejo para infarto agudo se hacen importantes cambios en varios aspectos que se deben tener en cuenta y que basados en la evidencia científica nos ayudan a mejorar el tratamiento y así disminuir la carga de morbilidad y mortalidad en infarto cerebral agudo.

104CM. ACTUALIZACIÓN DE REHABILITACIÓN DE PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA IDIOPÁTICA. Roger Josué Ortega Galo. Hospital Vicente D'Antoni, Departamento de Fisioterapia, La Ceiba, Honduras.

La parálisis facial periférica (PFP) es una neuropatía aguda del séptimo par craneal que produce debilidad unilateral de la musculatura facial, con repercusiones funcionales, estéticas y psicosociales significativas. Aunque una proporción importante de los pacientes presenta recuperación espontánea, un porcentaje no despreciable desarrolla secuelas como sincinesias, contracturas y asimetría facial persistente. En los últimos años, la rehabilitación física ha adquirido un papel central en el abordaje integral de esta entidad. El objetivo de la presente revisión narrativa fue analizar la evidencia científica publicada entre 2020 y 2025 sobre las principales estrategias de rehabilitación física

en la PFP. Se realizó una revisión de la literatura que incluyó ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis relacionados con fisioterapia facial, medios físicos, técnicas de neuromodulación, métodos diagnósticos y pronóstico funcional. La evidencia actual respalda una etiopatogenia predominantemente inflamatoria y viral, asociada principalmente a la reactivación de virus herpes. La fisioterapia facial estructurada demuestra beneficios en la recuperación funcional, reducción de secuelas y mejora de la calidad de vida. Entre los medios físicos, el láser terapéutico de baja intensidad y la estimulación eléctrica, apli-

cados de manera controlada y combinados con terapia activa, muestran resultados favorables. Técnicas emergentes como la terapia espejo y la facilitación neuromuscular propioceptiva evidencian mejoras en el control motor y la simetría facial. Los estudios electrofisiológicos, como la electromiografía y la electroneurografía, continúan siendo herramientas clave para el pronóstico. En conclusión, la rehabilitación física basada en evidencia constituye un pilar fundamental en el manejo de la PFP y mejora de forma significativa los resultados funcionales.

LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL)

01TL. HIPERTENSIÓN UNILATERAL, SOSPECHA DE ARTERITIS DE TAKAYASU MEDIANTE ULTRASONIDO. REPORTE DE CASO. Dulce María Segura Perdomo¹, Kathleen Verenice Nolasco Ferrera², Celina Sofía Romero³, Sinthia Yadira Solórzano Flores⁴, Jorge Martín Beltrán Lima⁵. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. ²Hospital Juan Manuel Gálvez, Servicio de Medicina Interna; Gracias, Lempira, Honduras. ³Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, San Pedro Sula, Honduras. ⁴Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Reumatología, San Pedro Sula, Honduras. ⁵Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, Servicio de Medicina Interna, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La arteritis de Takayasu es una vasculitis crónica de grandes vasos que afecta principalmente a mujeres jóvenes. Su presentación inicial suele ser inespecífica, lo que retrasa el diagnóstico hasta fases avanzadas con compromiso vascular significativo. La hipertensión arterial y la asimetría de pulsos son hallazgos clave. El ultrasonido puede contribuir a la detección temprana del daño arterial. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 21 años, procedente de zona rural, con 15 días de disnea progresiva, ortopnea, disnea paroxística nocturna y edema de extremidades inferiores con progresión a anasarca. Asociaba pérdida de peso, fiebre y síntomas constitucionales. Al examen físico: mal estado general, ingurgitación yugular, taquicardia, crepitantes bilaterales y soplo holosistólico en foco aórtico. Destacaba hipertensión severa en brazo derecho 220/120 mmHg, presión no detectable en brazo izquierdo ni miembros inferiores, con ausencia de pulsos en dichas extremidades. El ultrasonido a pie de cama evidenció derrame pleural bilateral, derrame pericárdico laminar, hipertrofia ventricular izquierda e hipocinesia global. El rastreo carotídeo mostró engrosamiento concéntrico de la íntima. La angiotomografía confirmó estenosis crítica de la aorta abdominal compatible con vasculitis de grandes vasos. El servicio de reumatología estableció el diagnóstico de arteritis de Takayasu, evidenciando una actividad clínica elevada según la Puntuación de Actividad de Takayasu en la India (ITAS-10), con un valor de 15. Se inició metilprednisolona intravenosa, seguida de prednisona y metotrexato, además de manejo para insuficiencia cardíaca. Se realizó colocación de stent por compromiso arterial significativo. Evolucionó favorablemente. **Conclusión:** La hipertensión unilateral con ausencia de pulsos es un hallazgo clave para sospechar arteritis de Takayasu. El ultrasonido es una herramienta accesible que permite orientar el diagnóstico de forma temprana. Su reconocimiento oportuno puede mejorar el pronóstico y prevenir complicaciones irreversibles.

02TL. CONDUCTO ARTERIOSO PERSISTENTE Y COARTACIÓN DE LA AORTA EN ADULTO: REPORTE DE CASO. José Alejandro Barahona Vaquedano¹, Bayrón Josué Degrandes Rodríguez², Emilio Samael Peralta López³. ¹Instituto Nacional Cardiopulmonar, Sala de Cuidados Cardiovasculares, Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Medicina Interna, Tegucigalpa, Honduras. ³Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Cardiología, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La coartación de aorta (CA) y conducto arterioso persistente (PCA) son cardiopatías congénitas con altas tasas de morbilidad y mortalidad, usualmente son subdiagnosticada aun cuando se dispone de herramientas diagnósticas. El grado de obstrucción así como la presencia de defectos cardíacos y lesiones extracardíacas asociados determinan el grado de severidad de las manifestaciones clínicas de las manifestaciones clínicas. **Descripción del caso:** Hombre, 31 años de edad con antecedentes de Hipertensión Arterial Evento Cerebro Vascular de 4 años de evolución, manejado con Irbersartan, Amlodipino con mal apego al tratamiento, sin evaluaciones médicas por dos años es referido al Instituto Cardiopulmonar por Hipertensión Arterial, disnea medianos esfuerzos y mareos. Examen Físico soplo continuo en maquinaria en borde paraesternal izquierda. Ingresándose a Unidad cardiovascular para control de presión arterial con Nitroglicerina en infusión, monitorización, oxígeno, exámenes laboratorio: dislipidemia mixta, electrolitos y función renal normal, electrocardiograma pobre progresión onda R, sin isquemia o hipertrofia, ecocardiograma a pie de cama evidencia de Coartación de la Aorta descendente postductal con gradiente obstrucción del 64 mmHg, hipertrofia concéntrica ventrículo izquierda; Angiotomografía de tórax evidencia de coartación de la aorta 11mm identificada después de la salida del ductus y 8mm de la Arteria Subclavia asociada a Ductus Arterioso Persistente permeable con longitud 3mm y luz de 2mm que comunica al tronco pulmonar, resto de aorta normal. Iniciando terapia triple antihipertensiva con control de presión arterial al tercer día intrahospitalario con evolución satisfactoria, se presenta caso a comité quirúrgico para definir plan quirúrgico próximo. **Conclusión:** La detección y el diagnóstico precoz de esta afección sigue siendo un reto para el clínico el poder captar de manera temprana a estos pacientes. Los pacientes con diagnóstico y tratamiento oportuno tendrán una mejor esperanza de vida, ya que la no corrección oportuna de esta patología puede ocasionar un aumento en el riesgo de complicaciones cardiovasculares.

03TL. PERFIL LIPÍDICO ATEROGÉNICO Y COEXISTENCIA DE FACTORES CARDIOMETABÓLICOS EN POBLACIÓN HIPERTENSA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Birdee Loany Schultz Flores¹, Fernando Medina Herrera², Julissa Michelle Romero Leiva¹, Jasmín Patricia Elvir Medina², Rennie Michelle Medina Martínez³. ¹Profesional Independiente. ²Policlínico Roger Antonio Mercado, Consulta Externa General, Tela, Honduras. ³Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Departamento de Coordinación de Investigación, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Más de tres cuartas partes de las muertes por cardiopatía y accidente cerebrovascular ocurren en países de ingresos medianos y bajos, como Honduras, donde se reportaron aproximadamente 17,452 muertes por enfermedad cardiovascular en 2021. La hipertensión arterial y la dislipidemia constituyen determinantes centrales de esta carga, especialmente cuando coexisten con otros factores cardio metabólicos en el primer nivel de atención. **Objetivo:** Determinar la prevalencia y el perfil de dislipidemia en pacientes hipertensos y analizar su coexistencia con factores cardio metabólicos asociados. **Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional, de diseño transversal retrospectivo. Se incluyeron 80 pacientes de 18 a 79 años con diagnóstico de hipertensión arterial esencial atendidos en el Policlínico Roger Antonio Mercado, Tela entre julio 2025 y enero 2026. **Resultados:** El 75% de los pacientes presentó dislipidemia, predominando un perfil lipídico aterogénico caracterizado por dislipidemia mixta 47,5%, elevación de LDL colesterol 48,8%, HDL bajo 56,3% e hipertrigliceridemia 47,5%. Este patrón se presentó en un entorno de acumulación de factores cardio metabólicos, destacando exceso de peso 83,75%, hipertensión no controlada 51,25% y diabetes mellitus tipo 2 28,75%. Más de la mitad de la población 55% presentó tres o más factores cardio metabólicos simultáneamente. Adicionalmente, se evidenció una brecha terapéutica, ya que el 46,25% de los pacientes con dislipidemia no recibía tratamiento farmacológico. **Discusión:** Tres de cada cuatro pacientes hipertensos presentaron dislipidemia, predominando un perfil lipídico aterogénico en el contexto de acumulación de factores cardio metabólicos modificables y una brecha en el tratamiento farmacológico. Este escenario configura un riesgo cardiovascular elevado en una población con hipertensión establecida y refuerza la necesidad de estrategias sistemáticas de detección y control metabólico desde el primer nivel de atención.

04TL. MUCORMICOSIS RINO-ORBITO-CEREBRAL EN DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEBUTANTE CON CETOACIDOSIS E ICTUS CEREBELOSO. REPORTE DE CASO René Alberto Flores Carias¹, José Carlos Galindo Escalante¹.

¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado de Neurología, Tegucigalpa, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado de Medicina Interna, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Las infecciones fúngicas invasivas del sistema nervioso central son poco frecuentes, la morbilidad y la mor-

talidad asociadas pueden ser bastante altas hasta un 80%, especialmente entre las personas inmunodeprimidas. **Descripción del caso:** Masculino de 30 años, sin comorbilidades, quien seis días previos a su ingreso fue sometido a exodoncia sin otros antecedentes de importancia. Se evalúa en Área de emergencia con Glasgow 13/15. Al examen físico presenta cambios inflamatorios de hemicara derecha, Oftalmoplejía completa ojo derecho, ptosis palpebral, pérdida total de la visión, parálisis facial ipsilateral, En cavidad oral se observan lesiones necróticas a nivel del paladar duro, con afectación de fosa nasal derecha, se evidencia hipotonía de hemicuerpo derecho. Con paraclínicos: glucometría capilar de 300 mg/dL, gasometría venosa reporta pH de 7.28, examen general de orina con la presencia de cetonas (+++), se ingresa con el diagnóstico de cetoacidosis diabética y absceso periodontal, iniciándose manejo con infusión de insulina cristalina e hidratación intravenosa, cobertura antibiótica con vancomicina y meropenem, recibiendo posteriormente el examen directo en fresco de orofaringe con presencia de hifas anchas, cenocíticas. Es valorado por Infectología 24 horas posterior a su ingreso indicando inicio de anfotericina B desoxicolato. Se realiza tomografía cerebral simple donde se evidencia la presencia de lesión hipodensa que afecta hemisferio derecho de cerebelo, al igual que datos compatibles con edema generalizado, se inicia manitol intravenoso, Paciente presenta deterioro del estado de conciencia, por lo que 24 horas posteriores al inicio de antifúngicos se decide intubación orotraqueal por Glasgow de 7/15. Durante el procedimiento de intubación se observa extensión de lesiones necróticas, que comprometen orofaringe hasta glotis, continuando con deterioro neurológico y respiratorio, culminando con fallecimiento del paciente. **Conclusión:** Se diagnostica, mucormicosis rino-orbito-cerebral, una patología aguda de alta mortalidad aun con el diagnóstico y tratamiento oportuno, evidenciando la complejidad diagnóstica de este patógeno atípico.

05TL. DERRAME PLEURAL DE ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE: UN CASO DE URINOTÓRAX. REPORTE DE CASO.

Marvin Jesús Villanueva Márquez¹, Marco Antonio Quiñonez Sanchez². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna, San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Neumología, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El urinotórax es una forma rara de derrame pleural causada por la acumulación de orina. Ocurre secundario a trauma renal o ureteral, cirugía urológica, obstrucción o fístulas urinarias. Se presenta con disnea, dolor torácico y signos de insuficiencia respiratoria si el derrame es masivo. El diagnóstico se confirma mediante análisis del líquido pleural, que revela creatinina elevada respecto al suero. El manejo se centra en el drenaje y la corrección de la causa subyacente. **Descripción del caso:** Masculino de 57 años, con antecedentes de hipertensión arterial y enfermedad renal crónica en hemodiálisis, acude con historia de disnea, fiebre y tos de una semana de evolución, dolor tipo pleurítico, en hemitórax izquierdo de intensidad moderada, exacerbado con la inspiración profunda y con

los paroxismos de tos. Al examen físico, se ausculta entrada de aire asimétrica, murmullo vesicular abolido en hemitórax ipsilateral y disminución de las vibraciones vocales. Abdomen con masa en flanco izquierdo, de aproximadamente 10 centímetros. Rayos X de tórax evidencia derrame pleural izquierdo, que compromete más del 80%. La tomografía computarizada toraco-abdominal reporta hidronefrosis izquierda grado IV y derrame pleural izquierdo. Se realizó toracocentesis; el estudio citoquímico reportó recuento absoluto de leucocitos de 0.767 cel/mm³ (linfocitos 65.0%, monocitos 14.2%, neutrófilos 21.2%), glucosa 71 mg/dL, proteínas 3.6 mg/dL, LDH 178 U/L y creatinina 6.98 mg/dL. La relación creatinina pleural/sérica fue de 1.34, lo cual es sugestivo de urinotórax. Urología realiza nefrectomía y posterior a procedimiento quirúrgico derrame pleural cede, se citó en cuatro semanas y con resolución completa del derrame pleural. **Conclusión:** Paciente con enfermedad renal crónica y derrame pleural masivo izquierdo, cuyo análisis pleural confirmó urinotórax. La nefrectomía resolvió el derrame, evidenciando que la fuga urinaria fue la causa subyacente. Este caso resalta la importancia de considerar urinotórax en derrames pleurales unilaterales en pacientes con patología renal.

06TL. CARACTERIZACIÓN FUNCIONAL POR ESPIROMETRÍA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE EPOC. Karen Gissell Enamorado Martínez¹, Dylan Anthony Maldonado Castillo², Marco Fernando Gonzales Amaya¹. ¹Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, San Pedro Sula, Honduras. ²Universidad San Carlos de Guatemala, Postgrado de Neumología, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

Introducción: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) constituye una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial y su diagnóstico clínico sin confirmación funcional favorece el sobrediagnóstico y tratamientos inadecuados. La espirometría es el estándar de oro para confirmar la obstrucción crónica del flujo aéreo; sin embargo, su uso sigue siendo limitado en entornos hospitalarios de segundo nivel en Honduras. **Objetivo:** Establecer, mediante espirometría, los pacientes con diagnóstico funcional de EPOC y caracterizar su severidad en una población con sospecha clínica atendida. **Métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental, de corte transversal y prospectivo en el Hospital Santa Bárbara Integrado, Honduras. Se incluyeron 100 pacientes de 35 a 80 años con síntomas respiratorios crónicos y antecedentes de exposición a tabaco o biomasa. A todos se les practicó espirometría pre y post-broncodilatador con salbutamol (400 mcg), siguiendo criterios ATS/ERS. **Resultados:** La mayoría de los pacientes correspondió al grupo etario de 65 a 80 años (72%), con distribución similar por sexo. El 75% residía en zonas rurales y el 85% presentó exposición a biomasa, mientras que el 61% refirió antecedente de tabaquismo. El 69% de los pacientes cumplió criterios espirométricos para EPOC, predominando la clasificación **GOLD 2** (67%). El 31% no presentó obstrucción confirmada, evidenciando sobrediagnóstico clínico. Solo el 1%

se había realizado espirometría previamente, a pesar de que el 62% había recibido recomendación médica para la prueba. Ningún paciente había recibido rehabilitación pulmonar y más del 50% no contaba con esquema de vacunación respiratoria. **Discusión:** Una proporción significativa de pacientes con sospecha clínica de EPOC no cumple criterios espirométricos, lo que resalta la importancia del uso sistemático de la espirometría para confirmar el diagnóstico. La implementación rutinaria de espirometría permitiría reducir el sobrediagnóstico, optimizar el tratamiento y mejorar la calidad de atención en hospitales de segundo nivel.

07TL. EXPERIENCIA EN IMPLEMENTACIÓN DE MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA EN PEDIATRÍA. Karla Leonela Membreño Lozano¹, Lesby Marisol Espinoza Colindres². ¹Hospital María Especialidades Pediátricas, Servicio de Pediatría, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital María Especialidades Pediátricas, Servicio de Endocrinología Pediátrica; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) representa más del 90% de los casos de diabetes en niños y adolescentes en la mayoría de los países occidentales. Desde la apertura del Hospital María de Especialidades Pediátricas (HMEP) en 2014, se diagnostican aproximadamente 39 casos nuevos por año. El monitoreo continuo de glucosa (MCG) permite una monitorización dinámica en tiempo real, identificando tendencias y variabilidad glucémica y se asocia con reducción significativa de la hemoglobina glucosilada (HbA1c). El Tiempo en Rango (TIR) cuantifica el porcentaje del día en que el paciente permanece entre 70-180 mg/dL, siendo un indicador útil para evaluar el control glucémico diario. **Descripción de la experiencia:** En diciembre de 2025 se inició un proyecto piloto de implementación de MCG en 30 niños atendidos en la consulta externa de endocrinología pediátrica. Durante los primeros dos meses de seguimiento, el TIR mejoró de 62.8% a 71.2%. Asimismo, se observó disminución del tiempo con glucemias superiores a 250 mg/dL y reducción del tiempo en rango bajo, especialmente en menores de 10 años. El coeficiente de variabilidad mostró mejoría, aunque no en todos los pacientes. **Lecciones aprendidas:** El MCG facilita la toma de decisiones relacionadas con dosis de insulina, alimentación y ejercicio, además de reducir la carga psicológica y el dolor asociado a múltiples punciones digitales diarias, favoreciendo la adherencia terapéutica. Su implementación requiere programas estructurados de educación para la adecuada interpretación de las variables glucémicas y optimización del tratamiento integral. La experiencia evidenció que el acompañamiento multidisciplinario y el seguimiento continuo permiten identificar tempranamente dificultades en el uso del dispositivo, optimizar ajustes terapéuticos y fortalecer la participación de pacientes y cuidadores en el control metabólico. Este proyecto inicial demuestra que la tecnología de MCG es factible y beneficiosa en nuestro contexto, con potencial de expandirse a más pacientes pediátricos.

08TL. LINFANGIECTASIA INTESTINAL PRIMARIA EN PEDIATRÍA: RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.

REPORTE DE CASO. Brigitte María Calderón Gómez¹, Dilma Celenia Godoy Salgado². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ²Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Pediatría, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La linfangiectasia intestinal primaria es una enfermedad rara en pediatría, caracterizada por dilatación anormal de vasos linfáticos intestinales, pérdida de proteínas y malabsorción. Estas alteraciones generan edema, hipoalbuminemia y deficiencias nutricionales, por lo que el diagnóstico temprano resulta esencial para orientar el manejo. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 12 años, procedente de Cortés, con antecedente de edema crónico en miembro inferior derecho e hipovitaminosis desde la etapa neonatal, inicialmente manejada como linfedema congénito. A los 11 años fue referida por diarrea persistente, edema periférico, pobre ganancia ponderal e hipoalbuminemia. Los estudios mostraron trastorno hidroelectrolítico, linfocitopenia y déficit de vitamina D. La tomografía abdominal evidenció líquido libre, la endoscopia reveló mucosa intestinal engrosada y dilatada, y la biopsia duodenal confirmó proliferación linfática compatible con linfangiectasia intestinal primaria. Se identificaron además enteropatía perdedora de proteínas, malabsorción secundaria e hipotiroidismo. El manejo incluyó dieta hipograsa e hiperproteica, triglicéridos de cadena media, suplementación vitamínica, albúmina, levotiroxina, nutrición parenteral y fórmula elemental. La respuesta clínica fue limitada; el uso de sirolimus no mostró beneficio y la nutrición parenteral se suspendió por complicaciones infecciosas y limitaciones institucionales. La evolución ha sido desfavorable, con ascitis significativa, aumento del volumen del hemicuerpo derecho y necesidad de paracentesis evacuadoras periódicas para mejorar calidad de vida. **Conclusión:** La linfangiectasia intestinal primaria es una entidad rara y progresiva que exige alta sospecha clínica ante edema crónico, diarrea persistente e hipoalbuminemia en pediatría. El abordaje multidisciplinario y nutricional continuo es fundamental para disminuir complicaciones y preservar la mejor calidad de vida posible durante el seguimiento.

09TL. ICTERICIA PERSISTENTE EN PEDIATRÍA: RARO CASO DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I. REPORTE DE CASO.

Brigitte María Calderón¹, Dilma Celenia Godoy². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría, San Pedro Sula, Honduras. ²Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Pediatría, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El síndrome de Crigler-Najjar tipo I es una enfermedad genética extremadamente rara, causada por mutaciones en el gen UGT1A1, responsable de codificar la enzima uridina difosfato-glucuronosiltransferasa. La ausencia completa de esta actividad impide la conjugación de la bilirrubina, lo que provoca acumulación de bilirrubina no conjugada, ictericia intensa y alto riesgo de encefalopatía bilirrubínica. **Descripción**

del caso: Se presenta el caso de una paciente femenina de 19 meses, originaria de Santa Bárbara, nacida a término y sin antecedentes prenatales relevantes. Desde la primera semana de vida presentó ictericia persistente. Los estudios iniciales evidenciaron hiperbilirrubinemia no conjugada, con pruebas hepáticas, hemograma y perfil infeccioso dentro de parámetros normales, no se documentaron datos de colestasis ni hepatopatía estructural. Ante la sospecha de un defecto congénito del metabolismo de la bilirrubina, se realizó estudio genético, el cual confirmó ausencia completa de actividad de UGT1A1 y permitió establecer el diagnóstico de síndrome de Crigler-Najjar tipo I. Durante la evolución clínica, pese al uso rutinario de fototerapia domiciliaria, la paciente presentó deterioro neurológico progresivo, caracterizado por episodios convulsivos asociados con incrementos bruscos de bilirrubina indirecta sérica hasta 20 mg/dL. Se consideró encefalopatía bilirrubínica como complicación, por lo que se inició manejo integral con estabilización clínica, control de crisis e intensificación del soporte. Sin embargo, la respuesta fue limitada y el compromiso neurológico continuó progresando, por lo que se planteó el trasplante hepático como única alternativa terapéutica definitiva. **Conclusión:** Este caso evidencia la gravedad del síndrome de Crigler-Najjar tipo I y su pronóstico desfavorable cuando existe compromiso neurológico establecido. Aunque la fototerapia y el soporte clínico pueden ofrecer medidas transitorias, el trasplante hepático representa la única opción definitiva. La identificación temprana, el seguimiento estrecho y el abordaje multidisciplinario son esenciales para mejorar la calidad de vida y reducir complicaciones graves en estos pacientes pediátricos afectados.

10TL. LESIÓN OBSTRUCTIVA IZQUIERDA TARDÍA SIMULANDO HIPOPLASIA DEL CORAZÓN IZQUIERDO. REPORTE DE CASO.

Amalia Murillo Castro¹, Daniel Hernández¹, Genesis Rodríguez¹, Rennie Michelle Medina Martínez². ¹Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, San Pedro Sula, Honduras. ²Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Coordinación de Investigación, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Las cardiopatías congénitas con obstrucción del lado izquierdo, como el complejo de Shone, presentan pronósticos variables según la estrategia de manejo. La reparación biventricular ha demostrado sobrevida cercana a 94% al año, y 76.9% a diez años con supervivencia libre de trasplante hasta 86%. Sin intervención oportuna, la mortalidad infantil en formas severas es elevada, lo que resalta la importancia del diagnóstico diferencial preciso. **Descripción del caso:** Se presenta recién nacida femenina, producto de embarazo de bajo riesgo, con estudios prenatales normales hasta la semana 36, cuando se identificó asimetría ventricular con dominancia derecha, válvula mitral estenótica, ventrículo izquierdo pequeño y arco aórtico hipoplásico, estableciéndose sospecha de hipoplasia del corazón izquierdo. En el período neonatal se documentó dependencia ductal. El ecocardiograma posnatal confirmó coartación crítica de la aorta con hipoplasia severa del istmo, arco aórtico izquierdo de configuración gótica, subclavia derecha aberrante,

válvula aórtica bicúspide hipoplásica y válvula mitral hipoplásica, con ventrículo izquierdo de tamaño y función conservados. Estudios de imagen evidenciaron anatomía compleja del arco con doble vena cava superior. Se realizó corrección quirúrgica temprana del arco, con evolución favorable y mejoría progresiva de la hipertensión pulmonar. Durante el seguimiento se observó progresión de la estenosis aórtica hasta criterios de severidad a los siete meses de vida, con estenosis mitral moderada persistente, requiriendo valvuloplastia aórtica percutánea con balón, logrando mejoría y mínima insuficiencia residual. La paciente permanece hemodinámicamente estable. **Conclusión:** La reevaluación posnatal permitió redefinir el diagnóstico y seleccionar una estrategia biventricular exitosa. Este caso evidencia la necesidad de reconsiderar diagnósticos diferenciales en cardiopatías obstructivas izquierdas, y resalta la importancia de un abordaje integral en contextos con recursos limitados.

11TL. CORRECCIÓN QUIRÚRGICA TARDÍA DE DEFECTO SEPTAL AURICULOVENTRICULAR PARCIAL EN PEDIATRÍA. REPORTE DE CASO. Sara Elizabeth Milla Salguero¹, Keibhim Orellana², Eduardo Smelin Perdomo³. ¹Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, Departamento de Pediatría, San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Cirugía Cardiovascular; San Pedro Sula, Honduras, ³Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Las cardiopatías congénitas afectan al 1% de los nacidos vivos y son la principal causa de muerte por anomalías congénitas en la infancia. El defecto septal auriculoventricular parcial representa alrededor del 1–2% de estas patologías. La corrección quirúrgica suele realizarse en la infancia para prevenir complicaciones hemodinámicas progresivas. La presentación en la adolescencia tardía sin compromiso hemodinámico significativo es poco frecuente y plantea desafíos clínicos y quirúrgicos. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 18 años, diagnosticada a los 12 años, clase funcional I, en puerperio inmediato tras embarazo sin complicaciones. El ecocardiograma mostró defecto tipo ostium primum de 23 mm con shunt izquierda-derecha, cleft de válvula auriculoventricular izquierda con regurgitación leve-moderada y dilatación de cavidades derechas, sin hipertensión pulmonar (gradiente tricuspídeo 27 mmHg) y función ventricular izquierda conservada. Se realizó cierre del cleft y del defecto con parche de pericardio autólogo bajo circulación extracorpórea (CEC). La evolución postoperatoria fue favorable, con extubación temprana, sin soporte inotrópico ni arritmias persistentes y egreso al cuarto día. **Conclusión:** El diagnóstico tardío de defecto septal auriculoventricular parcial sin compromiso hemodinámico significativo es infrecuente. Este caso resalta la importancia del diagnóstico oportuno y demuestra que la corrección quirúrgica tardía puede realizarse con desenlaces favorables incluso en ausencia de compromiso hemodinámico, aun en el contexto de los cambios propios del puerperio. Asimismo, resalta la importancia del seguimiento postoperatorio a largo plazo para la evaluación de la función valvular y el riesgo de arritmias.

12TL. COMPRESIÓN MEDULAR POR MAL DE POTT EN PACIENTE PEDIÁTRICO. REPORTE DE CASO. Gabriela Alejandra Guardado Reyes¹, Wilmer Alejandro Madrid Mejía¹, Carlos Genaro García¹. ¹Hospital Mario Catarino Rivas, Sala de Medicina Pediátrica, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El Mal de Pott constituye la forma más frecuente de tuberculosis vertebral y puede inducir compresión medular, con déficit neurológico significativo. En pediatría, su presentación suele ser insidiosa y frecuentemente carece de síntomas sistémicos, lo que retrasa el diagnóstico. La identificación temprana mediante estudios imagenológicos y confirmación histopatológica es fundamental para prevenir secuelas neurológicas permanentes. Se describe un caso pediátrico con compromiso vertebral y déficit neurológico progresivo. **Descripción del caso:** Paciente masculino de seis años, consultó por dolor dorsal intenso a nivel de T4 y déficit motor bilateral, con arreflexia de miembros inferiores y signo de Babinski positivo, sin disfunción esfinteriana. Antecedentes de contacto intradomiciliario, madre con antecedentes de tuberculosis recibió tratamiento y lo completó, mientras que los hermanos recibieron quimioprofilaxis; el paciente no fue candidato por edad según normas vigentes. Laboratorialmente prueba cutánea de derivado proteico purificado y GeneXpert en jugo gástrico negativos, VIH negativo. Radiografía de tórax sin alteraciones. La resonancia magnética de columna evidenció compromiso de cuerpos vertebrales T4, T5, T6 y T10, con extensión inflamatoria paravertebral y prevertebral anterior y posterior. Se realizó intervención neuroquirúrgica para biopsia y estabilización vertebral, cuyo estudio histopatológico reveló tejido fibroconectivo y óseo con reacción granulomatosa necrotizante, compatible con tuberculosis vertebral. El paciente inició tratamiento antituberculoso y rehabilitación física dos veces por semana. Actualmente, presenta fuerza 3/5 según la escala Medical Research Council (MRC) en ambos miembros inferiores, reflejos tendinosos profundos conservados y ausencia de dolor, aunque la deambulación aún no se ha restablecido. **Conclusión:** El Mal de Pott debe considerarse en pacientes pediátricos con dolor vertebral persistente y déficit neurológico, incluso con pruebas microbiológicas negativas y ausencia de síntomas sistémicos. La resonancia magnética y la confirmación histopatológica son esenciales para el diagnóstico definitivo, y la intervención quirúrgica temprana, combinada con tratamiento antituberculoso y rehabilitación, puede optimizar la recuperación neurológica.

13TL. INTOXICACIONES EXÓGENAS EN MENORES DE 17 AÑOS: ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y CAUSAL. Claudia María Pérez Cáliz¹, Claudia Carolina Calix García², Leny Margarita Romero Vanegas³. ¹Clínica Pérez, Consulta Externa, Lepaera, Honduras, ²Hospital Juan Manuel Gálvez, Servicio de Pediatría, Gracias, Honduras, ³Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Las intoxicaciones exógenas en población pediátrica constituyen un problema relevante de salud pública mundial. Se estima que representan hasta el 10% de las le-

siones no intencionales en la infancia, con mayor frecuencia en menores de cinco años y ocurren predominantemente en el hogar. La Organización Mundial de la Salud reporta alrededor de 45, 000 muertes anuales por intoxicaciones en menores de 20 años. **Objetivo:** Describir el perfil epidemiológico y causal de las intoxicaciones exógenas en pacientes menores de 17 años atendidos en el Hospital Juan Manuel Gálvez, entre 2022 - 2024. **Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, con una muestra de 95 pacientes obtenida mediante muestreo por conveniencia. Se analizaron variables sociodemográficas y clínica relacionadas con el modo y causa de intoxicación, agente tóxico, vía de exposición, tiempo de atención y desenlace, mediante estadística descriptiva basada en frecuencias y porcentajes. El estudio se realizó respetando los principios éticos, garantizando confidencialidad, con aprobación institucional. **Resultados:** Se incluyeron 95 pacientes pediátricos. Las intoxicaciones voluntarias representaron el 53.7 % de los casos, concentrándose en adolescentes, mientras que en lactantes y preescolares el 100% fueron accidentales. Entre las intoxicaciones voluntarias, el principal desencadenante fueron los problemas familiares (41.2%). El agente causal predominante fueron los plaguicidas (63.2%), con predominio de la vía oral. El 37.9% de los pacientes procedía del municipio de Gracias. La evolución clínica fue favorable en la mayoría de los casos, con alta médica en el 95.8 % y baja frecuencia de complicaciones (5.3%). **Conclusiones:** Las intoxicaciones exógenas en menores de 17 años representan un desafío significativo para la salud pública, con patrones causales y epidemiológicos definidos. Los hallazgos evidencian la necesidad de intervenciones preventivas dirigidas especialmente a la población adolescente y su entorno familiar, así como programas de educación, regulación de acceso a plaguicidas y fortalecimiento de la salud mental.

14TL. TROMBOCITOPENIA HEREDITARIA TIPO BERNARD-SOULIER EN RECIÉN NACIDO. REPORTE DE CASO. Marica Gabriela Ramírez Fajardo¹, Andrea Nicolle Ferrera Gutiérrez¹, Roxana Martinez². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría, San Pedro Sula, Honduras. ²Instituto Hondureño de Seguridad Social, Sala de Oncología Pediátrica, San Pedro, Honduras.

Introducción: El síndrome de Bernard-Soulier es un trastorno hereditario poco frecuente de la coagulación, ocupando el séptimo lugar en frecuencia, de carácter autosómico recesivo, con variante dominante, caracterizado por plaquetas gigantes, trombocitopenia y tendencia a sangrados. Su diagnóstico requiere sospecha clínica y confirmación mediante estudios hematológicos, incluyendo evaluación familiar. Se debe proporcionar educación y buen seguimiento, solo se cuenta con manejo profiláctico en casos de procedimientos con riesgo y eventos hemorrágicos. **Descripción del caso :** Se presenta recién nacida femenina a término, procedente de aldea el Zapotal, San Pedro Sula, con peso al nacer 3,965 gramos y adecuada adaptación neonatal, Apgar 8 y 9, sin evidencia de consanguinidad. Durante estudios de rutina se evidenció: trombocitopenia significativa con recuento plaquetario de 34,000/ μ L,

confirmada en repetición, las demás series del hemograma sin alteraciones, paciente sin otra manifestación clínica. En el frotis de sangre periférica, plaquetas de gran tamaño sin alteraciones morfológicas adicionales. La paciente permaneció clínicamente estable durante su hospitalización, sin sangrado cutáneo, ni mucoso, sin datos clínicos y laboratoriales de sepsis, ni hemolisis, además con el antecedente materno de trombocitopenia gestacional, durante los controles prenatales; surgió la sospecha de trombocitopenia hereditaria, se realizó estudio hematológico a familiares de primer grado. La madre y hermana primogénita presentaron hallazgos similares en el frotis, con plaquetas grandes y trombocitopenia, el resto de series hematológicas sin alteración, no presentan antecedentes de hemorragias relevantes, además por relato el abuelo materno con trombocitopenia, como hallazgo incidental durante varias consultas médicas, sin estudios hematológicos complementarios. **Discusión:** Los hallazgos clínicos y hematológicos, junto con el antecedente familiar, son compatibles con trombocitopenia hereditaria tipo Bernard-Soulier. Este caso resalta la importancia de incluir la evaluación morfológica de plaquetas en el abordaje inicial de neonatos con trombocitopenia aislada, lo que contribuye a un diagnóstico oportuno y a la planificación adecuada del seguimiento clínico.

15TL. TUMOR FILODES: DE LA SOSPECHA CLÍNICA AL MANEJO QUIRÚRGICO. REPORTE DE CASO. Norma Isabel Galeas Calleja¹, Fernando José García Díaz¹, Víctor David Bardales Amador¹, Borlin Daniel Galeas Castillo², Gladys Ivette Bardales Gámez³. ¹Clínica Salud Integral de la Mujer, Consulta Externa, Tegucigalpa, Honduras. ²Clínica Salud Integral de la Mujer, Servicio de Cirugía General, Tegucigalpa, Honduras. ³Clínica Salud Integral de la Mujer, Servicio de Gineco-Obstetricia, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El tumor filodes es una neoplasia fibroepitelial inhabitual representa <1% de los tumores mamarios. Es frecuente en mujeres >35 años. Presentándose como nódulos mamarios firmes, bien delimitados, indolores, con tamaño >3 cm, de crecimiento rápido. Su diagnóstico es desafiante ya que debe diferenciarse de una gama amplia de patologías mamarias. Se clasifican en benignos, borderline y malignos. El tratamiento de elección es quirúrgico. Pueden recidivar hasta un 20%. **Descripción del caso:** Femenina de 25 años, con antecedentes quirúrgicos de dos fibroadenomas en los años 2019 y 2022 en Cuadrante Superior Externo (CSE) de Mama Derecha (MD), consulta por una masa de gran tamaño en MD de siete meses de evolución y cambios de coloración en piel. Al examen físico se observó asimetría mamaria por una protuberancia en CSE de la MD y piel eritematosa en el mismo cuadrante, palpándose un nódulo firme, móvil, no caliente, indoloro, de 12x12 cm, sin secreción del pezón, axila negativa. Mama izquierda sin alteración. El ultrasonido evidenció un nódulo sólido regular, de 10.9x10.35x5.99 cm, doppler negativo. Se practicó una biopsia tru-cut que reportó una lesión epitelial benigna. Se realizó exéresis quirúrgica cuyo resultado histopatológico describe una masa de 15x13.2x10 cm con 850 gramos, siendo una

neoplasia bifásica con componentes epiteliales y estromales sin atipia citológica, mitosis, sobre crecimiento estromal o elementos heterólogos, bordes de resección a 1 mm de la lesión, diagnosticando tumor filodes benigno. La paciente evoluciona favorablemente, se indica ecografía control a los seis meses.

Conclusión: El tumor filodes es un reto diagnóstico debido a su comportamiento clínico variable, este caso nos recuerda que su presentación en pacientes < 35 años es inusual pero no por eso se debe descartar, por lo tanto, el análisis histológico es indispensable para su adecuada identificación y tratamiento oportuno, salvaguardando la salud de los pacientes.

16TL. CAMINOS INVISIBLES PARA PREVENIR; TAMIZAJE, CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE AL CÁNCER CERVICOUTERINO EN COMUNIDADES RURALES.

Doria Aracely Carrasco Cerrato¹, Julio César Chavarría Carrasco², Julio Cesar Chavarría¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Tegucigalpa, Honduras. ²Centro Médico Sabanagrande, Sabanagrande, Honduras.

Introducción: El cáncer cervicouterino continúa siendo una de las principales causas de mortalidad en mujeres hondureñas en edad reproductiva. Aunque es prevenible, la citología cervical sigue siendo el método de tamizaje más utilizado por su bajo costo y facilidad técnica. Sin embargo, su cobertura sigue siendo limitada, especialmente en comunidades rurales como Santa Ana, Sabanagrande y La Venta (Francisco Morazán), donde existen barreras estructurales, sociales y educativas que dificultan el acceso a servicios de prevención. Este estudio busca comprender las razones detrás de esta baja cobertura, considerando tanto factores clínicos como las experiencias y percepciones de las mujeres. **Objetivo:** Explorar la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre cáncer cervicouterino y la participación en programas de tamizaje mediante citología convencional en mujeres de estas comunidades. **Métodos:** Estudio observacional descriptivo de corte transversal en tres municipios rurales del sur de Honduras. Se utilizó muestreo por conveniencia en mujeres de 18 a 65 años participantes en jornadas comunitarias (septiembre-noviembre 2025). Se aplicó encuesta CAP y citología cervical por personal capacitado. Los datos se recolectaron mediante entrevistas y registros clínicos, y se analizaron con estadística descriptiva. Se contó con aprobación ética y consentimiento informado. **Resultados:** El 39.5 % de citologías mostró inflamación severa, infecciones o cambios celulares. El 52 % presentó bajo conocimiento y solo el 7 % alto. El 71 % mostró actitudes ambivalentes. Aunque más del 60 % reportó prácticas adecuadas, el 48 % no pudo asistir, principalmente por falta de transporte o menstruación. Se evidenció inicio temprano de vida sexual y alta paridad. **Discusión:** El acceso al tamizaje es un problema de equidad más que de voluntad. Las barreras son estructurales, por lo que educar, facilitar y acompañar desde lo comunitario es clave.

17TL. EL ROL DE LA COLPOSCOPIA EN LA GINECOLOGÍA MODERNA. Marco Antonio Urquía Lazo. Universidad de San Carlos, Postgrado de Ginecología Oncológica, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

Introducción: La colposcopia sigue siendo esencial en la evaluación de lesiones cervicales. Integrar técnicas modernas (biomarcadores y procedimientos ambulatorios) puede mejorar la precisión diagnóstica y el manejo. **Descripción de la experiencia:** En la unidad de colposcopia del Instituto de Canceroología (INCAN) de Guatemala se evalúan todas las pacientes remitidas por tamizaje positivo para virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo o citología anormal. Se realizan colposcopias con toma de biopsias dirigidas; en casos seleccionados se utilizan biomarcadores mediante tinción dual p16/Ki-67. Los procedimientos excisionales se realizan ambulatoriamente mediante conización tipo LLETZ (Large Loop Excision of the Transformation Zone). La incorporación de p16/Ki-67 mejora la estratificación del riesgo en pacientes con hallazgos colposcópicos ambiguos, reduciendo biopsias innecesarias y optimizando la indicación de LLETZ. El procedimiento LLETZ permite un tratamiento oportuno y en casos positivos para carcinoma, permite seleccionar a las pacientes para cirugía no radical, con baja morbilidad en el entorno ambulatorio. **Lecciones aprendidas:** Se confirmó la alta dependencia del operador en el rendimiento colposcópico; la correlación clínica, citológica y molecular aumentó la concordancia diagnóstica. La colposcopia, complementada con biomarcadores y LLETZ, es una estrategia eficaz y conservadora en el contexto oncológico ambulatorio para el manejo de lesiones cervicales en un centro oncológico. Se evidenció que la formación continua de colposcopistas, la integración de protocolos clínicos con herramientas de citología molecular y la coordinación con estrategias quirúrgicas conservadoras contribuyen a optimizar los resultados diagnósticos y terapéuticos, así como a disminuir la morbilidad operatoria.

18TL. TUBERCULOSIS ENDOMETRIAL: REPORTE DE CASO.

Dulce Alejandra Henríquez¹, José Orlando Maldonado¹, Amábilis Fuentes², Mario Velásquez¹. ¹Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Tuberculosis, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Militar, Servicio de Ginecología, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La tuberculosis, causada por *Mycobacterium tuberculosis*, afecta principalmente los pulmones, aunque puede comprometer otros órganos como el tracto genital femenino, constituyendo una forma extra pulmonar poco frecuente. La infertilidad representa el principal motivo de consulta en pacientes con tuberculosis genital. El diagnóstico suele ser complejo, ya que la enfermedad permanece frecuentemente asintomática y se manifiesta con síntomas inespecíficos. Las trompas de Falopio se ven afectadas en 90-100%, el endometrio en 50-60%, los ovarios en 20-30%, el cérvix en 5-24 %, la vagina y la vulva en

1-2%, mientras que el miometrio rara vez se encuentra comprometido. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 35 años residente en Rumania, originaria de Honduras con antecedente de sangrados intermenstruales y dificultad para concebir un hijo por más de 4 años. Durante histeroscopia se observó un canal cervical de aspecto anormal y un endometrio con múltiples micro pólipos atróficos, se tomaron biopsias que reportaron endometritis granulomatosa. La confirmación diagnóstica se realizó mediante GeneXpert y cultivo líquido automatizado (MGIT), ambas positivas para *Mycobacterium tuberculosis*. Tratamiento y evolución: Se inició tratamiento antifímico con el objetivo de minimizar los efectos adversos de la infección sobre el aparato genital. El seguimiento clínico es determinante para evaluar las posibles complicaciones relacionadas con la fertilidad, dado que la afectación endometrial puede comprometer la implantación y evolución de un embarazo. **Conclusión:** La tuberculosis genital debe considerarse en mujeres en edad reproductiva con infertilidad de origen desconocido, particularmente en regiones con alta prevalencia de la enfermedad como Honduras. El uso de pruebas microbiológicas específicas es esencial para lograr un diagnóstico oportuno y preciso, permitiendo instaurar tratamiento adecuado y mejorar el pronóstico reproductivo.

19TL. CIRUGÍA NO RADICAL EN CÁNCER CERVICAL TEMPRANO DE BAJO RIESGO. Marco Antonio Urquía¹, Carlos Mauricio Zerón². ¹Universidad de San Carlos, Postgrado de Ginecología Oncológica, Ciudad de Guatemala, Guatemala. ²Instituto de Cancerología, Servicio de Ginecología Oncológica, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

Introducción: La histerectomía radical con linfadenectomía pélvica es estándar en cáncer cervical temprano, pero con alta morbilidad. Evidencia reciente, como los ensayos Conservative Surgery for Early Stage Cervical Cancer (ConCerv) y el Hysterectomy and Pelvic node evaluation (SHAPE) sugieren que en pacientes de bajo riesgo se puede considerar cirugía no radical. **Objetivo:** Evaluar la factibilidad del manejo quirúrgico no radical en pacientes con cáncer cervical temprano de bajo riesgo en el Instituto de Cancerología (INCAN), Guatemala. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo tipo serie de casos (julio de 2023 a septiembre de 2025), aprobado por el Comité de Ética y el Comité de Investigación del INCAN. Se revisaron expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de cáncer cervical en etapa temprana (IA1-IB1). Se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia. Las pacientes fueron evaluadas inicialmente mediante conización tipo Large Loop Excisión of the Transformation Zone (LLETZ) para determinar bajo riesgo: ausencia de permeación linfovascular, invasión estromal <10 mm, histología favorable y grado 1 y 2. **Resultados:** De 29 pacientes identificadas; 20 sometidas a LLETZ; 12 cumplieron criterios de bajo riesgo y recibieron histerectomía extrafascial (11 por vía laparoscópica). Biopsia de ganglio centinela realizada en 11 pacientes; todos negativos para macro y micro metástasis. La distribución por estadio clínico fue: IA1 16.7% (2/12), IA2 41.7% (5/12) e IB1 41.7% (5/12). Predominó el carcinoma escamoso 91.7% (11/12), seguido de adenocarcinoma 8.3% (1/12). Una

paciente requirió radioterapia adyuvante. **Discusión:** En pacientes seleccionadas con cáncer cervical temprano de bajo riesgo, la histerectomía extrafascial con evaluación ganglionar centinela es factible y congruente con hallazgos de los ensayos ConCerv y SHAPE, que respaldan la seguridad de procedimientos no radicales en pacientes adecuadamente seleccionadas.

20TL. EMBARAZO ECTÓPICO RETROPERITONEAL UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO, REPORTE DE CASO. Adriana Parodi Turcios¹, Kely Emanuel Castellon¹, Claudia P. Montoya¹. ¹Hospital Regional de Occidente, Sala de Ginecología, Santa Rosa de Copan, Honduras.

Introducción: El embarazo ectópico es la implantación anómala del saco gestacional fuera de la cavidad uterina. Ocurre en un pequeño porcentaje de todos los embarazos siendo la trompa de Falopio el sitio de implantación más común. La implantación retroperitoneal se presenta únicamente en el 0.9% de todos los embarazos ectópicos. Comúnmente se asocia a técnicas de reproducción asistida, daño a trompas de Falopio y transporte tubárico alterado. **Descripción del caso:** Paciente cuartigesta de 26 años es referida de atención primaria por historia de dolor abdominal, y sangrado transvaginal rojo rutilante de 3 días de evolución. Paciente refiere amenorrea de 11.6 semanas previo a sangrado. Se evalúa en servicio de emergencia encontrando prueba de embarazo positiva escasos restos hemáticos, abdomen doloroso y cérvix permeable al pulpejo. Se lleva a quirófano como sospecha de embarazo ectópico roto por cínica. En quirófano se encuentran estructuras sin alteraciones ni presencia de saco gestacional. Se observa hematoma en zona III de retroperitoneo de dimensiones no especificadas. En transoperatorio se interconsulta con cirugía quien sugiere no explorar valorando riesgo-beneficio, se concluye procedimiento. A ±24 hrs. del postoperatorio paciente permanece hemodinámicamente inestable PA 80/40 mmHg, FC 125 lpm, sangrado vía dreno y con irritación peritoneal por lo que se decide reintervenir inmediatamente con equipo multidisciplinario encontrando hemoperitoneo 500 ml y hematoma retroperitoneal en zona III y zona II derecha identificando y resecaando tejidos embrionarios encontrados entre útero y vejiga. Se concluye cirugía; paciente evoluciona satisfactoriamente en postoperatorio. **Conclusión:** el embarazo ectópico presenta una alta mortalidad atribuido en gran medida a su presentación insidiosa lo que retrasa su diagnóstico. Su manejo se realiza mediante laparoscopia, laparotomía o manejo medico con metotrexato dependiendo de la severidad del caso siendo el manejo quirúrgico el Gold Standard. Un diagnóstico oportuno permite actuar de manera oportuna reduciendo la incidencia de complicaciones.

21TL. MEGAPREPUCIO CONGÉNITO O VEJIGA PREPUCIAL: REPORTE DE CASO. Kriss Lanza Gradiz¹, Enrique Tomé Zelaya¹. ¹Hospital Escuela, Servicio de Cirugía Pediátrica, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El megaprepucio congénito o vejiga prepucial es una anomalía infrecuente descrita inicialmente por O'Brien

en 1994, consiste en un abultamiento en forma de reservorio a nivel ventral del pene en el momento de la micción, la cual sólo se produce al comprimirlo. **Descripción del caso:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 5 meses de edad, sin antecedentes personales patológicos, cuya madre acude por dificultad a la micción que sólo se logra mediante la descompresión manual de la región al acumularse orina en la piel redundante que recubre el pene; madre niega infecciones urinarias, balanitis y cuadros febriles previos. A la evaluación física de genitales se evidencia exceso de piel y tejido adiposo que se acumulan sobre lo que impresiona ser la estructura del falo, sin posibilidad de visualizar el glande ni el pene e identificando acúmulo de orina en dicha piel que cede y se excreta a la compresión manual durante la evaluación. Con lo anterior se consigna el diagnóstico de megaprepucio congénito que amerita corrección quirúrgica, se solicita previo a intervención hemograma completo sin alteración y ultrasonido renal y de vías urinarias que se encuentra dentro de parámetros normales. Se realiza como manejo quirúrgico prepucioplastia con desunció peneana, exéresis de piel y mucosa excedente, y reconstrucción peneana con colgajo en "Y" tipo Byer con sutura interrumpida absorbible, con lo que se consigue resultado estético y funcional favorable con micción a chorro desde la punta del pene. **Conclusión:** El megaprepucio congénito o vejiga prepucial, es una condición muy infrecuente, que en niños algunas ocasiones puede no sólo tener un impacto estético sino funcional en la excreción de orina, la cirugía de corrección es el tratamiento de elección y supone grandes retos para el cirujano, sin embargo, resulta en una técnica segura y definitiva, con excelentes resultados para el paciente a largo plazo y satisfacción de los padres.

22TL. SÍNDROME DE COMPRESIÓN MEDULAR SECUNDARIO A MENINGIOMA TORÁCICO ESPINAL. REPORTE DE CASO Jennifer G. Tábor¹, Filadelfo A. Mahoudeau². ¹Hospital de Occidente, Servicio de Neurocirugía, Santa Rosa de Copán, Honduras. ²Clínica de Especialidades Médicas, Servicio de Emergencias, Santa Rosa de Copán, Honduras.

Introducción: Los meningiomas espinales representan una minoría de todos los meningiomas (12%). Son lesiones intradurales extramedulares que tienen predilección por la región torácica (64%) provocando compresión significativa de la médula espinal, generando compromiso neurológico importante, dolor, déficit motor, alteraciones sensitivas y en el control de los esfínteres. **Descripción del caso:** Paciente masculino, 58 años, historia de pérdida progresiva de la fuerza en los miembros inferiores de cinco meses de evolución, acompañado de espasticidad muscular, dificultad para deambular y retención urinaria. A la exploración: nivel sensitivo T5, miembro inferior derecho: fuerza 2/5 e hiperreflexia; miembro inferior izquierdo: fuerza 1/5 y clonus; Babinski bilateral. Resonancia magnética de columna torácica: Evidenció lesión redondeada extraaxial a nivel de T6; isointensa en secuencia T1 y T2, realce uniforme con la administración del medio de contraste y compresión de la médula espinal hacia el lado derecho. Fue llevado a sala de operaciones, donde se realizó exéresis tumoral Simpson II,

encontrando lesión con buen plano de clivaje, adherida a la cara lateral izquierda del saco dural. Se envió biopsia que reportó: meningioma grado I según la organización mundial de la salud. En el postoperatorio, hubo recuperación de la funcionalidad de forma progresiva. Se da de alta sin ninguna complicación. **Conclusión:** Los meningiomas espinales, aunque infrecuentes deben considerarse en el diagnóstico diferencial en pacientes con déficit neurológico progresivo. La correlación clínico-radiológica permite un diagnóstico oportuno, clave para prevenir daño neurológico irreversible.

23TL. MANEJO INTERDISCIPLINARIO EN PATOLOGÍA TIROIDEA COMPLEJA. SERIE DE CASOS. Sonia Carolina Fortín Zavala. Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Cirugía, Tegucigalpa, Honduras

Introducción: La patología y el cáncer tiroideo, tienen alta incidencia en estadios tardíos, aunque puedan ser detectados tempranamente. El Instituto Nacional Cardiopulmonar es centro de referencia de cáncer de tiroides, en pacientes cardioneuromopatas; esto ha obligado a trabajar interdisciplinariamente, en casos de alta complejidad. Se presentan tres casos que requirieron manejo interdisciplinario para su resolución. **Descripción de Serie de casos: Caso 1:** Femenina 29 años, tratada desde hacía 7 años por bocio hiperfuncionante. Biopsia con aguja reportó carcinoma papilar. Sometida a cirugía cervical en otro centro, sin lograr tiroidectomía. Medicina nuclear decidió no aplicar Yodo-131 y referirla nuevamente a cirugía. Reinició manejo antitiroideo y 5 meses después sometida a tiroidectomía total y traqueostomía, encontrando infiltración a tráquea, esófago, yugular y carótida derecha. Manejo en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Recibió dos dosis Yodo-131. Actualmente sin traqueostomía. **Caso 2:** Masculino 69 años. Ingresado por descompensación de miocardiopatía dilatada, fibrilación auricular, prediabetes, hipertensión, insuficiencia renal aguda e hipotiroidismo. Egresó con manejo médico pues no aceptó angioplastia. Biopsia tiroidea reportó carcinoma papilar. Por bradicardia sostenida, se colocó marcapaso temporal para la tiroidectomía total. UCI. Recibió una dosis Yodo-131. **Caso 3:** Femenina 60 años, insuficiencia ventilatoria, estridor severo, Enfermedad Pulmonar Obstructiva (EPOC) sobreinfectado, desnutrición y bocio gigante. Inicia manejo médico y nutricional. Intubación fallida. Se programa dilatación traqueal con balón y a continuación tiroidectomía total y traqueostomía. UCI. Rehabilitación. Pendiente el Yodo-131. **Conclusión:** El manejo del cáncer de tiroides en etapas tempranas, es relativamente sencillo, pero cuando se detecta en estados avanzados o concomitante con otras patologías, requiere invariablemente un manejo interdisciplinario que involucra, Endocrinología, Nutrición, Terapia Física, Neumología, Cardiología, Infectología, Anestesiología, Intensivos, Psicología, Medicina Nuclear, Cirugía y Oncología. Se considera que casos como los aquí expuestos, requieren ser atendidos en centros de mayor complejidad y abordarse con paciencia y manejo médico que lleve al paciente a alcanzar las mejores condiciones para afrontar la cirugía.

24TL. DIVERTÍCULO DE MECKEL CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, COMPLICACIÓN EN ADULTO MAYOR. REPORTE DE CASO. Manuel David Ávila Tomme¹, Said Asmsbeth Mejía Lemus², Elvia María Soriano Cerna³, Helen Jaqueline Medina Ochoa⁴. ¹Instituto Hondureño de Seguridad Social, Sala Cirugía General, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Sala de Emergencia de Cirugía, Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital General San Felipe, Sala de Emergencia Cirugía, Tegucigalpa Honduras. ⁴Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado de Cirugía, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El divertículo de Meckel es la malformación gastrointestinal congénita más frecuente y surge por la involución parcial o total del conducto onfalomesentérico en el desarrollo embrionario, formando un divertículo verdadero que incluye todas las capas del intestino delgado. Su incidencia es de 0.6 a 4% en la población general y suele ser asintomático hasta la adultez, cuando puede manifestarse como cuadros similares a apendicitis aguda, hemorragia digestiva baja y obstrucción intestinal, esta última más común en niños. Aunque es más frecuente en hombres, en el departamento de Francisco Morazán se reportaron tres casos en 2025, todos masculinos. **Descripción del caso:** Se expone el caso de un paciente de 73 años, sin antecedentes quirúrgicos abdominales, quien ingresó al servicio de Cirugía del Hospital Escuela por dolor abdominal persistente de seis días, vómitos, ausencia de evacuaciones y gases. Fue hospitalizado con diagnóstico de obstrucción intestinal mecánica y, tras una laparotomía exploradora, se identificó: peritonitis 400cc, divertículo de Meckel abscedado, por lo que se realizó resección del segmento ileal afectado de 15cm a 90cm de válvula ileocecal con anastomosis termino-terminal con técnica de 2 hilos, manual. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta al décimo día sin complicaciones. El hallazgo del divertículo suele ser incidental, detectándose en solo 4-6% de los casos mediante estudios dirigidos. Entre los métodos diagnósticos destacan la tomografía computarizada, cintigrafía con Tc-99m, video cápsula endoscópica y procedimientos quirúrgicos. El tratamiento es quirúrgico debido a las múltiples complicaciones asociadas. **Conclusión:** El divertículo de Meckel, aunque poco frecuente, es una causa relevante de obstrucción intestinal mecánica en adultos mayores, especialmente en casos atípicos y sin antecedentes quirúrgicos. Su diagnóstico representa un reto por la similitud clínica con otras patologías abdominales y la frecuencia de hallazgos incidentales. El reconocimiento oportuno permite un manejo adecuado y mejora el pronóstico.

25TL. LESIONES TRAUMÁTICAS COMPLEJAS, HOMBROS FLOTANTES. SERIE DE CASOS. Roberto Efraín Rodríguez¹, Leonel Alexis Rosales². ¹Hospital Escuela, Emergencia de Ortopedia, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Servicio de Ortopedia, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Tradicionalmente, en el hombro flotante se presentan fracturas del cuello de la escápula y de la clavícula

distal. Actualmente incluye lesiones de los ligamentos coracoacromial y acromioclavicular. Es una lesión rara, con incidencia del 0.1%, ocasionadas en su mayoría por traumas de alta energía. **Descripción de Serie de casos:** Se presentan dos casos de hombro flotante en pacientes adultos atendidos en el Hospital Escuela. **Caso 1:** Masculino, 36 años; con historia de aplastamiento en hemitórax izquierdo por microbús mientras éste lo reparaba. Al examen físico presentó equimosis, dolor intenso y limitación funcional a los arcos de movilidad, sin lesión neurovascular. Se realiza radiografía de hombro y se observan fracturas de la diáfisis medio-distal de la clavícula y del cuello y cuerpo de la escápula. Se indica manejo quirúrgico en dos tiempos, el primero para fijar la escápula con un abordaje de Judet y colocación placas de reconstrucción; el segundo para fijar la clavícula con un abordaje anterior y colocación de placa en S. Ambas cirugías con resultados satisfactorios. **Caso 2:** Masculino, 27 años; con historia de accidente vial tipo volcamiento en motocicleta, saliendo eyectado con trauma en hombro derecho. Al examen físico presentó dolor intenso y limitación funcional a los arcos de movimiento, sin lesión neurovascular. Se realiza radiografía de hombro y se observan fracturas de diáfisis medio-distal de la clavícula y del cuello y cuerpo de la escápula. Se decide manejo quirúrgico en dos tiempos, el primero para fijar la clavícula con un abordaje anterior y colocación de placa en S; el segundo para fijar la escápula con abordaje de Judet y colocación placas de reconstrucción. Ambas cirugías con resultados satisfactorios. **Conclusión:** La reducción abierta y fijación interna tempranas de las lesiones de hombro flotante inestables y significativamente desplazadas permiten una rehabilitación precoz y un mejor resultado funcional.

26TL. MÁS ALLÁ DEL PANAL DE ABEJA: DESAFIANDO EL DIAGNÓSTICO DEL HEMANGIOMA VERTEBRAL ATÍPICO. REPORTE DE CASO. María Alejandra Amador Lainez¹, David Velasquez¹, Janeth Bu². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado de Radiología e Imágenes Médicas, Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Radiología, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Los hemangiomas vertebrales representan las neoplasias óseas benignas más comunes de la columna. Se originan por proliferación de canales vasculares de tipo cavernoso, capilar o venoso que reemplazan la médula ósea normal. Generalmente presentan un crecimiento lento y son asintomáticos, siendo hallazgos incidentales en estudios de imagen solicitados por otras causas. En la tomografía el hallazgo característico es el patrón en “panal de abeja”, producido por el engrosamiento de las trabéculas óseas verticales. La mayoría de los casos son asintomáticos, menos del 1% puede presentar dolor local mecánico, dolor radicular, en casos graves, compresión medular secundaria a extensión epidural o colapso vertebral. Actualmente se reconoce la importancia del hemangioma vertebral pobre en lípidos como una variante distinta del hemangioma típico, caracterizada por menor contenido graso en resonancia magnética (RM) y potencial comportamiento más agresivo. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 29 años, sin ante-

cedentes patológicos, con dolor lumbar de 5 años de evolución. La radiografía mostró un patrón trabecular grueso y vertical con aspecto en “panal de abeja” a nivel de L4, con posible extensión hacia estructuras posteriores vertebrales. La tomografía evidenció trabéculas reforzadas con áreas de estroma graso y patrón punteado en las imágenes axiales, conocido como “signo en polka dot”, con extensión hacia elementos posteriores de la vértebra. La RM mostró hipointensidad en secuencias T1 y T2, hallazgo compatible con hemangioma vertebral atípico o pobre en lípidos, a diferencia del hemangioma típico que suele ser hiperintenso por su alto contenido graso. **Conclusión:** El hemangioma vertebral es una lesión benigna en la mayoría de los casos, la variante pobre en lípidos representa un desafío clínico significativo debido a su potencial comportamiento agresivo. El diagnóstico debe trascender la simple identificación de la lesión para centrarse en la detección de signos de alarma radiológica que predigan el compromiso neurológico inminente.

27TL. SUPERINFECCIÓN POR *STRONGYLOIDES STERCORALIS* EN PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: REPORTE DE CASO. José Carlos Gomez¹, Denis Gabriel Rodríguez Aguilar¹, Maira Alejandra Torres Pinto². ¹Instituto Nacional Cardiopulmonar, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Tegucigalpa, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado Medicina Emergencias, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La infección por *strongyloides stercoralis* parasitosis endémica en regiones tropicales y subtropicales. En la mayoría de los pacientes inmunocompetentes puede permanecer asintomática o producir síntomas gastrointestinales leves. En determinadas condiciones puede evolucionar hacia un síndrome de hiperinfección o diseminación, caracterizado por aumento de la carga parasitaria y afectación de múltiples órganos, principalmente tracto gastrointestinal y pulmonar. Este cuadro se asocia con elevada mortalidad si no se reconoce y trata oportunamente. El diagnóstico puede ser difícil debido a su presentación clínica inespecífica, la sospecha clínica y la confirmación parasitológica son fundamentales. **Descripción del caso:** Masculino 67 años, residente de Tegucigalpa, con antecedentes de cardiopatía isquémica, fibrilación auricular y tuberculosis pulmonar. Hospitalizado por choque cardiogénico dado de alta el 14/10/25. Cinco días después reingresa por fiebre, tos, dolor torácico opresivo sin irradiación, disnea y diarrea dos días de evolución. Se presenta hipotenso, con datos de bajo gasto, se inicia aporte vasopresor. Inicialmente se considera síndrome coronario agudo tipo angina inestable. Por la presencia de fiebre, diarrea y hospitalización reciente, se sospecha infección por *clostridium difficile*, la cual fue descartada. Asimismo, procalcitonina negativa y electrocardiograma sin datos de isquemia aguda. Examen de orina y heces se identifican *strongyloides stercoralis*. Hemograma sin alteraciones. Ante la sospecha de hiperinfección se realizan estudios para inmuno-

supresión, VIH negativo; broncoscopia y lavado broncoalveolar confirma larvas rhabditoides y filariformes del parásito. Radiografía torax fibrosis pulmonar por secuelas de tuberculosis. Se inicia tratamiento con ivermectina 10mg diarios por 14 días. 72 horas después mejoría clínica significativa. Estudios microbiológicos seriados posteriores resultan negativos, confirmando respuesta al tratamiento. **Conclusión:** La hiperinfección por *strongyloides stercoralis* debe considerarse en pacientes con síntomas gastrointestinales y respiratorios, especialmente en regiones endémicas. El diagnóstico temprano y tratamiento oportuno con ivermectina pueden cambiar significativamente el pronóstico y evitar complicaciones potencialmente fatales.

28TL. SIGNO DE SPODICK: HALLAZGO ELECTROCARDIOGRÁFICO EN PERICARDITIS. REPORTE DE CASO. Jorge Roberto Guardado Irias¹, Ángel Alfonso Fiallos Zelaya¹. ¹Hospital General Atlántida, Departamento de Medicina Interna, La Ceiba, Honduras.

Introducción: La mitad de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) desarrollan afectación cardíaca, la pericarditis aguda se presenta en el 1% de los casos. Dentro de los hallazgos electrocardiográficos de la pericarditis aguda, el signo de Spodick (SS), descrito por primera vez en 1974, es poco reconocido y pasa desapercibido en práctica clínica. **Descripción del caso:** Femenina de 24 años, con antecedentes personales patológicos de LES, sin tratamiento médico, historia de presentar disnea progresiva de medianos a pequeños esfuerzos de 7 días de evolución, asociado a dolor torácico opresivo de 8 horas de evolución, 7 de 10 en la escala del dolor, con irradiación a cuello y hombro izquierdo. Al examen físico presentó PA: 90/60 mmHg, FC: 133 lpm, FR: 33 rpm, SO₂: 97%, a nivel cardiaco se auscultó frote pericárdico y presencia de ingurgitación yugular, sin pulso paradójico, el electrocardiograma de 12 derivaciones muestra taquicardia sinusal, elevación del segmento ST en II y aVF, un descenso del segmento TP en II y derivaciones precordiales (SS), el ecocardiograma transtorácico reportó derrame pericárdico marcado en región posterior, diámetro máximo de 27mm, sin parámetros de compromiso hemodinámico. Inicia tratamiento con antiinflamatorios no esteroides, colchicina 0.5mg cada 12 hrs y metilprednisolona intravenosa en pulsos, después de 3 días de tratamiento intrahospitalario presenta evolución clínica satisfactoria y es referida al departamento de reumatología para seguimiento de su patología de base. **Conclusión:** En la pericarditis aguda los cambios visibles en el electrocardiograma del segmento ST se deben a la inflamación del pericardio, afectando el potencial de acción del epicardio. El SS consiste en descenso del segmento TP en derivaciones II y precordiales del electrocardiograma. La presencia de este signo puede ayudar al médico a tener un diagnóstico más acertado de pericarditis aguda y excluir otras patologías cardíacas de origen isquémico.

29TL. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. Alex Mauricio Vásquez Osorto. Instituto Nacional Cardiopulmonar, Sala de Cardiología Hombres, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El Síndrome Coronario Agudo (SCA) constituye una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial y representa un desafío significativo para los sistemas de salud en países con recursos limitados. En Honduras, la información epidemiológica es escasa, lo que dificulta la planificación de estrategias de prevención y optimización de la atención hospitalaria. Resulta fundamental caracterizar el perfil clínico y epidemiológico de pacientes atendidos en centros especializados para fortalecer la toma de decisiones. **Objetivo:** Caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes hospitalizados con Síndrome Coronario Agudo en el Instituto Nacional Cardiopulmonar de octubre a diciembre de 2024. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo. Se incluyeron 49 expedientes clínicos de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de SCA, con el previo aval institucional del comité de ética. Se analizaron variables sociodemográficas, comorbilidades, tratamiento, estancia hospitalaria, requerimiento de cuidados críticos y mortalidad. El análisis estadístico incluyó frecuencias y proporciones para la caracterización de la población. **Resultados:** Predominó el sexo masculino 61.2% y los grupos etarios entre 51 y 70 años 53%. El 55.1% procedía de áreas urbanas y la mayoría presentó bajo nivel educativo. Los diagnósticos en orden de frecuencia fueron Infarto Agudo de Miocardio con elevación del ST (IAMCEST) y Angina Inestable con 36.73% cada uno, seguidos de Infarto sin elevación del ST (IAMSEST) 26.53%. Las comorbilidades principales fueron hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. El 20.4% requirió cuidados críticos. La intervención coronaria percutánea se realizó en 24.5% de los pacientes y la mortalidad intrahospitalaria fue 6.1%, concentrada en casos de IAMCEST. **Discusión:** Los resultados evidencian que el SCA afecta predominantemente a hombres de mediana edad con condiciones socioeconómicas limitadas. Aunque la adherencia a guías terapéuticas fue adecuada y la mortalidad relativamente baja, persisten brechas relacionadas con determinantes sociales de la salud.

30TL. PANCREATITIS AGUDA INDUCIDA POR HIPERTRIGLICERIDEMIA. REPORTE DE CASO. Bayron Josué Degrandes¹. ¹Instituto Hondureño de Seguridad Social, Unidad de Cuidados Intensivos, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La hipertrigliceridemia (HTG) es una causa conocida pero relativamente poco común de pancreatitis aguda (PA), representa aproximadamente 1–7% de los casos. Para considerar la HTG como etiología de PA, se requieren niveles séricos de triglicéridos (TG) >1000 mg/dL. La PA es una afección prevenible pero grave y potencialmente mortal que puede provocar consecuencias, como pancreatitis crónica, diabetes mellitus e insuficiencia orgánica. **Descripción del caso:** Mascu-

lino de 35 años, con antecedentes patológicos de dislipidemia, obesidad clínica grado 1, prediabetes sin tratamiento. Afirma presentar episodio de pancreatitis no establecida hace dos años. Ingresó con dolor abdominal de cuatro días de evolución, instauración progresiva en región epigástrica, punzante e irradiación a espalda, acompañado de vómitos. Al examen físico, dolor abdominal, sin datos de irritación peritoneal, taquipnea en reposo e hipoxemia. En los estudios laboratoriales se evidenció: glicemia 300 mg/dL, lipasa 2,800 UI/L, amilasa 963 UI/L, triglicéridos 1,800 mg/dL, hemoglobina 18 g/dL, creatinina 1.5 mg/dL. Radiografía de tórax demostró atelectasias bilaterales. Ultrasonido abdominal descarta proceso obstructivo y reveló páncreas edematoso. Se ingresa a unidad de cuidados intensivos por PA moderadamente severa según criterios severidad de Atlanta. Se manejó con insulina en infusión, anticoagulación con enoxaparina, hidratación, oxígeno y analgésicos. Al sexto día se realiza tomografía abdominal mostrando cambios intrínsecos del páncreas con inflamación peri pancreática. Los síntomas del paciente disminuyeron gradualmente, glicemias normales, resolución de disfunción orgánica y TG 500 mg/dL, lo que permitió la restauración de la vía oral y egresó de la unidad al octavo día. **Conclusión:** La evidencia científica actual describe que la PA asociada a HTG merece especial atención debido a su alta tasa de mortalidad, necesidad de cuidados intensivos y mayor duración de la hospitalización en comparación con otras causas con mayores incidencias de recurrencias. La identificación oportuna permite un rápido diagnóstico para iniciar un enfoque terapéutico.

31TL. CANDIDIASIS MUCOCUTÁNEA CRÓNICA, NOCARDIOSIS Y TUBERCULOSIS GANGLIONAR ASOCIADAS A MUTACIÓN STAT1 GOF. REPORTE DE CASO. Karen Gabriela Mejía Verdial¹, María Antonieta Sandoval Vargas², Héctor Eduardo Guidos Morales³, Ernesto Pleitez Sandoval⁴. ¹Hospital Tela, Servicio de Pediatría, Tela, Honduras. ²Hospital Roosevelt, Departamento de Genética, Ciudad de Guatemala, Guatemala. ³Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Departamento de Inmunología, San Salvador, El Salvador. ⁴Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Departamento de Infectología, San Salvador, El Salvador.

Introducción: Las mutaciones STAT1 con ganancia de función (GOF) son una causa poco común de inmunodeficiencia primaria infantil. La candidiasis mucocutánea recurrente, las infecciones respiratorias y las enfermedades autoinmunitarias son presentaciones fenotípicas clásicas. En los niños, estas infecciones a repetición son poco frecuentes, por lo que al presentarse sin un factor de riesgo identificado se debe hacer una búsqueda exhaustiva de comorbilidades, incluyendo las inmunodeficiencias primarias. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 8 años, consulta por lesiones eritematosas y pruriginosas en cuero cabelludo, cuello y tronco, acompañadas de fiebre y tos húmeda. Antecedente de infecciones respiratorias recurrentes desde los seis meses de edad y candidiasis oral persistente desde el primer año de vida, con recaídas pese a

tratamientos antifúngicos. A los 5 años fue diagnosticada con tuberculosis ganglionar, completando tratamiento antifímico. Al examen físico se observó dismorfia facial, talla baja, alopecia con lesiones costrosas en cuero cabelludo, candidiasis oral, onicomicosis crónica y lesión nodular ulcerada en tórax. Los estudios de laboratorio evidenciaron anemia microcítica hipocrómica, hipergammaglobulinemia IgG y pruebas virales negativas. El cultivo de la lesión torácica reportó crecimiento de *Nocardia spp.* Ante la sospecha de inmunodeficiencia primaria, se realizó secuenciación de exoma, identificándose una variante heterocigota en el gen STAT1 (c.876C>A; p. Asp292Glu), compatible con mutación con ganancia de función. No se documentaron antecedentes familiares, sugiriendo mutación de novo. **Conclusión:** Las mutaciones STAT1 GOF deben considerarse en pacientes pediátricos con candidiasis mucocutánea crónica y antecedentes de infecciones recurrentes o inusuales, ya que el diagnóstico temprano permite un abordaje terapéutico y seguimiento oportunos.

32TL.TRANSICION INSULINA A SULFONILUREAS. EVOLUCIÓN PACIENTE CON DIABETES NEONATAL POR MUTACIÓN KCNJ11. REPORTE DE CASO. Lesby Marisol Espinoza Colindres¹, Karla Leonela Membreño¹, Guillermo Villatoro Godoy². ¹Hospital María Especialidades Pediátricas, Servicio de Endocrinología Pediátrica, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Infantil Privado, Servicio de Pediatría; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La diabetes neonatal (DN) es una forma infrecuente de diabetes monogénica, con incidencia estimada de 1 por cada 90,000-160,000 nacimientos. Se caracteriza por hiperglucemia severa antes de los seis meses de edad y debe sospecharse tras excluir otras causas. La confirmación diagnóstica se realiza mediante estudios genéticos, siendo las mutaciones en KCNJ11 y ABCC8 las más frecuentes. **Descripción del caso:** Lactante masculino procedente de Taulabe, Comayagua, sin factores de riesgo obstétricos o complicaciones perinatales. A los 37 días de vida ingresó al servicio de urgencias por cetoacidosis diabética (CAD). Tras la estabilización clínica, se sospechó DN y se enviaron estudios genéticos. Se inició tratamiento con insulina y educación a los padres. El estudio molecular confirmó diabetes monogénica asociada a mutación en KCNJ11. Posteriormente presentó mala adherencia terapéutica y ausencia de seguimiento clínico, desarrollando un nuevo episodio de cetosis a los 16 meses. Ante esta evolución, se realizó transición terapéutica de insulina a glibenclamida. Seis semanas después, el paciente logró control metabólico adecuado con monoterapia de glibenclamida (1.25 mg cada 12 horas) vía oral. La evolución clínica fue satisfactoria, con hemoglobina glucosilada de 6.4%, desarrollo psicomotor acorde para la edad, sin episodios de CAD, cetosis o hipoglucemias. Actualmente mantiene adecuada adherencia al tratamiento farmacológico, plan nutricional y controles médicos. **Conclusión:** El diagnósti-

co temprano de diabetes monogénica permite individualizar el tratamiento y optimizar el control metabólico. La identificación de una mutación en KCNJ11 posibilitó la transición exitosa de insulina a sulfonilureas, con adecuado control glucémico y ausencia de hipoglucemias. La importancia del reconocimiento temprano de la DN en lactantes con hiperglucemia y CAD, ya que la caracterización genética permite seleccionar terapias dirigidas, reducir complicaciones metabólicas y mejorar la calidad de vida. Asimismo, evidencia la necesidad de fortalecer la adherencia terapéutica y el seguimiento multidisciplinario continuo especializado.

33TL. DESAFÍO DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE TURNER: AMENORREA PRIMARIA COMO SIGNO DE ALERTA. REPORTE DE CASO. Lesby Marisol Espinoza Colindres¹, Karla Leonela Membreño Lozano¹. ¹Hospital María, Especialidades Pediátricas, Servicio de Endocrinología Pediátrica, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El síndrome de Turner es un trastorno que se produce cuando falta un cromosoma X de forma total o parcial (monosomía X o mosaicismo). El fenotipo puede ser variable. Los signos y síntomas pueden ser sutiles y desarrollarse lentamente con el tiempo. El 90% de las pacientes experimentan amenorrea primaria debido a disgenesia gonadal (fallo ovárico), convirtiéndola en un indicador diagnóstico crucial en la adolescencia. Aunque la talla baja es común, la ausencia de desarrollo puberal y la infertilidad son desafíos principales que requieren cariotipo para confirmar el diagnóstico. El tratamiento implica terapia hormonal (estrógenos/progesterona) para inducir o completar la pubertad. **Descripción del caso:** Femenina de 17 años 2 meses, que nota aumento del tamaño mamario desde los 13 años, pero aún no ha presentado menarquia. Peso: 50.4 kg, talla: 160.9 cm, IMC: 19.5, P/A: 104/62. Fenotipo normal. Implantación normal del cabello, paladar alto, tiroides de consistencia firme. C/P: ritmo regular. No masas ni visceromegalias. Telarquia III. Pubarquia inicial, no axilarquia, no estrogenización genital. No acné, no hirsutismo. USG pélvico inicial describía útero y ovarios normales, lo cual no era congruente con perfil gonadal que indicaba hipogonadismo hipergonadotropo. Se repitió USG e IRM pélvico y se observó útero prepuber y no se visualizaron ovarios. Cariotipo: Síndrome de Turner mosaico. Densitometría ósea Z-score en cadera: -1.7 y columna -3.6. Pruebas función tiroidea normal con anticuerpos negativos. Evaluación cardiológica: corazón sin defectos estructurales. Se indicó tratamiento con anticonceptivos orales. **Conclusión:** Las formas leves o mosaicos generalmente no son detectadas en la infancia, retrasando el manejo hormonal necesario para la inducción de la pubertad, lo cual afecta el desarrollo de caracteres sexuales secundarios, el crecimiento final y la masa ósea. El diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado mejoran el pronóstico del síndrome de Turner.

34TL. ARRITMIAS POSQUIRÚRGICAS TARDÍAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS OPERADOS DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS. Mario Roberto Yanes Oviedo¹, Sonia Solórzano¹, Dina Raquel Álvarez², Karla Andino¹, Dilcia Saucedo Acosta². ¹Hospital María, Especialidades Pediátricas, Departamento de Cardiología, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital María, Especialidades Pediátricas, Departamento de Docencia e Investigación, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Las cardiopatías congénitas (CC) son la principal causa de defectos en neonatos. Las arritmias posquirúrgicas tardías, son complicaciones que se presentan en pacientes operados de CC, con evolución mayor a cinco años después de la cirugía cardíaca. Su incidencia global oscila entre 7.3 a 48%. **Objetivo:** Determinar las características sociodemográficas y clínicas de pacientes pediátricos con arritmias posquirúrgicas tardías en el Hospital María, Especialidades Pediátricas (HMEP). **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por pacientes menores a 18 años, con CC, sometidos a cirugía intracardíaca y con seguimiento posquirúrgico mayor de cinco años. Los datos fueron recolectados mediante entrevista a familiar del paciente, revisión de expediente clínico y examen físico, que incluía realización de electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones y monitoreo Holter de 24 horas. El estudio contó con aprobación de comité de bioética del HMEP. **Resultados:** Se analizaron 43 pacientes, el 65.1% eran escolares y el 51% femeninos. El 55.8% fue procedente de la zona centro y oriental del país. La prevalencia de arritmias tardías fue 20.9%. El tipo más frecuente fue bloqueo completo de rama derecha del haz de His (77.8%), seguido de extrasístoles ventriculares de alta frecuencia (11.1%) y combinación de ambas (11.1%). Las CC asociadas más frecuentes fueron Tetralogía de Fallot (TF) (55.6%) y comunicación interventricular (CIV) (44.4%). Entre las comorbilidades de los pacientes, las más frecuentes fueron Síndrome de Down (57.1%), Epilepsia (14.3%) y Síndrome de Turner (14.3%). Todos los pacientes estaban asintomáticos al momento de la evaluación y solo el 22.2% se encontraba con tratamiento farmacológico con beta-bloqueadores a dosis terapéuticas. **Discusión:** La prevalencia de arritmias posquirúrgicas tardías encontrada es similar a la reportada en estudios internacionales. Los hallazgos enfatizan la necesidad de vigilancia a largo plazo en pacientes operados de CC, con el objetivo de detectar complicaciones potencialmente graves.

35TL. MIOSITIS CON RABDOMIÓLISIS EN PACIENTE PEDIÁTRICO: UN RETO CLÍNICO POCO FRECUENTE. REPORTE DE CASO. Dora Marina Peñalva Matute¹, Laly Paola López Mendez¹, Rennie Michelle Medina Martínez¹. ¹Universidad Católica de Honduras, Coordinación de Investigación, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La Miositis Aguda Benigna de la infancia (BACM) es un cuadro autolimitado caracterizado por dolor muscular súbito, principalmente en gastrocnemios, que limita la marcha

tras una infección viral, especialmente por Influenza B. Su incidencia se estima en 2-3 por cada 100,000 niños por año, con predominancia en varones de 6 a 9 años. La Rbdomiólisis es una complicación infrecuente de BACM, reportada en el 5-10 % de los casos hospitalizados por daño muscular severo. **Descripción del caso:** Escolar masculino de 7 años, con antecedente de infección respiratoria de 4 días de evolución, quien presentó dolor súbito intenso en gastrocnemios de ambos miembros inferiores con limitación para la marcha, sin antecedentes de traumatismo, ejercicio extenuante ni patología neuromuscular. Al examen físico se evidenció dolor muscular bilateral, sin déficit neurológico ni alteraciones osteoarticulares. Los estudios de laboratorio reportaron leucopenia ($2.11 \times 10^3/\mu\text{L}$), neutropenia ($0.4 \times 10^3/\mu\text{L}$) y elevación de CPK de 4,254 U/L, con función renal preservada. La serología para Dengue evidenció IgG positiva (infección pasada). En el contexto clínico, Influenza B fue considerada la etiología más probable. El paciente recibió manejo conservador con hidratación intravenosa, Oseltamivir y tratamiento sintomático, con evolución favorable, recuperación de la marcha desde el cuarto día y normalización de CPK en ocho días, sin complicaciones renales. El paciente continúa en seguimiento. **Conclusión:** La ausencia de compromiso renal y evolución clínica favorable permitieron orientar el abordaje hacia una Miositis viral complicada con rbdomiólisis leve, destacando el papel del juicio clínico y la integración de datos clínicos y laboratoriales en la toma de decisiones. En el contexto de dolor muscular agudo y dificultad para la marcha posterior a infección viral en edad pediátrica, se recomienda incorporar sistemáticamente la medición de Creatinfosfoquinasa y el monitoreo seriado de la función renal, aún en ausencia de signos sistémicos de gravedad.

36TL. ESTATUS EPILEPTICO SUPERREFRACTARIO POR ENCEFALITIS HERPÉTICA EN PEDIATRÍA. REPORTE DE CASO. André I. Fúnez¹, Rodrigo Gutiérrez Ordóñez¹, Lina L. Lagos², Sandra W. Flores², Sindy S. Aguilar². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Cuidados Intensivos Pediátricos, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Materno Infantil, Servicio de Cuidados Intensivos Pediátrico, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La encefalitis por virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1) es la principal causa de encefalitis viral esporádica en pediatría y presenta alta morbimortalidad. Puede progresar a compromiso neurológico grave y a complicaciones mortales. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 7 años, previamente sano, procedente de Tegucigalpa, FM. Inició con fiebre de 39 °C durante 72 horas, asociada a cefalea parietal derecha y odinofagia. Posteriormente, presentó crisis convulsiva focal con movimientos tónicos del hemicuerpo derecho, oculogiros y pérdida de la conciencia de un minuto. Horas después, desarrolló un segundo episodio de 25 minutos, con compromiso motor derecho, fasciculaciones faciales izquierdas, sialorrea y sin recuperación de la conciencia, por lo que ingresó a cuidados intensivos por sospecha de neuroinfección. Al ingreso, presentó deterioro neurológico, requiriendo ventilación mecánica. Recibió

ceftriaxona (7 días), vancomicina y fenitoína. Primera punción lumbar normal. Evolucionó con crisis focales recurrentes, refractarias a ácido valproico y levetiracetam, progresando a estatus epiléptico superrefractario tratado con propofol y ketamina. Se inició aciclovir empírico. Tomografía cerebral mostró áreas hipodensas compatibles con isquemia del hemisferio derecho. Una segunda punción lumbar, a los cinco días, evidenció pleocitosis linfocitaria y proteínas elevadas. Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) en líquido cefalorraquídeo confirmó VHS-1. Pese al tratamiento, evolucionó a daño cerebral extenso y falleció. **Conclusión:** La encefalitis herpética pediátrica puede evolucionar rápidamente a estatus epiléptico superrefractario y daño cerebral grave si el diagnóstico se retrasa. Este caso ilustra la rápida progresión clínica, la importancia del reconocimiento temprano y la necesidad de iniciar tratamiento antiviral oportuno ante la sospecha. Asimismo, evidencia que una punción lumbar inicial normal no excluye el diagnóstico, por lo que debe repetirse si la evolución clínica lo sugiere. La confirmación mediante PCR en líquido cefalorraquídeo continúa siendo el estándar diagnóstico en estos pacientes y refuerza la gravedad y el pronóstico desfavorable observado.

37TL. MALFORMACIÓN LINFÁTICA SUBCOSTAL Y ESCAPULAR EN LACTANTE MENOR. REPORTE DE CASO.

Karen L. Escoto¹, Flory F. Cáliz², Gladys A. Flores³. ¹Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, Servicio de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría, San Pedro Sula, Honduras. ³Profesional independiente; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Las malformaciones linfáticas, también denominadas linfangiomas, son anomalías congénitas benignas del sistema linfático con una incidencia aproximada de 1 por cada 12,000 nacimientos. Representan cerca del 25% de los tumores vasculares benignos en pediatría, siendo el 50% evidentes al nacimiento y hasta el 90% diagnosticados antes de los dos años. Su localización más frecuente es cervicofacial y axilar; sin embargo, las presentaciones subcostales y escapulares son poco comunes y representan un reto diagnóstico. **Descripción del caso:** Se presenta el caso de una lactante femenina de seis meses, sin antecedentes perinatales patológicos, residente en San Pedro Sula, llevada a consulta por aumento de volumen en región costal y escapular derecha, evidente desde el nacimiento y con incremento progresivo en los últimos tres meses. La madre negó fiebre, dolor u otros síntomas asociados. Al examen físico se observó masa blanda no dolorosa, sin signos inflamatorios locales. La ecografía de partes blandas mostró lesiones quísticas ovoideas, anecoicas y homogéneas con refuerzo posterior, localizadas en pared costal y región escapular derecha con volúmenes de 4.4 ml y 0.8 ml respectivamente. Como hallazgo incidental se identificó un lipoma en región escapular izquierda. Los hallazgos clínicos e imagenológicos fueron compatibles con malformación linfática. Ante la ausencia de síntomas y estabilidad del tamaño, se decidió manejo conservador con seguimiento ambulatorio. En caso de crecimiento o persisten-

cia, se consideraría manejo de escleroterapia con bleomicina como alternativa terapéutica. **Conclusión:** Las malformaciones linfáticas subcostales y escapulares son presentaciones poco frecuentes en pediatría. El diagnóstico por imagen es fundamental para orientar el manejo individualizado. En pacientes asintomáticos, la vigilancia clínica constituye una opción inicial válida, reservando la intervención terapéutica para lesiones persistentes o progresivas. Este caso resalta la importancia de reconocer variantes anatómicas poco comunes y de aplicar un enfoque prudente en la toma de decisiones clínicas.

38TL. ANGIOSTRONGILIASIS INTESTINAL SIMULANDO ABDOMEN AGUDO EN LACTANTE. REPORTE DE CASO.

Cindy Williams¹, Gaspar Rodríguez², Agatha Ariola³, Elmer Herrera⁴. ¹Universidad Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría, San Pedro Sula, Honduras. ²Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Nefrología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras. ³Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. ⁴Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Cirugía Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La angiostrongiliasis abdominal, causada por *Angiostrongylus costaricensis*, es una parasitosis endémica en América Latina caracterizada por invasión de la pared intestinal y respuesta eosinofílica intensa, engrosamiento mural y lesiones pseudotumorales que puede simular cuadros quirúrgicos agudos, representando un reto diagnóstico en pediatría urgente de regiones tropicales como Honduras. **Descripción del caso:** Lactante masculino de un año, procedente de zona rural de San Pedro Sula, con fiebre de 10 días, dolor abdominal tipo cólico y evacuaciones fétidas. Al ingreso presentó leucocitosis ($45,500/\text{mm}^3$) con eosinofilia marcada (45.2%; $\sim 20,600/\text{mm}^3$), hemoglobina de 10.9 g/dL y proteína C reactiva elevada. Inicialmente manejado como adenitis mesentérica, evolucionó con irritabilidad, distensión abdominal, signos de irritación peritoneal y evacuaciones con moco y sangre. El ultrasonido abdominal mostró imagen en "diana" sugestiva de invaginación. Ante el deterioro clínico y fracaso del manejo conservador, se realizó laparotomía exploratoria, documentándose apendicitis aguda perforada y compromiso del ciego e íleon distal con placas blanquecinas y aspecto acartonado, sugestivo de parasitosis tisular. La biopsia evidenció inflamación granulomatosa con abundante infiltrado eosinofílico, confirmando colitis eosinofílica secundaria a parasitismo intestinal, compatible con angiostrongiliasis. El paciente evolucionó favorablemente tras manejo quirúrgico, antibiótico, antiparasitario y corticoesteroide. **Conclusión:** La angiostrongiliasis intestinal debe considerarse en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo pediátrico, especialmente cuando existe eosinofilia marcada en contextos epidemiológicos compatibles. Su presentación puede simular invaginación intestinal, lo que constituye un reto diagnóstico relevante. Este caso resalta la importancia de considerar enfermedades parasitarias en el abordaje del abdomen agudo en regiones endémicas.

39TL. LESIONES PREMALIGNAS Y CÁNCER DE CÉRVIX ASOCIADAS A INFECCIÓN POR VIH. Allan Iván Izaguirre González¹, Eduardo Enrique Bobadilla Mendieta¹, Yuri Elizabeth Chacón Contreras². ¹Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Postgrado, Tegucigalpa, Honduras. ²Profesional Independiente, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: En mujeres con infección por VIH, las lesiones premalignas de cérvix se atribuyen a más del 20% y el riesgo se encuentra con aumento creciente debido al tiempo de evolución y deterioro inmunológico, lo que incrementa su incidencia, recurrencia y progresión a estadios avanzados en esta población. **Objetivo:** Describir las lesiones premalignas y cáncer de cérvix asociados a infección por VIH en pacientes vinculadas al Servicio de Atención Integral (SAI) del Hospital General Santa Teresa (HGST), Comayagua, Honduras, durante el período enero 2020 a mayo 2024. **Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo tipo serie de casos. Se describen 15 casos. La fuente de información fue secundaria. Se diseñó un instrumento que registró información sobre características sociodemográficas, clínico-viroológico-inmunológicas y datos relacionados a la lesión. Se contó con permiso institucional para la revisión de expedientes clínicos. La información se manejó de forma confidencial. **Resultados:** El rango de edad con mayor frecuencia fue entre 40-49 (X=50; DE=13.2), nivel socioeconómico bajo 66.7% (n=10). Clínicamente 73.3% (n=11) asintomáticas, 26.7% (n=4) coinfección con VPH, el promedio de diagnóstico de infección por VIH fue 12.6 años (rango 1-24; DE=6.73), aparición de lesiones asociadas al diagnóstico por VIH fue 10.4 años (rango 5 meses-21; DE=6.61) y conteo CD4+ durante la lesión cervical 395 cel/mm³ (rango 102-798; DE=217.8). El 86.6% (n=13) tenían carga viral indetectable. La categoría clínico-inmunológica CDC fue C3 en 53.3% (n=8), 73.3% (n=11) estaban en terapia antirretroviral (TARV) de primera línea (TDF/3TC/DTG), el hallazgo de citología previa más frecuente fue flora cocoide en 40.0% (n=6) y el tipo de lesión cervical NIC-3 en 33.3% (n=5). La mortalidad fue del 26.6% (n=4). **Discusión:** Es importante realizar un tamizaje sistemático y continuo para detectar estas lesiones de forma oportuna, así como un enfoque integral que combine el control virológico, inmunológico y vigilancia citológica o colposcópica regular.

40TL. MEGAVEJIGA DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL AL NACIMIENTO. REPORTE DE CASO. Adriana Parodi Turcios¹, Mario Ramírez², Karla Isabel Parodi Turcios³. ¹Profesional independiente, Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Tegucigalpa, Honduras. ³Honduras Medical Center, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El diagnóstico de mega vejiga antenatal en el primer trimestre del embarazo mediante ultrasonido se define como una vejiga anormalmente distendida midiendo más de 7 mm. Subyace un grupo heterogéneo de anomalías congénitas del tracto urinario inferior causado por obstrucción o cromosomopatía afectando el vaciamiento vesical por causas funcionales o mecánicas. Existe una variedad de presentaciones dependiendo de la etiología y del grado de obstrucción uretral y sus secuelas. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 29 años, residente en área urbana, primigesta, sin antecedentes patológicos conocidos. Se realiza ultrasonido de tamizaje de primer trimestre a las 13.0 semanas de gestación (SG) encontrando feto único, vivo con vejiga distendida 1.52 cm de probable etiología obstructiva y signo de cerradura. Se encontró translucencia nucal 1.4 mm, hueso nasal 0.25 cm, diámetro biparietal 2.01 cm, longitud craneocaudal 6.62 cm, circunferencia abdominal 6.41 cm, longitud femoral 0.63 cm, frecuencia cardíaca fetal de 162 lpm y presencia de dos arterias umbilicales. Posteriormente se realiza ultrasonido control a las 16.0 SG encontrando aumento de la distensión vesical de 4.37 cm, signo de cerradura presente. Crecimiento fetal correspondiendo adecuadamente con edad gestacional. Hallazgos relacionados a mal pronóstico, se mantuvo manejo expectante durante el embarazo, se sugirieron estudios genéticos pero paciente declinó. Presentó preeclampsia con datos de severidad a las 33 SG se confirmó óbito fetal. Se decidió evacuar embarazo vía cesárea recibiendo recién nacido, masculino, fallecido. **Conclusiones:** La megavejiga es una alteración anatómica rara y compleja la cual conlleva un pronóstico sombrío. La realización de ultrasonido es una herramienta fundamental en su diagnóstico. Independientemente del diámetro de la vejiga un estudio cariotípico es recomendable, se asocia a malformaciones adicionales y a trisomía 13, 18 y 21. Una fracción de los casos se resuelven espontáneamente ya sea durante la gestación o al nacimiento.

41TL COMPARACIÓN DE DESENLACES OBSTÉTRICOS EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA VS. SÍNDROME DE HELLP. Astrid Nicole Abrego Rodríguez¹, Saúl Osman Hernández Hernández², Rennie Michelle Medina Martínez¹, Eva Judith Rivera Guzman¹. ¹Medico general, Universidad Católica de Honduras, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras, ²Medico asistencial, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: Los trastornos hipertensivos del embarazo continúan siendo una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal en países de ingresos medios. El síndrome de HELLP, considerado una variante grave de la preeclampsia, se asocia a mayor compromiso multiorgánico y peor pronóstico obstétrico. **Objetivo:** Comparar los desenlaces obstétricos y perinatales en pacientes con preeclampsia versus síndrome de HELLP atendidas en el Hospital Mario Catarino Rivas durante 2023–2024. **Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y comparativo. Se realizó un censo de expedientes clínicos correspondientes a 184 pacientes (92 con preeclampsia y 92 con síndrome de HELLP) atendidas en el Hospital Mario Catarino Rivas durante 2023–2024. La unidad de análisis fueron los expedientes clínicos. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y desenlaces maternos y perinatales mediante estadística descriptiva y comparativa. Se aplicó la prueba de chi

cuadrado, considerando significancia estadística con $p < 0.05$.

Resultados: Las características sociodemográficas fueron similares entre ambos grupos ($p > 0.05$). El síndrome de HELLP presentó mayor frecuencia de complicaciones maternas en comparación con la preeclampsia: hemorragia posparto (42.4% vs 27.2%, $p=0.03$), eclampsia (20.7% vs 8.7%, $p=0.02$), falla orgánica (13.0% vs 5.4%, $p=0.08$) y coagulación intravascular diseminada (13.0% vs 6.5%, $p=0.12$). El ingreso a UCI materna fue mayor en HELLP (27.2% vs 15.2%, $p=0.04$). El parto pretérmino ocurrió en el 39.6% de los casos y la cesárea en el 51.6% ($p > 0.05$). A nivel perinatal, el bajo peso al nacer se presentó en el 38.5%, con menor frecuencia de APGAR óptimo en el grupo HELLP ($p < 0.05$). **Discusión:** El síndrome de HELLP se asoció a una mayor frecuencia de complicaciones maternas, algunas de ellas estadísticamente significativas, lo que respalda su mayor severidad dentro de los trastornos hipertensivos del embarazo. Asimismo, se evidenció un impacto perinatal importante, reflejado en mayor frecuencia de bajo peso al nacer y compromiso neonatal.

42TL. APARICION INUSUAL DE LINFOMA NO HODGKIN ASOCIADO A INFECCION POR VIH. REPORTE DE CASO.

Allan Iván Izaguirre González¹, Gricelda Yasmin Cotto², Mazlova Luxely Toledo González³, Efraín Bu Figueroa⁴. ¹Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Postgrado, Departamento de Docencia, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital General Santa Teresa, Departamento de Medicina Interna, Comayagua, Honduras. ³Hospital Escuela, Departamento de Patología, Tegucigalpa, Honduras. ⁴Instituto de Enfermedades Infecciosas Antonio Vidal, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El linfoma no Hodgkin (LNH) de células B es una de las neoplasias malignas más frecuentes asociadas a la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), favorecida por el estado de inmunosupresión crónica. Aunque su presentación habitual incluye compromiso ganglionar o extranodal típico, existen formas clínicas inusuales que dificultan el diagnóstico oportuno y el abordaje terapéutico, especialmente en pacientes con recuentos bajos de linfocitos CD4+. **Descripción del caso:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 31 años, mestizo, procedente de la zona central de Honduras, referido al SAI del Hospital General Santa Teresa (HGST), Comayagua, con diagnóstico reciente de infección por VIH (08/10/2024). Consultó por masa mandíbulo-malar derecha de un mes de evolución, de crecimiento progresivo, indurada e indolora, asociada a adenopatías cervicales bilaterales, sin historia de tos, fiere, pérdida de peso, diarrea o síntomas constitucionales. Al examen físico se identificó una masa malar-parotídea derecha de 10.5X10cm, semi-pétrea, fija a planos profundos, con adenopatías cervicales, axilares e inguinales, además de úlceras glúteas izquierdas no dolorosas. Los estudios de laboratorio mostraron linfocitos T CD4+ (naive)= 145 cel/mm³, carga viral basal de 122,654 copias/mL, reactantes de fase aguda PCR

y VES elevados, serología positiva para sífilis y COVID-19, Anticuerpos citomegalovirus (IgG)=1856.6 AU/mL, amilasa sérica=141.87 UI/L, LDH=264.67 U/L. El tamizaje para infecciones oportunistas fue negativo. La ecografía y tomografía de cuello evidenciaron conglomerados ganglionares con características sugestivas de malignidad. El estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico confirmó linfoma no Hodgkin de células B pequeñas (CD45 y CD20 positivos). El paciente inició quimioterapia combinada con esquema RCHOP, con evolución clínica favorable. **Conclusión:** Este caso destaca que el LNH de células B puede manifestarse de forma atípica en pacientes con VIH, resaltando la necesidad de un alto índice de sospecha diagnóstica, evaluación integral y abordaje multidisciplinario oportuno para mejorar los desenlaces clínicos.

43TL. INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS GERIÁTRICOS EN LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA DEL PACIENTE CON CÁNCER. Idixi Orlando Garmendia Rojas¹, Gabriela Amaya¹. ¹Hospital Gabriela Alvarado, Servicio de Medicina Interna, El Paraíso, Honduras.

Introducción: El 67% de las muertes por cáncer en Honduras ocurren en personas mayores de 60 años. **Objetivo:** Determinar el impacto de los cuidados paliativos geriátricos en la atención oncológica del paciente con cáncer. **Métodos:** Estudio observacional longitudinal prospectivo, en 51 pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de cáncer se evaluó el estado funcional mediante escalas Palliative Performance Scale (PPS), Karnofsky, Cuestionario de síntomas de Edmonton (ESAS) y el ICD-pal, con seguimiento a los 3 y 6 meses. **Resultados:** la media de edad fue de 74.2 años, 57% mujeres y 43% hombres, las comorbilidades más frecuentes fueron Hipertensión Arterial 67%, Diabetes Mellitus tipo 2 24%, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 14%, los cánceres diagnosticados Hepatocarcinoma metastásico (17%), Páncreas 13%, mama 9%, Pulmón 7%. La media fue de 45.8% en PPS y 44.9% en Karnofsky, en la ESAS los síntomas que más afectaron: pérdida del apetito 9.2%, bienestar 8.1%, dolor 7.1%, agotamiento 6.9%, sueño 5.4%, dificultad para respirar 5.1%, desánimo 4.4%, náuseas 4.2%, somnolencia 3.2%, nerviosismo 2.5%. Según el IDC Pal, 30% fueron clasificados como no complejos, 45% complejos y 25% muy complejos. Tras la atención de Cuidados Paliativos se observó una mejoría clínica ($p < 0.05$) en apetito, sensación de bienestar, dolor, agotamiento, fatiga, sueño, disnea, desánimo, Estos beneficios persistieron a los 3 y 6 meses e incluso hasta 12 meses en los pacientes sobrevivientes. La mortalidad fue de 30% antes de los tres meses, 54% a los 6 meses, 13% entre 6 a 12 meses, un 3% sobrevivió después de 1 año. **Discusión:** Los hallazgos subrayan la necesidad de promover la derivación temprana a cuidados paliativos dado sus beneficios e impacto en el control sintomático, se deberá sensibilizar a la sociedad, a la comunidad académica sobre la importancia de integrar este modelo de atención como un derecho humano esencial.

44TL. ABORDAJE DEL LUGAR DE MUERTE EN SITUACIÓN FINAL DE VIDA CUIDADOS PALIATIVOS. REPORTE DE CASO. Beverly Johana Licon Valle¹. Bayron Josué Degrandes². ¹Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Emergencia, Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto Nacional Cardiopulmonar, Unidad de Cuidados Coronarios, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El lugar de muerte es una decisión compleja que busca respetar la voluntad del paciente acerca de donde desea morir con la necesidad de controlar síntomas físicos y proporcionar soporte emocional. Se busca minimizar la institucionalización y medicalización excesiva de la muerte adecuando el esfuerzo terapéutico, promoviendo un entorno digno y de calidez. La valoración de un equipo de cuidados paliativos tiene un impacto en el apoyo del paciente y sus familias en base a las voluntades anticipadas. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 78 años, de aldea Suringa San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, con antecedente de artritis reumatoidea y enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa de 7 años de evolución, quien fue manejada por servicios de neumología y medicina física y rehabilitación en el Instituto Nacional Cardiopulmonar, optimizando manejo. En su última cita en rehabilitación se nota disnea y crónicamente enferma con incapacidad de realizar tareas cotidianas y dependiente de oxígeno, índice de Barthel de 20 puntos, presentando caso a cuidados paliativos. Se aborda tanto a la paciente y cuidador principal, en base a las necesidades paliativas, NECPAL positivo Karnosky 20, estableciendo una lista de necesidades, priorizando en el control de síntomas, necesidades sociales y lugar de muerte. La paciente tenía voluntades anticipadas acerca del deseo de morir en su casa una vez la enfermedad haya progresado. Al mes del primer abordaje ingresa por una descompensación asociada a infección urinaria, presentando mayor deterioro funcional y clínico, completando cobertura antibiótica y egresándose a su casa. Brindamos acompañamiento a la paciente y su familia durante 40 días hasta su fallecimiento; duelo, apoyo psicológico y emocional del cuidador. **Conclusión:** La intervención de cuidados paliativos ayudó a establecer el lugar de muerte de la paciente garantizando una muerte digna, comfortable y conforme a los deseos de la paciente.

45TL HEMORRAGIA INTRACEREBRAL SECUNDARIA A ANOMALÍA VASCULAR “TWIG-LIKE” DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA. REPORTE DE CASO Javier Lagos Servellon¹, Carlos Andrés Gómez Bautista², Alejandra Reyes³. ¹Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Neurología, San Pedro Sula, Honduras. ²Profesional independiente, San Pedro Sula, Honduras. ³Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Internado Rotatorio, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La hemorragia intracerebral (ICH) representa alrededor del 15% de los ictus y se asocia con una morbimortalidad de hasta 40%. Es una emergencia neurológica que exige una búsqueda rápida y dirigida de la causa, donde las etiologías macrovasculares explican cerca del 15% de los casos. La

arteria cerebral media tipo “twig-like” es una rara anomalía vascular congénita (prevalencia estimada 0.11–1.17%) en la que el segmento proximal M1 es reemplazado por una red reticular de pequeños vasos, lo que genera alteraciones hemodinámicas significativas y se ha relacionado con hemorragia intracerebral (≈70% de los casos) e ictus isquémico. Presentamos el primer caso reportado de esta anomalía en un paciente con ICH en Honduras. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 57 años, sin antecedentes de enfermedad crónico-degenerativa, que presenta cefalea de inicio súbito, rápidamente progresiva a intensidad severa, con posterior alteración del estado de alerta durante la cena. Ingresó a emergencias con signos vitales normales y glucometría de 103 mg/dL; al examen neurológico se encuentra en estupor moderado, NIHSS 12 puntos, con déficit motor-sensitivo izquierdo. La tomografía cerebral simple muestra hematoma en ganglios basales de aproximadamente 35 mL, sin extensión intraventricular ni desviación de la línea media. Ante estabilidad hemodinámica y ausencia de datos de vasculopatía de pequeño vaso, se realiza angiografía cerebral diagnóstica por vía transfemoral, que evidencia una malformación desde el tronco proximal de la arteria cerebral media derecha, con patrón reticular y circulación colateral a través de la arteria cerebral anterior, sin otras alteraciones vasculares. Tras manejo antiedema y reducción del hematoma, la paciente es dada de alta una semana después. **Conclusión:** Este caso subraya la necesidad de un abordaje etiológico exhaustivo e individualizado en la ICH e incorpora la arteria cerebral media tipo “twig-like” como causa rara a considerar en el diagnóstico diferencial

46TL. SÍNDROME BIOPERCULAR (SÍNDROME DE FOIX CHAVANY MARIE). REPORTE DE CASO Yosvin Amaya¹, Pablo Rodríguez². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Neurología, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Servicio de Neurología, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El habla y su control motor son esenciales para la comunicación humana. Estas funciones dependen de la corteza frontal lateral y el opérculo frontal, región que coordina masticación, expresión facial, prosodia y sintaxis del lenguaje. El síndrome biopercular (Foix-Chavany-Marie) se caracteriza por una marcada disociación automático-voluntaria de la función motora de los nervios craneales inferiores. Esto conlleva una parálisis voluntaria de los músculos masticatorios, faciales, faríngeos y linguales (nervios craneales V, VII, IX, X y XII), mientras se preserva de forma intacta la inervación autonómica y emocional de los mismos. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 26 años, sin comorbilidades, acude a Hospital Escuela tras presentar por primera vez, de forma súbita dificultad para emitir palabras, disfagia a sólidos y líquidos, y dificultad para apertura bucal. Al examen neurológico, FOUR SCORE: 16/16, apraxia del habla, afectación de músculos de masticación (V), expresión facial (VII), apraxia de deglución (IX y X), movimientos linguales disminuidos (XII) e hiperreflexia global. En resonancia magnética cerebral se observaron lesiones subcorticales periventriculares, algunas aisladas y otras en conglomerado de

aspecto radiado en plano sagital y perpendicular a la pared de atrios ventriculares en plano axial, comprometiéndole levemente fibras del cuerpo calloso. Varias lesiones eran hipointensas en T1 (antiguas) y todas hiperintensas en secuencia FLAIR; al aplicar gadolinio, al menos dos lesiones reforzaron. Además, se obtuvieron bandas oligoclonales presentes en LCR. Fue manejado con pulsos de metilprednisolona (1g por 5 días) presentando mejoría clínica parcial. **Conclusión:** El síndrome opercular es una condición clínica con prevalencia baja que puede presentarse en el contexto de enfermedad vascular, enfermedad desmielinizante o encefalomiелitis diseminada aguda. Ante la sospecha diagnóstica, es imprescindible la realización de exámenes correspondientes orientados a la patología sospechada, permitiendo así un abordaje terapéutico preciso.

47TL. DIFERENTES MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA NEUROCISTICERCOSIS. REPORTE DE CASO. Filadelfo Augusto Mahoudeau Lagos¹, Jennifer Gissela Tábora Arita². ¹Clínica de Especialidades, Servicio de Emergencias, Santa Rosa de Copán, Honduras. ²Hospital de Occidente, Servicio de Neurocirugía, Santa Rosa de Copán, Honduras.

Introducción: La neurocisticercosis es una infección del sistema nervioso central causada por la fase larvaria de *Taenia solium*, por contaminación fecal-oral. Es la parasitosis neurológica más frecuente y una causa importante de epilepsia adquirida, con creciente impacto global por la migración. **Descripción de Serie de casos:** **Caso 1.** Masculino 26 años, crisis convulsivas de 7 meses de evolución, acompañado de pérdida de la consciencia en múltiples ocasiones, afasia motora y hemiparesia derecha. Al ingreso Glasgow 14/15, fuerza 4/5 en hemicuerpo derecho, se solicitan estudios de imagen, IRM cerebral contrastada reporta: lesiones multifocales quísticas, con una lesión de mayor tamaño localizada en el lóbulo parietal izquierdo, que ejerce efecto de masa y colapso del ventrículo lateral ipsilateral. Se realizó intervención quirúrgica para exéresis de lesión. Biopsia reporta: gliosis reactiva, inflamación crónica granulomatosa y áreas de fibrosis asociadas a presencia de parásito con morfología de larva *Taenia solium*. **Caso 2.** Masculino de 40 años, historia de cefalea de 4 horas, intensa, acompañado de 4 episodios de vómitos, por hallazgos tomográficos se solicitó IRM cerebral contrastada que reportó hidrocefalia comunicante y múltiples lesiones quísticas en las cisternas basales. Se realizó Western Blot en líquido Cefalorraquídeo donde se confirma el diagnóstico de neurocisticercosis, por lo cual fue llevado a sala de operaciones para colocación de derivación ventrículo peritoneal. Ambos pacientes egresan con tratamiento ambulatorio, Albendazol 400 mg cada 12 horas por 14 días. **Conclusiones:** La neurocisticercosis es una enfermedad prevenible y tratable. El reconocimiento de sus manifestaciones permite un manejo oportuno que reduce la morbimortalidad. La educación sanitaria, higiene alimentaria y el control veterinario son claves para disminuir su incidencia.

48TL. LUPUS VULGAR, VENTANA DIAGNOSTICA DE TUBERCULOSIS PULMONAR SILENTE. REPORTE DE CASO. Isela Jasmin Jiménez Castellanos¹, Nora Waleska Escoto², Nelly Janeth Sandoval Aguilar³. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado de Dermatología, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Consulta Externa de Dermatología, Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Escuela, Departamento de Patología, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La Tuberculosis Cutánea constituye una manifestación extrapulmonar infrecuente, aproximadamente el 1.5% de los casos. El Lupus Vulgar (LV) es su variante crónica más prevalente en pacientes con sensibilización previa a *Mycobacterium tuberculosis*. En contextos de alta endemia, como Honduras, el LV representa un desafío diagnóstico debido a su progresión insidiosa y naturaleza paucibacilar. Actuar como centinela de un foco infeccioso visceral activo, a menudo asintomático, contribuye a la cadena de transmisión comunitaria no detectada. **Descripción del caso:** Masculino de 69 años, diabético, hipertenso, consumidor de tabaco y etilismo crónico, ambos suspendidos desde 2011. Presenta dermatosis en región lateral del tórax, que inicio con pápulas eritematosas de crecimiento lento, recibiendo múltiples esquemas de Aciclovir ante la sospecha de herpes simple recurrente. Tras cuatro años de evolución, la lesión progresa hasta conformar una placa eritemato-violácea de 13x9 cm en región pectoral derecha, bordes irregulares bien definidos. Ante la persistencia de la lesión, es referido a dermatología, donde se realiza biopsia cutánea que revela un infiltrado granulomatoso de morfología tuberculoide, se complementa con GeneXpert en tejido, la cual es una prueba de diagnóstico molecular, resultando positivo, cultivos para otras entidades infecciosas fueron negativos. En ausencia de sintomatología respiratoria, con sospecha clínica, se realiza radiografía y tomografía computarizada de tórax, cuyos hallazgos son compatibles con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar. El paciente completa esquema terapéutico antituberculoso por 6 meses, obteniendo una resolución clínica significativa de la lesión cutánea. **Conclusión:** La identificación del Lupus Vulgar permite la detección temprana de reservorios pulmonares silentes, optimizando la interrupción de la transmisión del bacilo en la población. Se ratifica la eficacia de las técnicas de amplificación de ácidos nucleicos en tejido para la identificación de micobacterias en variantes paucibacilares, subrayando el examen dermatológico como herramienta para el hallazgo de focos viscerales con impacto en la vigilancia epidemiológica.

49TL. ¿SOLUCIÓN APARENTE O INICIO DEL PROBLEMA? PELIGRO DE LA AVULSIÓN UNGUEAL SISTEMÁTICA. SERIE DE CASOS. Annie Gabriela Gómez Hernández¹, Miriam Y. Gonzales Matute², Nelly J. Sandoval- Aguilar³. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Dermatología, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Consulta Externa de Dermatología, Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Escuela, Departamento de Patología, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La avulsión ungueal total es un procedimiento frecuentemente desafortunado, realizado como solución universal

para afecciones del aparato ungueal. Su aplicación sistemática ignora la anatomía y función de la unidad ungueal. Existen indicaciones limitadas, como traumatismos del lecho, abordajes oncológicos o fallas terapéuticas. Realizar dicho procedimiento, ante dolor crónico, pigmentación o deformidad, enmascararía lesiones que requieren exéresis, comprometiendo el pronóstico. El objetivo es fomentar cirugías de precisión que respeten la lámina ungueal, prioricen el estudio histopatológico ante la duda diagnóstica, minimicen complicaciones y optimicen la recuperación postoperatoria. **Descripción de Serie de casos:** **Caso 1.** Masculino, 69 años, sin antecedentes contribuyentes. Consultó por tumoración subungueal no pigmentada en primer órtejo izquierdo con destrucción completa de lámina, dos años de evolución. Tratado con avulsión ungueal bajo sospecha de onicomiosis, diecinueve meses previos. La biopsia incisional confirmó melanoma amelanótico, en fase de crecimiento vertical de 2.58mm y profundidad de invasión nivel cuatro, inmunohistoquímica positiva para células tumorales. Se realizó desarticulación. **Caso 2.** Femenina, 55 años, con artritis reumatoide. Presentó dolor crónico y eritema ungueal en pulgar izquierdo, dos años de evolución, sin diagnóstico específico. Previo a avulsión programada, acude a evaluación especializada. Tras confirmación histopatológica de tumor glómico, se realizó exéresis exitosa. **Caso 3.** Femenina, 57 años, prediabética e hipotiroidea. Presenta en primer órtejo bilateral, uñas en pinza, de tres años de evolución, secundarias a trauma. Ante el dolor constante, realizan avulsión ungueal total previa sin mejoría. Tras evaluación dermatológica, se realizó técnica de ortonixia con sutura (técnica de contratracción) logrando mejoría clínica significativa tras dos intervenciones. **Conclusiones:** La avulsión ungueal suele priorizar el alivio sintomático en detrimento del diagnóstico etiológico, que conlleva a recurrencias, enmascaramiento y retrasos diagnósticos de la patología subyacente. Resulta imperativo establecer la etiología antes de cualquier intervención quirúrgica, con el fin de asegurar la detección temprana de neoplasias y preservar la funcionalidad de la unidad ungueal.

50TL. CUANDO LA PIEL HABLA DEL CEREBRO: SÍNDROME DE STURGE-WEBER. REPORTE DE CASO.

Belkis Fugón Rodríguez¹, Carolina López Chiessa², Dilcia Saucedo-Acosta³. ¹Investigadora Independiente, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital María Especialidades Pediátricas, Servicio de Dermatología Pediátrica, Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital María Especialidades Pediátricas, Unidad de Docencia e Investigación, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El síndrome de Sturge-Weber es un trastorno neurocutáneo, que se asocia a una malformación capilar facial (mancha en vino de oporto), angiomas leptomeníngea y glaucoma. Su incidencia se estima entre 1 por cada 20,000 a 50,000 nacidos vivos. Las principales manifestaciones clínicas incluyen mancha en vino de Oporto faciales; que siguen la distribución sensitiva de las tres ramas del nervio trigémino, convulsiones, hemiparesias lentamente progresivas y retraso en el desarrollo neuropsicológico. **Descripción del caso:** Paciente femenina

de 2 años, con historia de dermatosis eritematoviolácea en piel cabelluda, tórax y brazo derecho, de un año de evolución, niega antecedentes de convulsiones. Al examen físico se observó una mancha en vino de Oporto extensa en hemirráneo, hemitórax y brazo derecho, sin afectación de región palpebral ni nasal. En la evaluación neurológica, la paciente presentó hitos del desarrollo acorde a su edad, fuerza conservada en las cuatro extremidades y ausencia de síntomas neurológicos. Asimismo, la paciente no presentó síntomas oftalmológicos asociados. La evaluación física se complementó con angiografía cerebral simple y contrastada, la cual reportó angiomas leptomeníngea, confirmando la sospecha diagnóstica del síndrome de Sturge-Weber. El ecocardiograma mostró función sistodiastólica biventricular conservada y ausencia de defectos estructurales cardíacos. Dado que la paciente no presentó sintomatología clínica adicional ni progresión de las lesiones cutáneas, se determinó dar seguimiento anual con estudios de imagen y se brindó a la madre información de los signos de alarma. **Conclusiones:** El síndrome de Sturge Weber aunque poco frecuente, requiere una alta sospecha diagnóstica, ya que el pronóstico depende de la instauración de síntomas neurológicos. Una referencia oportuna modifica de manera significativa la evolución del paciente. El manejo debe realizarse mediante un enfoque multidisciplinario, que permita anticipar y manejar adecuadamente las complicaciones neurológicas y oftalmológicas, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente.

51TL. EL ENEMIGO SILENCIOSO: RIESGO ATEROSCLERÓTICO EN PACIENTES CARDIO-ONCOLÓGICOS CON BAJO RIESGO DE CARDIOTOXICIDAD. Edil Rosalío Argueta¹, Ana K. Garro¹, Ana G. Sevilla². ¹Centro Médico Nacional 20 de noviembre, Servicio de Cardiología, Ciudad de México, México. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La cardiotoxicidad asociada a terapias anti-neoplásicas es una complicación relevante en oncología. La escala Heart Failure Association–International Cardio-Oncology Society (HFA-ICOS) estratifica este riesgo; sin embargo, su relación con el riesgo cardiovascular aterosclerótico estimado por Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD) y Systematic Coronary Risk Evaluation 2 (SCORE2) no está bien establecida. Identificar riesgo cardiovascular elevado en pacientes con bajo riesgo de cardiotoxicidad podría tener implicaciones clínicas. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de riesgo cardiovascular aterosclerótico estimado mediante ASCVD y SCORE2 en pacientes oncológicos clasificados como de bajo riesgo de cardiotoxicidad según HFA-ICOS. **Métodos:** Estudio observacional, transversal con recolección retrospectiva de datos en pacientes ≥ 18 años en quimioterapia, evaluados entre enero de 2023 y septiembre de 2025. Se incluyeron pacientes con bajo riesgo de cardiotoxicidad. El estudio contó con aval institucional y aprobación del comité de ética. Se recolectaron variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular y parámetros ecocardiográficos. El riesgo cardiovascular se estimó mediante ASCVD y SCORE2. Se utilizaron pruebas de Wilcoxon y χ^2 o

exacta de Fisher, considerando $p < 0.05$. **Resultados:** De 64 pacientes, 43 fueron clasificados de bajo riesgo de cardiotoxicidad. La mediana de edad fue 53 años; 69.8% mujeres. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular fue baja. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo se mantuvo (62.5% vs 62.0%; $p = 0.270$), con disminuciones en la excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo ($p = 0.009$) y el cambio fraccional de área ($p = 0.003$). El 34.9% presentó riesgo cardiovascular no bajo, sin asociación estadísticamente significativa. **Discusión:** Un tercio de los pacientes con bajo riesgo de cardiotoxicidad presenta riesgo cardiovascular aterosclerótico no bajo. Esto sugiere que la clasificación HFA-ICOS no excluye riesgo basal elevado y resalta la importancia de una evaluación cardiovascular integral.

52TL. MAYA SCORE: MODELO PREDICTIVO LATINOAMERICANO DE RIESGO CARDIOVASCULAR ATEROSCLERÓTI- CO. Edil R. Argueta¹, Ariel A. Figueroa¹, Ana G. Sevilla². ¹Centro Médico Nacional 20 de noviembre, Servicio de Cardiología, Ciudad de México, México. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La enfermedad cardiovascular aterosclerótica continúa siendo la principal causa de mortalidad en Latinoamérica. Modelos predictivos como Framingham, Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD) y Systematic Coronary Risk Evaluation 2 (SCORE2) podrían tener aplicabilidad limitada en población latinoamericana. La integración de aprendizaje supervisado con variables podría mejorar la estimación del riesgo cardiovascular. **Objetivo:** Desarrollar el Multivariable Atherosclerosis Year Algorithm (MAYA Score), un modelo derivado de aprendizaje supervisado para estimar el riesgo cardiovascular aterosclerótico a 10 años en población latinoamericana. **Métodos:** Estudio observacional analítico en una cohorte binacional de pacientes hondureños y mexicanos evaluados en consulta de cardiología preventiva. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con datos completos de factores de riesgo cardiovascular y se excluyeron aquellos con enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida o registros incompletos. Se analizaron seis variables: edad ≥ 55 años, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus, dislipidemia, tabaquismo y obesidad ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$). El modelo fue desarrollado mediante aprendizaje supervisado utilizando Light Gradient Boosting Machine (LightGBM), con selección de variables mediante Least Absolute Shrinkage and Selection Operator (LASSO). La cohorte fue dividida en entrenamiento y validación interna. El rendimiento se evaluó mediante curvas Receiver Operating Characteristic y área bajo la curva (AUC). Estudio con aval institucional y confidencialidad resguardada. **Resultados:** Se incluyeron 402 pacientes (México $n=248$; Honduras $n=154$), con edad media de 56 ± 11 años. El análisis mediante LightGBM y SHapley Additive Explanations identificó edad ≥ 55 años, HTA y dislipidemia como variables de

mayor contribución predictiva. Los pacientes con MAYA Score ≥ 4 presentaron mayor riesgo de infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular isquémico, revascularización coronaria o muerte cardiovascular frente a puntajes ≤ 2 (65% vs 17%; $p < 0.001$). El AUC fue 0.89, indicando capacidad discriminativa. **Discusión:** El MAYA Score mostró adecuado rendimiento predictivo en población latinoamericana. Al derivarse de una cohorte binacional, podría mejorar la estratificación cardiovascular. Se requieren estudios prospectivos y validación externa.

53TL. PREVALENCIA, DETERMINANTES SOCIOLABORALES Y EXPRESIÓN PSICOMÉTRICA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS OCUPACIONALES DE HONDURAS. Ángel Gabriel Martínez Fernández. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Sistema Médico de Empresas, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El síndrome de burnout es un fenómeno ocupacional asociado a estrés laboral crónico no gestionado con éxito, con impacto directo en calidad de vida, desempeño clínico y seguridad del paciente. En Honduras, la medicina ocupacional se ejerce en un entorno industrial de alta demanda, con presiones organizacionales y determinantes macroeconómicos que favorecen jornadas prolongadas y pluriempleo. **Objetivo:** Estimar la prevalencia y la expresión psicométrica del burnout en médicos ocupacionales de Honduras, y describir determinantes sociolaborales asociados. **Métodos:** Estudio transversal, observacional y analítico. Se analizaron datos primarios de 105 médicos ocupacionales hondureños encuestados mediante plataforma digital entre agosto y septiembre de 2025. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico-laboral y el Maslach Burnout Inventory–Human Services Survey (MBI-HSS), calculando puntajes por subescalas de Agotamiento Emocional (EE), Despersonalización (DP) y Realización Personal (RP), con clasificación por puntos de corte validados en español. El estudio contó con aval institucional de la Dirección del Sistema Médico de Empresas, Región Norte, la participación fue voluntaria, anónima y confidencial. **Resultados:** La cohorte fue predominantemente femenina con 68.6% y el grupo etario más frecuente fue 35–44 años con un 55.2%. Se identificó pluriempleo en 64.8% y turnos nocturnos en empleos secundarios en 52.9% del subgrupo con pluriempleo. EE alto (≥ 27) se observó en 38.1% y DP alta (≥ 10) en 26.6%. RP se mantuvo alta (≥ 40 ; efecto protector) en 54.3%. La prevalencia de burnout severo por triple afectación (EE alto + DP alta + RP baja) fue 14.3%. **Discusión:** En médicos ocupacionales de Honduras, el burnout se expresa principalmente como agotamiento emocional clínicamente elevado, con una proporción significativa en fase de riesgo inmediato. La conservación de la realización personal sugiere vocación y sentido de eficacia preservados; sin embargo, los determinantes sociolaborales (pluriempleo, turnos nocturnos y jornadas totales extensas) configuran un escenario de intervención institucional urgente.

54TL DIARREA CRÓNICA PERSISTENTE CON ESTUDIOS INICIALES NO CONCLUYENTES: RETO DIAGNÓSTICO. REPORTE DE CASO Amalia Susana Murillo Castro¹, Keyla Betsabe Fúnez Zavala¹, Ivana Alexandra Alvarado Bueso¹, Rennie Michelle Medina Martínez². ¹Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, San Pedro Sula, Honduras, ²Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Coordinación de Investigación, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La diarrea crónica afecta al 3–5 % de la población mundial. La colitis microscópica constituye una causa orgánica subdiagnosticada, responsable de hasta el 10 % de los casos, a pesar de la ausencia de alteraciones macroscópicas en la mucosa colónica. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 31 años, previamente sana, con hábito intestinal normal previo. Refirió consumo prolongado de un suplemento adelgazante, asociado a estreñimiento transitorio. Aproximadamente un mes tras su suspensión, inició diarrea acuosa persistente con 3–5 evacuaciones diarias, urgencia fecal, tenesmo y meteorismo, de evolución mayor a un año, incluyendo durante el embarazo, el posparto y viajes prolongados. Se documentó hipotiroidismo autoinmune (tiroiditis de Hashimoto) e hipogammaglobulinemia IgA parcial. La endoscopia con biopsias múltiples reveló atrofia vellosa focal leve con linfocitosis intraepitelial duodenal, y en colon derecho linfocitosis intraepitelial compatible con colitis linfocítica temprana, sin engrosamiento del colágeno subepitelial. El tratamiento inicial consistió en rifaximina 500 mg por 10 días. Ante respuesta parcial, se inició budesonida (Cortiment MMX 9 mg/día) y colestiramina 4 g/día, esquema respaldado por guías actuales como primera línea en colitis linfocítica. Se implementaron además modificaciones dietéticas con restricción de desencadenantes osmóticos. La paciente reporta mejoría clínica progresiva, aunque continúa en seguimiento. **Conclusiones:** La colitis microscópica linfocítica es una causa orgánica de diarrea crónica con mucosa endoscópicamente normal, asociada a autoinmunidad; presenta alta respuesta a budesonida y requiere confirmación histológica mediante biopsia colónica. Se recomienda una reevaluación diagnóstica escalonada en pacientes con diarrea crónica persistente cuando la evolución clínica no correlaciona con los hallazgos iniciales, considerando la toma de biopsias colónicas como parte del proceso diagnóstico en etapas avanzadas.

55TL. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ÁSCARIS LUMBRICOIDES EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS. Belkis Eunice Martínez López¹, Ramón Osorio^{1,2}. ¹Hospital de Occidente, Departamento de Pediatría, Santa Rosa de Copán, Honduras. ²Hospital de Occidente, Departamento de Cirugía, Santa Rosa de Copán, Honduras.

Introducción: La ascariasis continúa siendo una de las parasitosis intestinales más prevalentes en la población pediátrica de regiones endémicas. Aunque frecuentemente asintomática, la infección masiva por *Ascaris lumbricoides* puede ocasionar complicaciones graves como obstrucción intestinal, consti-

tuyendo una causa importante de abdomen agudo en niños. **Descripción de Serie de casos:** Se presentan dos pacientes pediátricos con obstrucción intestinal secundaria a ascariasis. **Caso 1.** Corresponde a un preescolar de 2 años con historia de dolor abdominal, tipo cólico de un día de evolución, vómitos alimentarios, distensión abdominal y ausencia de evacuaciones. Presentaba antecedente reciente de expulsión de parásito en heces. La radiografía abdominal evidenció niveles hidroaéreos y ausencia de gas distal. Se realizó laparotomía exploratoria, encontrándose obstrucción intestinal por *Ascaris lumbricoides*, requiriendo resección de 65 cm de intestino delgado. **Caso 2.** Corresponde a un paciente de 4 años con dolor abdominal intenso localizado en epigastrio, distensión abdominal y ausencia de evacuaciones. Al ingreso presentó fiebre. El ultrasonido abdominal reportó obstrucción intestinal secundaria a ascariasis. Se practicó laparotomía exploratoria y enterotomía, con evolución clínica favorable posterior al manejo quirúrgico. **Conclusión:** La ascariasis debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial del abdomen agudo obstructivo en pediatría en áreas endémicas. El reconocimiento temprano y el tratamiento oportuno son fundamentales para prevenir complicaciones graves y reducir la morbimortalidad asociada.

56TL SÍNDROME EHLERS-DANLOS. REPORTE DE CASO. Linda Michelle Flores Castellanos¹, Carol Zúniga García². ¹Hospital Mario Catarino Rivas, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Mario Catarino Rivas, Sala de Consulta Externa de Pediatría, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El síndrome de Ehlers-Danlos (SED) constituye un grupo de trastornos hereditarios del tejido conectivo causados por alteraciones en el colágeno, caracterizados por hipermovilidad articular, hiperextensibilidad cutánea y fragilidad tisular. En pediatría, el subtipo hipermóvil es el más frecuente. Su diagnóstico puede ser difícil debido a la variabilidad clínica y a la hipermovilidad fisiológica en la infancia. Los niños pueden presentar dolor musculoesquelético, esguinces recurrentes, fatiga, retraso en el desarrollo motor y manifestaciones cutáneas. El manejo es principalmente multidisciplinario, con fisioterapia, control del dolor y seguimiento clínico. El diagnóstico temprano permite prevenir complicaciones, mejorar la funcionalidad y optimizar la calidad de vida del paciente pediátrico. **Descripción del caso:** Adolescente masculino de 15 años de edad, con antecedente de soplo cardíaco detectado a los 7 meses de vida, ecocardiograma evidenció comunicación interauricular. Durante el crecimiento desarrolló múltiples alteraciones musculoesqueléticas compatibles con el trastorno de su tejido conectivo, marcada delgadez, deformidad torácica con prominencia costal, hombros descendidos, hipoplasia muscular e hiperlaxitud articular. Se realizó exoma genético que confirmó variante patogénica asociada a síndrome de Ehler-Danlos musculocontractural tipo 2. El caso ilustra la evolución fenotípica progresiva y la importancia del diagnóstico molecular para orientar seguimiento multidisciplinario. **Conclusión:** El caso resalta la importancia de considerar trastornos hereditarios del

tejido conectivo ante manifestaciones musculoesqueléticas progresivas y antecedentes cardiovasculares en la infancia. La confirmación molecular permitió establecer el diagnóstico de síndrome de Ehlers-Danlos musculocontractural tipo 2, que no es el más común, facilitando un seguimiento multidisciplinario oportuno, prevención de complicaciones y asesoramiento genético adecuado.

57TL. SERVICIOS DIFERENCIADOS PARA MEJORAR ACCESO A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH, 2024. Mario Santamaría-Vásquez¹, Kristhel Gaitán-Zambrano², Fernando Funez³. ¹Profesional independiente, Siguatepeque, Honduras. ²Profesional independiente, San Pedro Sula, Honduras. ³Hospital Juan Manuel Gálvez, Departamento de Medicina Interna, Gracias, Lempira.

Introducción: La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) representan un problema mundial, generando estrategias como el sistema de servicios diferenciados cuyo propósito es mejorar la atención y acceso a terapia antirretroviral, lograr la disminución de carga viral y aumento de células TCD4 en los pacientes. **Objetivo:** Evaluar la utilización de servicios diferenciados para mejorar la atención y acceso a terapia antirretroviral en los pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital Juan Manuel Gálvez (HJMG) de Gracias, Lempira, durante el año 2024. **Métodos:** Estudio longitudinal retrospectivo, cuasi experimental pre-post analítico, con previa autorización por la dirección de HJMG y la dirección del Servicio de Atención Integral (SAI). Se incluyó toda la población atendida en el SAI 2024. Al análisis estadístico se aplicó t Student con muestras emparejadas y prueba McNemar para analizar hipótesis. **Resultados:** Se evaluaron 61 pacientes al inicio y al final del año 2024, 54.1% correspondió al género femenino. El 72.1% de área rural y 57.4 % con educación básica incompleta. El 80% población general. El 49.2% tenían 11 años o más con el diagnóstico de VIH. El 39.3 % representaban un estadio clínico laboratorial A2. El 6.5% pacientes de edad avanzada. Entre las infecciones oportunistas, se identificaron tres casos de tuberculosis. Se obtuvo en el conteo TCD4 una media pre-postest de 514.4 y 556.98, respectivamente y t Student $p = 0.024$. La carga viral resultó no detectable en el pre-postest 59 y 61 pacientes, respectivamente y McNemar $p = <0.001$. **Discusión:** Mediante las pruebas estadísticas se evidenció el beneficio de la mejora en la atención y acceso a terapia antirretroviral con la utilización de servicios diferenciados, se observó aumento de células

TCD4 y disminución de la carga viral, mejorando el pronóstico de vida de los pacientes.

58TL. ENFERMEDAD DEL SUERO POR SUERO ANTIOFÍDICO EN ENVENENAMIENTO LEVE POR BOTHROPS ASPER: REPORTE DE CASO. Carlos Armando Mejía Aly¹, Laura Sofía Castellón Paz¹, Natalia Isabel Muñoz Caballero¹, Karel Iracema Escoto Pineda¹, Catherine Melissa Chávez García². ¹Hospital Santa Bárbara Integrado, Servicio de Medicina Interna, Santa Bárbara, Honduras. ²Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, San Pedro Sula, Honduras

Introducción: La enfermedad del suero es una reacción de hipersensibilidad tipo III que aparece entre 5 y 20 días después de la exposición a proteínas heterólogas, como sueros antiofídicos, vacunas o inmunomoduladores. Se produce por la formación de complejos inmunes antígeno-anticuerpo y activación del sistema del complemento, generando inflamación tisular. Clínicamente se manifiesta con fiebre, rash cutáneo, artralgias y malestar general. Entre el 5.6% y el 29% de los pacientes tratados con suero antiofídico pueden desarrollar esta complicación. En Honduras, las mordeduras de serpiente representan un problema de salud pública, especialmente en zonas rurales.

Descripción del caso: Se presenta el caso de una paciente femenina de 54 años, procedente de Naco, Cortés, Honduras, con antecedente de mordedura por Bothrops asper en la mano izquierda, clasificada como envenenamiento leve. La paciente recibió cinco frascos de suero antiofídico polivalente y manejo complementario, con evolución favorable y egreso hospitalario sin complicaciones. Siete días después reingresó por exantema maculopapular generalizado, púrpura petequial en miembros inferiores, edema local y fiebre persistente, sin compromiso hemodinámico. Los hallazgos clínicos y el antecedente reciente de administración de suero antiofídico orientaron al diagnóstico de enfermedad del suero. Se inició tratamiento con corticosteroides sistémicos, antihistamínicos intravenosos y terapia tópica, logrando resolución completa de las lesiones en siete días, sin complicaciones sistémicas. **Conclusión:** La enfermedad del suero continúa siendo una complicación importante tras la administración de suero antiofídico en Honduras. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, por lo que el reconocimiento temprano y el seguimiento posterior al tratamiento son esenciales para prevenir complicaciones y garantizar un manejo oportuno.

RESUMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL) EN MODALIDAD PÓSTER

59TL. PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS EN COFRADÍA ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA COVID-19, 2018–2024. Michelle Odalys Díaz Escobar, Centro Integral de Salud Cofradía, Consulta Externa General, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La prevalencia de tuberculosis es un problema para la salud pública en países en vías de desarrollo Honduras, en especial áreas rurales como Cofradía. La interrupción de los servicios en centros de salud por la pandemia Covid-19 ha traído consecuencias en la prevalencia de la enfermedad. **Objetivo:** Describir el comportamiento de la prevalencia de tuberculosis en pacientes atendidos en el Centro Integral de Salud de Cofradía durante los períodos 2018–2019 (prepandemia) y 2022–2024 (postpandemia). **Métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo con análisis de tendencias poblacionales. La muestra fue no probabilística, obtenida de la base de datos institucional, incluyendo 95 casos confirmados por baciloscopia en una población de 45,430 habitantes. Se calcularon prevalencias anuales y acumuladas, por cada 100,000 habitantes. La comparación de proporciones entre períodos se efectuó mediante prueba de Chi cuadrado, intervalos de confianza al 95% (método de Wilson) y riesgo relativo. El protocolo contó con aval institucional, y aprobación ética. **Resultados:** La prevalencia acumulada fue de 5.08% en el período prepandemia y de 6.78% en el periodo postpandemia. El pico más alto se observó en 2022 de 8.56%. El análisis estadístico ($\chi^2 = 0.299$; $p = 0.584$) no mostró diferencias significativas entre ambos períodos. Se identificaron siete casos de coinfección tuberculosis-virus de inmunodeficiencia humana (TB–VIH), con incremento en el período postpandemia. La mayoría de los pacientes procedieron de Cofradía con 71.6%, seguidos por Brisas del Valle y Naco. **Discusión:** La prevalencia de tuberculosis en Cofradía se mantuvo relativamente estable antes y después de la pandemia, con un leve aumento en el período postpandemia. El análisis estadístico confirma que no existe diferencia significativa entre ambos períodos, lo que respalda la hipótesis nula. El hallazgo de coinfección TB–VIH, aunque en número reducido, resalta la necesidad de fortalecer el tamizaje integrado y la atención conjunta de ambas patologías.

60TL. SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA CULTURAL Y RELIGIOSA DE PACIENTES DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO 2025. Alejandra Marcela Ventura Hernández. Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Ciencias de la Salud, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Los trastornos mentales mundialmente son de las principales causas de discapacidad y su atención se ve influida

por factores culturales y religiosos, especialmente en países de bajos y medianos ingresos. En Honduras, el estigma, la limitada disponibilidad de servicios especializados y la influencia de la religiosidad condicionan la percepción social del diagnóstico y tratamiento en salud mental. **Objetivo:** Comprender la percepción cultural y religiosa de los pacientes ambulatorios del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza respecto al diagnóstico, causas y tratamiento de los trastornos mentales. **Métodos:** Estudio de enfoque mixto. Diseño: descriptivo, no experimental y longitudinal. Muestra: pacientes ambulatorios del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza atendidos en 2025. Tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia. Tamaño muestral de 642 pacientes. Se recolectaron datos sociodemográficos, percepciones religiosas y culturales y conocimientos relacionados con diagnóstico, tratamiento y causas de los trastornos mentales mediante instrumento estructurado de realización propia. El análisis en Excel 365. **Resultados:** 88% manifestó confianza en los diagnósticos en salud mental emitidos por profesionales especializados y el 92% manifestó creer en el tratamiento por profesionales especializados. Se observó 93% de confianza en la psicoterapia y 87% en el tratamiento farmacológico. No obstante, 25% integró creencias religiosas en la comprensión de la etiología y el abordaje terapéutico. **Discusión.** En salud mental y modelos explicativos culturales, los hallazgos evidencian una predominante aceptación del enfoque biomédico, especialmente en población joven y urbana, coherente con lo descrito por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. No obstante, la coexistencia de atribuciones médicas y religiosas confirma la persistencia de modelos híbridos característicos del contexto centroamericano. Esta dualidad refleja avances en la legitimación del diagnóstico profesional, aunque persisten creencias que pueden influir en el estigma y en la búsqueda de atención, subrayando la necesidad de intervenciones culturalmente contextualizadas en Honduras.

61TL. PROPORCIÓN Y FACTORES ASOCIADOS A PERITONITIS BACTERIANA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. Nathali Nicolle Zepeda Alvarado¹, Ernesto Antonio Laínez Liconá², Rennie Michelle Medina Martínez¹, Eva Judith Rivera Guzman¹. ¹Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Medicina Interna, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La Peritonitis Bacteriana Espontánea (PBE) es una complicación infecciosa grave en pacientes con cirrosis hepática descompensada, asociada a insuficiencia renal, síndrome hepatorenal elevando la mortalidad intrahospitalaria. Su identificación temprana y el reconocimiento de factores de

riesgo son determinantes para mejorar el pronóstico. **Objetivo:** Determinar la proporción y factores asociados a PBE en pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Mario Catarino Rivas (HMCR) durante 2025. **Métodos:** Estudio cuantitativo observacional analítico de cohorte retrospectiva, mediante revisión de expedientes clínicos de pacientes con cirrosis hepática atendidos entre enero y diciembre de 2025. Se incluyeron adultos ≥ 18 años con diagnóstico confirmado de cirrosis y paracentesis diagnóstica documentada, excluyendo casos de peritonitis secundaria. La variable dependiente fue la peritonitis bacteriana espontánea ($\text{PMN} \geq 250/\text{mm}^3$), analizándose su incidencia y asociación con factores clínicos, laboratoriales y microbiológicos mediante pruebas estadísticas inferenciales. El estudio fue aprobado por el comité de ética del HMCR. **Resultados:** La proporción hospitalaria fue de 30.3% (43). La ascitis estuvo presente en el 100% (43) de los casos ($p=0.041$). La insuficiencia renal se asoció significativamente con la aparición de PBE, observándose en 44.2% (19) frente a 24.2% (24) en pacientes sin PBE ($p=0.018$). El uso de albúmina mostró asociación estadística ($p=0.006$), evidenciando mayor utilización en pacientes con mayor gravedad. El microorganismo aislado con mayor frecuencia fue *Escherichia coli* en 21.8% (9). El síndrome hepatorenal se presentó en 8.5% (12) y la mortalidad intrahospitalaria fue de 8.5% (12). **Discusión:** La PBE mostró una incidencia relevante en pacientes con cirrosis avanzada, se asoció significativamente a insuficiencia renal, confirmando su papel como marcador de descompensación y mal pronóstico. La identificación precoz mediante paracentesis sistemática y la intervención temprana resultan fundamentales para reducir complicaciones renales y mortalidad en esta población de alto riesgo.

62TL. DERRAME PERICÁRDICO MALIGNO EN ADULTO JOVEN: REPORTE DE CASO. José Gómez¹, Denis Gabriel Rodríguez¹, Maira Alejandra Torres¹, José Alejandro Barahona¹. Instituto Nacional Cardiopulmonar, Unidad de Cuidados Intensivos, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El derrame pericárdico maligno es una manifestación poco frecuente de neoplasias en adultos jóvenes y suele asociarse a enfermedad avanzada. Puede presentarse con síntomas inespecíficos respiratorios, lo que dificulta el diagnóstico temprano y retrasa el tratamiento oportuno. En algunos casos, el compromiso pericárdico puede evolucionar hacia taponamiento cardíaco y choque obstructivo constituyendo una emergencia médica. Este reporte describe el caso de un adulto joven cuya presentación inicial simuló un proceso infeccioso respiratorio grave. **Descripción del caso:** Masculino, 31 años, albañil, tres meses previos al ingreso presentó tos seca y disnea a grandes esfuerzos. Presenta episodio de síncope, acude al Hospital de Tela, donde se encuentra taquipneico, desaturando y crépitos bilaterales a la auscultación. Radiografía de tórax: infiltrados alveolares bilaterales. TAC pulmonar: opacidades en vidrio despulido y patrón de árbol en gemación, tratado como neumonía grave con piperacilina-tazobactam y vancomicina. Tras dos semanas sin mejoría clínica se traslada a Hospital del

Tórax, se recibe insuficiencia respiratoria franca, requiriendo intubación orotraqueal y apoyo vasopresor. Persiste en estado de choque a pesar de doble apoyo vasopresor. Radiografía tórax control: aumento de silueta cardíaca compatible con derrame pericárdico. USG a pie de cama confirmó derrame pericárdico masivo con sospecha de taponamiento cardíaco, se realizó ventana pericárdica drenando aproximadamente 600 ml de líquido. Análisis del líquido: negativo para malignidad; biopsia pericárdica: adenocarcinoma metastásico. TAC tórax control: estenosis de bronquio derecho sugestiva de masa pulmonar. A pesar del manejo intensivo paciente evoluciona a falla multiorgánica y choque refractario, fallece 7 días después. **Conclusión:** El derrame pericárdico maligno puede ser la primera manifestación de neoplasias ocultas incluso en adultos jóvenes. Este caso resalta la importancia de considerar etiologías neoplásicas en cuadros respiratorios atípicos o refractarios al tratamiento, así como el valor del ultrasonido a pie de cama y la biopsia pericárdica para establecer el diagnóstico oportuno.

63TL. TAPONAMIENTO CARDIACO NEONATAL COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LEUCEMIA MIELOIDE CONGÉNITA. REPORTE DE DE CASO. Mariela Matamoros Hernández¹, Claudia Olivera Muñoz², Roxana Martínez³, Giovanni Marie Aguilar⁴. ¹Hospital Bendaña, Departamento de Cardiología Pediátrica, San Pedro Sula, Honduras. ²Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Neonatología, San Pedro Sula, Honduras. ³Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Hemato-Oncología San Pedro Sula, Honduras. ⁴Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Cirugía Pediátrica San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La leucemia mieloide congénita es una entidad extremadamente rara, con incidencia menor a 1 por cada 5 millones de nacidos vivos. Su presentación clínica es variable e incluye hepatoesplenomegalia, infiltración cutánea y alteraciones hematológicas. La afectación pericárdica como manifestación inicial es excepcional y puede comprometer rápidamente la estabilidad hemodinámica neonatal. **Descripción del caso:** Recién nacido masculino pretérmino (35 semanas de gestación), procedente de San Pedro Sula Cortés. Obtenido por cesárea programada por diagnóstico prenatal de derrame pericárdico significativo. Presentó fenotipo compatible con síndrome de Down, confirmado por cariotipo. Requirió reanimación avanzada e intubación endotraqueal. A los 20 minutos de vida desarrolló choque neonatal con dificultad respiratoria severa, bradicardia, pulsos débiles y ruidos cardíacos hipofonéticos. El ecocardiograma transtorácico urgente evidenció derrame pericárdico masivo con colapso diastólico de cavidades derechas y variación respiratoria del flujo transmitral, compatible con taponamiento cardíaco. Se realizó pericardiocentesis terapéutica con mejoría hemodinámica inicial. Posteriormente presentó hipertensión pulmonar persistente y elevación de Pro-BNP (3721 pg/ml), requiriendo soporte con múltiples inotrópicos. Los estudios hematológicos mostraron leucocitosis severa ($144,100/\text{mm}^3$), trombocitosis ($818,000/\text{mm}^3$) y blastos circulantes. El aspirado de médula ósea confirmó infiltración por células mieloides in-

maduras, estableciéndose el diagnóstico de leucemia mieloide congénita. El paciente inició quimioterapia. Presentó síndrome de lisis tumoral con insuficiencia renal aguda que requirió diálisis peritoneal. Actualmente se encuentra en remisión hematológica con adecuado estado general. **Conclusión:** El taponamiento cardíaco puede constituir una forma de presentación inicial poco frecuente de leucemia mieloide congénita. El diagnóstico temprano y el manejo multidisciplinario oportuno son determinantes para modificar favorablemente el pronóstico neonatal.

64TL. PERFIL CLÍNICO-FUNCIONAL DE PACIENTES CON EVALUACIÓN ISOCINÉTICA EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN. José Elpidio Sierra Zerón¹, Edna Janeth Maradiaga¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Rehabilitación, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La evaluación isocinética mide la fuerza muscular mediante dinamómetro computarizado. En medicina física y rehabilitación permite evaluar debilidad y desequilibrios musculares para orientar el tratamiento y monitorear progreso del paciente asegurando recuperación funcional de manera objetiva. **Objetivo:** Determinar perfil clínico-funcional de pacientes evaluados por dinamometría isocinética de rodilla en el Departamento de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (FCM-UNAH) 2022-2025. **Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo, revisando expedientes de pacientes con evaluación isocinética de rodilla. Partiendo de 134 estudios se obtienen 86 pacientes evaluados por rodilla, 31 eliminados por tener coeficiente de variación >10%. A través de formulario se registraron datos generales, clínicos y resultados del estudio isocinético hecho con dispositivo marca BIODEX system 4 Pro. Los datos fueron analizados con STATA (version 14.0); se realizó análisis descriptivo y para comparar variables isocinéticas entre patología quirúrgica versus no quirúrgicas test Wilcoxon, $p < 0.05$ fue significativo. **Resultados:** Se evaluaron 55 pacientes con mediana de edad de 36 años, 70.9% (39) del sexo masculino, 72.7% (40) sin manejo quirúrgico siendo el principal motivo de consulta gonalgia 36.4% (20) y trauma en 12.7% (7). Se encontró debilidad en cuádriceps en baja/alta velocidad: 56.4% (31) y 52.7% (29) respectivamente, debilidad isquiosural en baja/alta velocidad: 32.7% (18) y 20% (11) respectivamente, desequilibrio antagonista/agonista (AA) 56.4% (31). Las diferencias interlado en cuádriceps a baja/alta velocidad fueron 31.1%/20.2% en quirúrgicos versus 15.1%/13.9% en no quirúrgicos respectivamente, $p < 0.05$, isquiosurales sin diferencias; se encontró desequilibrio AA (relación $\geq 65\%$) tanto en quirúrgicos como no quirúrgicos, $p \geq 0.05$. **Discusión:** La dinamometría permitió identificar alto porcentaje de pacientes con debilidad en los músculos evaluados y determinar mayor debilidad en cuádriceps cuando el manejo patológico fue quirúrgico, desequilibrios AA pueden estar tanto en patologías de manejo quirúrgico como conserva-

do; dinamometría permitió un tratamiento objetivo basado en la fuerza encontrada.

65TL. PERFIL CLÍNICO-FUNCIONAL DE NIÑOS CON HEMOFILIA A SEVERA BAJO PROFILAXIS. SERIE DE CASOS. José Elpidio Sierra Zerón¹, Karen Orellana², Fredy Alexander Rodríguez², Darío Vinicio Cáceres³, Armando Peña⁴. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Rehabilitación, Tegucigalpa, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Química y Farmacia, Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Escuela, Servicio de Hemato-oncología Pediátrica, Tegucigalpa, Honduras. ⁴Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Pediatría, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La Hemofilia A severa supone alto riesgo de morbi-mortalidad, el tratamiento actual recomendado es profilaxis, en Honduras el perfil clínico-funcional de estos pacientes es desconocido. **Descripción de Serie de casos:** Se evaluaron quince niños del Hospital Escuela, diagnóstico de hemofilia A severa. Se obtuvo datos sociodemográficos, clínicos (sangrado en último año), evaluación de Salud Articular para la Hemofilia (HJHS, puntaje 0-100) siendo cero normal y Lista Pediátrica de Actividades para Personas con Hemofilia (pedHAL versión 0.12.1-2018 para padres), puntaje 0-100, ≤ 95 se determinó como discapacidad en el último mes. Se contó con dictamen ético, y consentimientos/asentimientos informados. La edad promedio fue 9.3 ± 3.2 años, doce recibían educación básica. Nueve utilizan anticuerpos monoclonales (28.8 ± 21.6 meses de tratamiento) y seis usando factor VIII (31.3 ± 31.3 meses), once habían sangrado (cinco fue espontáneo), cuatro hospitalizados, siete con historia de hemartrosis (4 en tobillos, 5 con afecciones bilaterales). Los que utilizaban profilaxis con anticuerpos monoclonales 6/9 sangraron (tasa=0.8 episodios/año, cuatro sangrados externos), tres hospitalizados, tres con hemartrosis (dos tobillos, una en mano, unilaterales); puntaje de salud articular 2.4 ± 3.3 , uno tenía afectada severamente la marcha, uno cumplió criterio de discapacidad (82.4 puntos pedHAL). Los niños bajo profilaxis con factor VIII, 5/6 sangraron (tasa=2 episodios/año, uno en cerebro siendo hospitalizado), cuatro tuvieron hemartrosis (tres codos, dos rodilla y tobillo respectivamente; tres afectados bilateralmente); puntaje de salud articular fue 6.3 ± 8.9 , (dos niños con edema ≥ 6 meses y extensión limitada severamente, uno limitado severamente en marcha), dos niños tuvieron discapacidad (puntaje 91 y 67). **Conclusión:** la discapacidad en niños con hemofilia tratados con profilaxis es alta (1/5 niños) pero con leve severidad permitiéndoles inclusión escolar y social, los episodios de sangrados y daño articular fueron más frecuentes en quienes usan factor VIII; se recomienda estudio longitudinal que evalúe salud articular y discapacidad a largo plazo.

66TL. REHABILITACIÓN FUNCIONAL Y ABORDAJE INTEGRAL EN LA DISPLASIA GNATO-DIAFISARIA INFANTIL: REPORTE DE CASO. Carlos Eduardo Rodríguez Núñez¹, Linda Rebeca Garmendia Martínez¹, Marilyn Vanesa Donaire Hernández¹, Ascela Vásquez Briceño², Raxá Aguilar^{1,2}. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado de Medicina de Rehabilitación, Tegucigalpa, Honduras. ²Centro de Rehabilitación Integral Teletón, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La displasia gnato-diafisaria enfermedad clasificada dentro espectro de osteocondrodisplasias y osteodistrofias, herencia autosómica dominante, extremadamente rara, asociada a mutaciones del gen ANO5. Caracterizada por deformidad mandibular, engrosamiento cortical, fragilidad ósea con fracturas recurrentes a temprana edad. Los 108 casos reportados mundialmente, sin casos documentados en Honduras. La literatura describe hallazgos clínicos y abordajes quirúrgicos, con disparidad en la evidencia sobre las intervenciones rehabilitadoras y sus resultados funcionales en la población pediátrica. Este caso, evidencia prácticas clínicas que aporten seguridad, dosificación y efectos funcionales con programa de rehabilitación pediátrico individualizado en el paciente con alta fragilidad ósea. **Descripción del caso:** Preescolar masculino, remitido a rehabilitación por dolor, alteraciones en movilidad e hitos motores del desarrollo, con dependencia funcional y ausencia de marcha. Antecedentes prenatal -postnatal con fracturas intrauterinas, 14 intervenciones quirúrgicas de carácter reconstructivo (osteotomías y fijación endomedular). Diagnóstico confirmado mediante panel genético (dos variantes heterocigotas probablemente patógenas en ANO5). Al ingreso presentó dolor 4/10 (Wong-Baker) en 4 extremidades, hipotonía global, fuerza muscular 3/5 (Escala de Daniels modificada), limitación de arcos articulares y nivel 1 en Escala modificada de Bleck (no ambulator). Con limitación en movilidad y autocuidado según dominios de la Clasificación Internacional de Funcionalidad (CIF). Se implementó programa durante 18 meses en tres ciclos (30 sesiones de terapia física, 18 de terapia ocupacional), basado en hidroterapia progresiva, fortalecimiento sin carga bajo parámetros FITT adaptados a fragilidad ósea, movilizaciones pasivas, propiocepción, control postural, manejo ortésico, tratamiento de cicatrices, manejo psicológico, apoyo por trabajo social, educación e inclusión. Adherencia >85%, sin eventos adversos durante intervención. **Conclusión:** El abordaje rehabilitador individualizado y multidisciplinario fue seguro, obteniendo 20° más en flexión de rodillas, mejoró control postural, trefismo muscular, independencia en alimentación y grafomotricidad. La intervención temprana por rehabilitación es componente esencial optimizando funcionalidad, calidad de vida en displasias óseas poco comunes.

67TL. SARCOPENIA, SÍNTOMAS DE POLINEUROPATÍA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE INICIARON QUIMIOTERAPIA, RESULTADOS PRELIMINARES. Marilyn Vanessa Donaire Hernández¹, Carlos Eduardo Rodríguez Núñez¹, Lucy Alejandra Fiallos Marrder¹, Linda Rebeca Garmendia Martínez¹, Neide Cristina Suazo Mejía¹, Enma Cristina Molina¹, María Fernanda Calderón¹, Leonardo Ramsés Sierra¹, Edna Maradiaga¹. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado de Medicina de Rehabilitación, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El cáncer constituye una de las principales causas mundiales de morbimortalidad. Hasta 78.7% de los pacientes oncológicos presentan sarcopenia, la polineuropatía puede afectar hasta 89%; ambas condiciones incrementan el riesgo de mortalidad, discapacidad y dependencia. **Objetivo:** Determinar la evolución de función muscular, desarrollo de síntomas de polineuropatía y calidad de vida en pacientes oncológicos adultos que inician quimioterapia en el Hospital de Especialidades San Felipe, Honduras de noviembre 2025-mayo 2026. **Métodos:** Estudio descriptivo longitudinal realizado en la sala de quimioterapia ambulatoria; mediante muestreo no probabilístico se incluyeron pacientes ≥ 18 años, que iniciaron quimioterapia sin síntomas de polineuropatía. Se evaluó sarcopenia, síntomas de polineuropatía, y calidad de vida en 2 tiempos: previa aplicación de primera y tercera quimioterapia (T1-T2 respectivamente). Se determinó sarcopenia por: fuerza prensil < 16 kg en mujeres y < 27 kg en hombres, más circunferencia de pantorrilla < 33 cm mujeres y < 34 cm hombres; polineuropatía y calidad de vida según Cuestionarios de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC): Neuropatía periférica inducida por quimioterapia (QLQ-CIPN20) y Cuestionario básico (QLQ-C30 versión 3), respectivamente. Datos analizados en Stata V14. Se estimaron diferencias de media para calidad de vida con pruebas de Wilcoxon, $p \leq 0.05$. Aprobado por comité de ética. **Resultados:** Se analizan pacientes a las 4 semanas que han cumplido T2 (29/65). El 82.8% (24/29) mujeres, mediana de edad 62 (Q1-Q3 48-74), 41.4% (12/29) con sitio primario cervicouterino. En T1 hubo sarcopenia en 7.7% (5/29), sin cambios en el T2; Desarrollaron síntomas de polineuropatía 93.1% (27/29). Hubo deterioro en la salud/calidad de vida global entre T1-T2 (73.9-67.2 respectivamente, $p=0.01$). **Discusión:** Estos hallazgos sugieren un impacto temprano de la quimioterapia sobre los síntomas de polineuropatía, y la calidad de vida, lo que resalta la importancia de estrategias de rehabilitación oncológica temprana.

68TL. REHABILITACIÓN INTEGRAL EN ADOLESCENTE CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA TIPO VIII: REPORTE DE CASO. Lucy Alejandra Fiallos Marrder¹, Neide Cristina Suazo Mejía¹, Ascela Vásquez², Raxá Aguilar^{1,2}. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado de Medicina de Rehabilitación, Tegucigalpa, Honduras. ²Centro de Rehabilitación Integral Teletón, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La Osteogénesis Imperfecta tipo VIII (OI VIII) es una variante autosómica recesiva severa e infrecuente, caracterizada por fragilidad ósea extrema, fracturas y, distintivamente, escleras blancas. En Honduras, la falta de pruebas genéticas locales representa un reto para el diagnóstico temprano y manejo oportuno. La rareza de la condición, alta variabilidad fenotípica, y falta de estudios de alta calidad, condicionan escasa literatura sobre manejo rehabilitador especializado. **Descripción del caso:** Adolescente femenina de 12 años, nace con extremidades cortas y múltiples fracturas intrauterinas; inicialmente sospechada de acondroplasia, a sus 10 meses se diagnosticó OI VIII mediante estudio genético en el extranjero. Desde los 5 años manejada en hospital estadounidense, mediante múltiples cirugías correctivas de escoliosis severa y deformidades de extremidades, más terapia física y ocupacional. Captada en Teletón en 2023, inicia programa rehabilitador multidisciplinario liderado por médico especialista en rehabilitación pediátrica: fisioterapia, fortalecimiento muscular activo con estimulación eléctrica, movilidad articular, ejercicios propioceptivos por 1 hora/semana, y 30 minutos/semana de hidroterapia; terapia ocupacional, 1 hora/semana entrenando funciones de mano, actividades básicas de la vida diaria, marcha y uso de aditamentos. En casa: bipedestación con órtesis de tobillo y pie (KAFO) 1 hora/día, 1 hora/semana entrenando marcha con órtesis y andador, y 1 hora/semana natación recreativa. Complementado con evaluaciones periódicas por servicios de psicología y educación e inclusión. La paciente progresó de dependencia total en silla de ruedas a independencia en actividades de autocuidado, bipedestación y marcha adaptadas. Actualmente mantiene buen desempeño académico e integración social, que madre y paciente atribuyen a adherencia a programa interdisciplinario. **Conclusión:** El abordaje interdisciplinario liderado por médico fisiatra fue determinante para lograr objetivos funcionales en esta paciente con fenotipo severo de OI. Se necesita expandir la literatura médica orientada a rehabilitación en enfermedades raras, publicando estudios de calidad, que permitan generalizar hallazgos y establecer recomendaciones de manejo.

69TL. TUBERCULOSIS PULMONAR COMPLICADA CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. REPORTE DE CASO. Dulce Alejandra Henríquez¹, José Orlando Maldonado¹, Mario Velásquez¹. ¹Instituto Nacional Cardiopulmonar, Sala de Tuberculosis, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por *Mycobacterium tuberculosis*. Se ha descrito una prevalencia de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) del

2% en pacientes con tuberculosis activa. Esto puede explicarse mediante mecanismos en la tríada de Virchow: el estado de hipercoagulabilidad, la estasis venosa, disfunción endotelial en reacción al propio bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 24 años inmunocompetente, con historia de tos seca de dos meses de evolución la cual evolucionó a tos húmeda persistente acompañada de fiebre recurrente, pérdida ponderal significativa, dolor en hemitórax derecho, disnea a grandes esfuerzos que en las últimas dos semanas fue rápidamente progresiva hasta presentar disnea al reposo; además expectoración hemoptoica, sin antecedente de encamamiento prolongado, negando uso de anticonceptivos orales, combe Negativo. Se realizaron pruebas microbiológicas Gene-Xpert Ultra/XDR positivas para *Mycobacterium tuberculosis*. Angiotomografía: evidencia defecto del llenado segmentario focal en la arteria posterior del lóbulo superior derecho en relación con datos de tromboembolia pulmonar aguda. Patrón pulmonar en árbol en gemación. Se inició tratamiento antifímico y anticoagulación con anticoagulantes orales de acción directa (Endoxabán) oportunamente y su evolución es satisfactoria. **Conclusión:** En los pacientes con tuberculosis activa debemos mantener un alto índice de sospecha ante el desarrollo de fenómenos tromboembólicos, dado que el riesgo de presentarlos es similar al de los pacientes con neoplasias y el aumento de mortalidad que conlleva.

70TL. ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: REPORTE CASO. Norma Isabel Galeas Calleja¹, Julio César Raudales Moncada². ¹Clínica Salud Integral de la Mujer, Sala de Consulta Externa, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Loma de Luz, Sala de Emergencia, Balfate, Honduras.

Introducción: La Arteritis de Células Gigantes (ACG) es la vasculitis primaria más común, siendo su pico de incidencia en mujeres mayores de 50 años. Se presenta con síntomas craneales y sistémicos, siendo la complicación más grave la amaurosis y entre el 40-60% se asocia con Polimialgia Reumática (PMR) por mecanismos fisiopatológicos compartidos. El diagnóstico es una combinación de hallazgos clínicos, laboratoriales, ultrasonido Doppler y en caso de estar disponible, una biopsia de arteria temporal (BAT) como el estándar de referencia. El tratamiento de primera línea son los glucocorticoides. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 62 años, sin antecedentes patológicos personales conocidos, acude a consulta por cuadro de un mes de evolución caracterizado por cefalea bitemporal, especialmente al peinarse, amaurosis fugaz recurrente, hiperemia conjuntival, dolor articular en manos y caderas y rigidez matutina en ambas manos, negando claudicación mandibular. En estudios laboratoriales se documentó velocidad de eritrosedimentación (VES) 34 mm/h y factor reumatoide negativo. Ante la sospecha clínica de ACG asociada a PMR, se inició tratamiento en fase aguda con prednisona 50 mg vía oral una vez al día y se solicitó ultrasonido Doppler de arterias temporales, el cual reportó leve estenosis de arteria temporal derecha y leve oclusión de arteria temporal izquierda, sin signo del halo reportado. En cita de control de un mes, presenta mejoría clínica, sin episodios de

amaurosis fugaz y normalización laboratorial de VES 14 mm/h y proteína C reactiva negativa; por lo cual se inició fase de mantenimiento del tratamiento durante tres meses. **Conclusión:** Utilizar el ultrasonido Doppler como método diagnóstico inicial no invasivo, por buena sensibilidad 82-93% y especificidad 81-90%, bajo costo y la BAT solo en casos no concluyentes. Además, ante clínica, laboratorio y ultrasonido sugestivos de ACG, iniciar tratamiento empírico con glucocorticoides para evitar repercusiones graves como amaurosis irreversible.

71TL. CORRELACIÓN ENTRE HALLAZGOS ULTRASONOGRÁFICOS E INTRAOPERATORIOS EN COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA DURANTE COLECISTECTOMÍA ABIERTA. Carlos Eduardo Coto Tejeda¹, Armando Palomo Elvir¹, Alex Eliel López García². ¹Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Juan Manuel Gálvez, Departamento de Cirugía General, Gracias, Honduras.

Introducción: La Colecistitis Crónica Calculosa (CCC) es una de las patologías biliares más frecuentes y causa común de intervención quirúrgica. El ultrasonido abdominal constituye el método diagnóstico inicial; sin embargo, los hallazgos imagenológicos pueden diferir de los observados intraoperatoriamente, lo que podría influir en la planificación quirúrgica y la toma de decisiones clínicas. **Objetivo:** Describir las diferencias entre los hallazgos ultrasonográficos preoperatorios y los hallazgos intraoperatorios en pacientes sometidos a Colectomía Abierta por CCC. **Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, con previa aprobación institucional, mediante revisión de expedientes clínicos de pacientes intervenidos entre enero y septiembre de 2025 (nuestra 114). Se consideró un intervalo promedio de hasta 5 meses entre la evaluación inicial y el acto quirúrgico, realizándose la cirugía en fase asintomática o en etapa sintomática crónica estable. La valoración intraoperatoria del grosor de la pared vesicular se basó en estimación visual y táctil del cirujano, sin medición instrumental estandarizada. **Resultados:** El sexo femenino (91.2%), grupo etario de 20-39 años (52.63%), con media de edad de 41.54 años, procedencia rural (84.21%). El síntoma principal fue dolor en hipocondrio derecho (100%). El ultrasonido reportó litiasis vesicular en 99.12%, con múltiples cálculos 79.82% y tamaño de 6–10 mm (46.49%). Engrosamiento de la pared vesicular en 1.75%. Durante el acto quirúrgico se identificaron litos en 97.37% de los casos, con múltiples cálculos en 81.58% y tamaño entre 1–10 mm (46.49%). El engrosamiento de la pared vesicular se observó en 14.04%. Las complicaciones postoperatorias se presentaron en el 0.88% de los casos. **Discusión:** El ultrasonido abdominal continúa siendo una herramienta diagnóstica fundamental en la CCC; sin embargo, existen diferencias con los hallazgos intraoperatorios, particularmente con el grosor de la pared vesicular. Esto resalta la importancia de correlacionar los hallazgos imagenológicos con la evaluación clínica y quirúrgica para una adecuada planificación terapéutica.

72TL. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR ACCIDENTES VIALES EN UN HOSPITAL PÚBLICO. Alfa Sarahy Perdomo Portillo. Hospital Escuela, Sala de Emergencia Bloque Quirúrgico, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Los accidentes viales constituyen un importante problema de salud pública por su impacto en la morbilidad, discapacidad y demanda hospitalaria, especialmente en países de ingresos bajos y medios. Las lesiones traumáticas asociadas, en particular las fracturas, generan alta carga asistencial y económica, afectando principalmente a poblaciones jóvenes en edad productiva. **Objetivo:** Caracterizar clínica, sociodemográfica y epidemiológicamente a los pacientes hospitalizados por accidentes viales en la sala de ortopedia del Hospital Escuela durante el periodo enero-marzo de 2025. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo retrospectivo basado en la revisión de expedientes clínicos de 151 pacientes hospitalizados. Se analizaron variables sociodemográficas, tipo de transporte, mecanismo del accidente, factores de riesgo (alcohol y uso de casco), tipo y localización de fracturas, así como estancia hospitalaria. Los datos recolectados fueron procesados mediante el software estadístico SPSS. Se realizaron análisis descriptivos mediante frecuencias absolutas y relativas, así como medidas de tendencia central. **Resultados:** de los 151 pacientes, la población más afectada fueron hombres jóvenes de 18 a 27 años 48.3%. La motocicleta fue el medio de transporte más implicado 80.1%, principalmente en colisiones con automóviles. Las fracturas abiertas representaron el 51.7% de los casos, con predominio en extremidades inferiores, especialmente tibia y peroné. La estancia hospitalaria promedio fue de 14.1 días. Se identificaron deficiencias importantes en el registro de factores de riesgo, con alta proporción de datos no consignados sobre consumo de alcohol y uso de casco. **Discusión:** Los hallazgos evidencian un perfil de alta vulnerabilidad centrado en hombres jóvenes motociclistas, con lesiones de alta energía y elevada demanda de recursos hospitalarios. La limitada calidad del registro clínico dificulta la vigilancia epidemiológica y la formulación de políticas preventivas. Se refuerza la necesidad de intervenciones dirigidas a seguridad vial, fiscalización del consumo de alcohol, uso obligatorio de casco y mejora de los sistemas de información hospitalaria.

73TL. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE COMPLICACIÓN NEUROLÓGICA ASOCIADA A TÉCNICA INADECUADA DE INYECCIÓN INTRAMUSCULAR. REPORTE DE CASO. José Bonifácio Avilés Irías¹, Sharom Nicolles Ordóñez Ruiz¹, Alex Daniel Villamil Hernández¹. ¹Hospital Básico de Deformidades Óseas, Servicio de Ortopedia, Comayagüela, Honduras.

Introducción: La inyección intramuscular es una técnica invasiva frecuente. La aplicación incorrecta puede ocasionar complicaciones, incluyendo lesiones neurológicas con alteraciones funcionales. En el contexto de pediatría y ortopedia, estas complicaciones adquieren relevancia por el impacto en

el desarrollo motor, su identificación precoz y manejo oportuno, conservador o quirúrgico, son esenciales para prevenir secuelas permanentes y preservar el crecimiento y desarrollo adecuado. **Descripción del caso:** Masculino de 12 años con antecedente de inyección intramuscular en región glútea derecha hace un año y medio, posteriormente presentó dolor local intenso, seguido de parestesias con leve limitación funcional de la extremidad inferior derecha, alteración en la estabilidad, longitud inadecuada del paso y arrastre del pie. Días posteriores presentó dificultad para la dorsiflexión del pie derecho, en posición aducto y supino. Los hallazgos electromiográficos confirmaron lesión subaguda sensitivo-motora axonomielínica del nervio peroneo común derecho, compatible con neuropatía focal post inyección. Al examen físico presentó características de pie equino varo neuropático. Se brindó tratamiento conservador mediante terapia física, durante un año. Debido a la lenta recuperación y poca mejoría, se realizó corrección quirúrgica que consistió en alargamientos y transferencias tendinosas y osteotomías. Tres semanas después, mostró estabilidad en la marcha, paso libre del pie en fase de balanceo, buena longitud de paso y conservación de la energía. Actualmente, presenta una línea de progresión adecuada. **Conclusión:** El manejo quirúrgico de este caso, demuestra que la combinación de transferencias tendinosas y correcciones óseas estructurales favorecen el restablecimiento de la estabilidad en la marcha, sobre todo cuando los pacientes no responden al tratamiento conservador. Con esta técnica, que también es empleada en la corrección de un pie equino varo congénito, se corrige la deformidad estética y se optimiza la biomecánica de la marcha, previniendo secuelas funcionales permanentes y permitiendo el desarrollo físico apropiado para el paciente pediátrico.

74TL. COCAÍNA Y TROMBOEMBOLIA PULMONAR: UNA COMPLICACIÓN SUBESTIMADA - REPORTE DE CASO.

Laura Sofía Castellón Paz¹, Carlos Armando Mejía Aly¹, Karel Iracema Escoto Pineda², Carlos Alberto Romero Duran³, Jose Alejandro Gabriel Pineda Castillo⁴, Aaron Fabricio Alemán⁴. ¹Hospital Santa Bárbara Integrado, Sala de Emergencias, Santa Bárbara, Honduras. ²Hospital Santa Bárbara Integrado, Servicio Medicina Interna, Santa Bárbara, Honduras. ³Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio Medicina Interna, San Pedro Sula, Honduras. ⁴Universidad Católica de Honduras, Internado Rotatorio, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La tromboembolia pulmonar es una enfermedad potencialmente mortal causada por la obstrucción de la circulación pulmonar, generalmente secundaria a trombos originados en el sistema venoso profundo. Entre los factores de riesgo clásicos se incluyen inmovilización prolongada, cirugía reciente, cáncer, obesidad y trastornos trombofílicos. Sin embargo, en los últimos años se reconocen algunas sustancias ilícitas, particularmente la cocaína, como posibles desencadenantes de eventos trombóticos. Esta puede inducir vasoconstricción intensa, activación plaquetaria, daño endotelial y un estado protrombótico que favorece la formación de trombos en territorio arterial y venoso. **Descripción del caso:** Se presenta caso

paciente masculino de 18 años, procedente de Chinda, Santa Bárbara, con antecedente de consumo reciente de cocaína por vía intranasal aproximadamente dos horas antes del inicio de los síntomas, en cantidad no precisada. Consultó por disnea de inicio súbito, dolor torácico opresivo y síncope. A su ingreso se encontraba hemodinámicamente inestable, cianosis periférica, llenado capilar prolongado, signos de bajo gasto e ingurgitación yugular. Durante el abordaje inicial de dolor torácico agudo se evidenció elevación de troponinas, lo que hizo sospechar inicialmente un síndrome coronario agudo asociado al consumo de cocaína. El ultrasonido a pie de cama mostró hallazgos sugestivos de tromboembolia pulmonar con sobrecarga de cavidades derechas. Posteriormente, la angiotomografía pulmonar confirmó trombos en la bifurcación de la arteria pulmonar izquierda y en la rama superior de la arteria pulmonar derecha. El paciente recibió manejo en sala de emergencias con soporte vasopresor, oxigenoterapia, anticoagulación con enoxaparina y trombolisis sistémica con alteplasa, presentando evolución clínica favorable. Fue dado de alta con anticoagulación oral y seguimiento ambulatorio. **Conclusión:** El consumo de cocaína continúa en aumento, es fundamental que el personal de salud mantenga un alto índice de sospecha de tromboembolia pulmonar en pacientes jóvenes con dolor torácico y compromiso hemodinámico, incluso en ausencia de factores de riesgo tradicionales.

75TL. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN A INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS EN HONDURAS.

Adriana Parodi Turcios¹, Adriana Raquel Jiménez Vásquez¹, Alejandra María Villela Escobar¹, Alejandra Sofía Mejía Morgia¹, Diego Fernando Mairena Chávez¹, Dulce María Hernández Peralta¹, Emelly Andrea Fernández Lagos¹, Endy María Castellanos Rodríguez¹, Jypsi Rachel Díaz Santos¹, María Fernanda Rodríguez Marcía¹, Marisabel Peña Domínguez¹, Michelle Alejandra Espino Gutierrez¹, Miguel Fernando Romero Martínez¹, Pedro Luis Flores Rivera¹, Sarah Gabriela Martínez Castellanos¹, Sophia Isabella Midence Euceda¹, Andrea Michelle Pineda¹, Arleth Nicolle López Berríos¹, Brian Elihu López Almendares¹, Estefany Carolina Espinoza Bueso¹, Fernando Andrés Urrutia Madrid¹, Manuel Antonio Sierra Santos¹, Juan Pablo Búlnes Vides¹, Lina Gabriela Carrasco Rodríguez¹, Edda Carlota Escobar Galindo¹, Ynés Sofía Martínez Peña². ¹Universidad Tecnológica Centroamericana Facultad de Ciencias de la Salud, Tegucigalpa, Honduras. ²World Vision Honduras, Coordinación de educación, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El consumo de sustancias en adolescentes constituye un problema creciente de salud pública en países de ingresos bajos y medianos, donde la vigilancia es limitada. En Honduras, la escasez de datos nacionales publicados resalta la necesidad de evidencia actualizada para orientar políticas de prevención. **Objetivo:** Estimar la prevalencia del consumo de sustancias en estudiantes de instituciones públicas. **Métodos:** Estudio transversal en una muestra aleatoria de estudiantes del tercer ciclo y educación media (7°-12° grado) del sector

educativo formal público. La información fue recolectada por estudiantes de último año de medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana (FCS-UNITEC), utilizando el “Test de Detección de Uso de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias para Jóvenes” (ASSIST-Y por sus siglas en inglés) desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se evaluó el consumo puntual y en los últimos tres meses. Se calcularon prevalencias e intervalos de confianza del 95% con SPSS v27. El estudio contó con aprobación ética del Comité de Investigación de UNITEC. **Resultados:** Participaron 6,121 estudiantes (51.4% mujeres; media de edad 14.8 años). El consumo alguna vez en la vida fue mayor para alcohol (26.3%), vapeo (22.5%) y tabaco fumado (18.0%), seguido de marihuana (8.6%) e inhalantes (5.9%). Los hombres reportaron mayor prevalencia en la mayoría de sustancias ($p < 0.05$). Más de la mitad de los usuarios reportaron consumo reciente (últimos tres meses). El inicio temprano (≤ 10 años) se observó principalmente en inhalantes; para cocaína, estimulantes y alucinógenos iniciaron a ≥ 15 años. El consumo aumentó significativamente con mayor grado escolar ($p < 0.001$). **Discusión:** El consumo de sustancias entre adolescentes hondureños es frecuente, inicia a edades tempranas y aumenta con el nivel educativo. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar intervenciones preventivas tempranas, basadas en la escuela y con enfoque de género.

76TL. PRESIÓN FAMILIAR Y DE PARES, FACTORES IMPULSORES DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS ENTRE ADOLESCENTES HONDUREÑOS. Alejandro Andrés Fernández García¹, Alexandra García Lanza¹, Alexia Roxana Soto Tróchez¹, Ana Luz Rivera Figueroa¹, Andrea Celeste Gómez Borjas¹, Andrea Michelle Pineda¹, Arleth Nicolle López Berlioz¹, Brian Elihu López Almendares¹, Carlos Humberto Argeñal Hernández¹, Carlos Ramon Wiener Cabrera¹, Chelsy Maelka Paisano Arrechavala¹, Francis Yamileth Bárcenas Cuéllar¹, Gabriela Sarahi Rodríguez Carías¹, Galel Alexander Lagos Cerrato¹, Génesis Dariela Rodríguez Moreno¹, Jennifer Michelle Madrid Ordóñez¹, Nicole Marie McCormick Ayestas¹, Norma Mariely Guevara Escobar¹, Nubia Hadanari Molina Baide¹, Oscar Alejandro Madrid Soto¹, Yeimi Stephanie González Avila¹, Manuel Antonio Sierra Santos¹, Juan Pablo Bulnes Vides¹, Lina Gabriela Carrasco Rodríguez¹, Edda Carlota Escobar Galindo¹, Ynés Sofía Martínez Peña². ¹Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana, Tegucigalpa, Honduras. ²Coordinadora de Educación e Incidencia, World Vision Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: A nivel individual, psicopatología temprana, impulsividad y el bajo rendimiento aumentan el riesgo de consumo de sustancias en adolescentes, mientras que las habilidades socioemocionales y la autoeficacia son protectoras. A nivel familiar, la baja supervisión y la disfunción incrementan la vulnerabilidad, en contraste con la cohesión y normas claras. En el entorno escolar y de pares, la asociación con consumidores y la débil conexión escolar elevan el riesgo, mientras que el apoyo docente lo reduce. A nivel comunitario, la pobreza, la violencia

y la publicidad influyen en los patrones de consumo. **Objetivo:** Identificar factores asociados con consumo de sustancias en estudiantes de instituciones públicas. **Métodos:** Estudio transversal en una muestra aleatoria de estudiantes del Tercer Ciclo y Educación Media (7°-12° grado) del sector educativo formal público. La información fue recolectada por estudiantes de último año de medicina de FCS-UNITEC, utilizando el “Test de Detección de Uso de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias para Jóvenes” (ASSIST-Y por sus siglas en inglés) desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se evaluó el consumo de sustancias y los factores familiares y sociales asociados. Se calcularon prevalencias e intervalos de confianza del 95% con SPSS v27. El estudio contó con aprobación ética del Comité de Investigación de FCS-UNITEC. **Resultados:** Participaron 6,121 estudiantes (51.4% mujeres; media de edad 14.8 años). En relación al núcleo familiar: 1,593 (26.0%, 95% IC: 24.9% - 27.1%) consumen tabaco; 2,201 (36.0%, 95% IC: 34.8% - 37.2%) consumen alcohol y 549 (9.0%, 95% IC: 8.3% - 9.7%) consumen drogas. Con amigos significativos: 1,531 (25.0%, 95% IC: 23.9% - 26.1%) consumen tabaco; 1,533 (25.0%, 95% IC: 24.0% - 37.2%) alcohol; y 831 (13.6%, 95% IC: 12.7% - 14.5%) drogas. **Discusión:** La exposición constante a familiares y amigos que consumen sustancias incrementa significativamente el riesgo de iniciación y dependencia.

77TL. ESTADO NUTRICIONAL Y RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN ESTUDIANTES DEL PRIMER CICLO DE EDUCACIÓN PRIMARIA. Iván Roberto Castro Farach¹, Zenia Isela Webster Orellana¹, Diana María Méndez¹, Manuel Antonio Sierra Santos¹. ¹Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Ciencias de la Salud, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Honduras enfrenta una persistente malnutrición infantil junto con un aumento del sobrepeso y la obesidad en escolares. **Objetivo:** Evaluar el estado nutricional y el riesgo cardiometabólico en estudiantes del primer ciclo de primaria en el municipio rural de San Jerónimo, Comayagua, entre junio y septiembre de 2024. **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, tipo censo, en 650 niños de 6-10 años (grados 1-3) de 15 escuelas públicas rurales. Se recolectaron indicadores antropométricos siguiendo protocolos de la Organización Mundial de la Salud (OMS): peso, talla, circunferencia media del brazo, pliegue tricótipal y circunferencia de cintura. Se calcularon el Índice de Masa Corporal (IMC) para la edad, talla para la edad, área muscular del brazo y relación cintura/talla. El IMC clasificó bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad; la talla para la edad identificó riesgo de talla baja y retraso en el crecimiento; la región muscular definió el tipo de musculatura; y la relación cintura/talla estableció el riesgo cardiometabólico. Se emplearon estadísticas descriptivas y pruebas de chi-cuadrado ($p < 0.05$) con Excel 365 y SPSS v27. **Resultados:** El 73% de los niños presentó normopeso, 14% obesidad, 10% sobrepeso y 3% bajo peso. El 68% tuvo talla adecuada, 24% riesgo de talla baja y 7% retraso en el crecimiento. El 59% tuvo musculatura promedio, 15% superior al promedio, 11% alta, 9% inferior y 6% reducida. El riesgo cardiometabólico se identificó en 22% de

los participantes. Se observó asociación significativa entre IMC y tipo de musculatura ($p < 0.001$). **Discusión:** Los hallazgos evidencian la doble carga de malnutrición existente en esta población rural. Se requieren intervenciones integrales que aborden simultáneamente desnutrición y exceso de peso, incluyendo fortalecimiento de la alimentación escolar, educación nutricional, actividad física diaria y monitoreo del crecimiento, junto con acciones comunitarias y regulatorias.

78TL. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE VACUNACIÓN: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL. Sara Eloisa Rivera Molina¹, Juan Pablo Bulnes Vides¹, Manuel Antonio Sierra Santos¹, Alejandro Enrique Young Sarmiento¹. ¹Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Ciencias de la Salud, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El personal de salud es clave en vacunación, sus percepciones y prácticas influyen en la aceptación y adherencia a los esquemas de inmunización. En el ámbito pediátrico son especialmente determinantes, al ser considerados una fuente confiable por los padres, promoviendo la vacunación durante el embarazo y reduciendo la susceptibilidad en los primeros meses de vida. **Objetivo:** Caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) del personal de salud sobre vacunación, con el fin de orientar estrategias que fortalezcan la cobertura vacunal, la comunicación con cuidadores y la administración oportuna de vacunas. **Métodos:** Estudio transversal, descriptivo, cuantitativo, mediante un cuestionario electrónico anónimo aplicado entre junio y agosto de 2025, previamente validado mediante prueba piloto. Se evaluaron CAP y recomendaciones de vacunación. Participaron 53 establecimientos de salud seleccionados según los sitios de práctica de estudiantes de último año de medicina, quienes facilitaron la encuesta y garantizaron el consentimiento informado. El análisis se realizó con STATA, el estudio contó con aprobación ética. **Resultados:** Participaron 1,356 trabajadores de salud (32.3% médicos, 40.8% enfermería y 26.8% otras categorías). El 73.6% identificó al menos dos vacunas recomendadas para personal sanitario y el 74.7% reconoció enfermedades prevenibles por la vacuna como sarampión, rubeola y parotiditis (SRP). El 62.5% se sintió confiado al discutir vacunación con padres, y el 82.9% expresó confianza en las recomendaciones del Ministerio de Salud. La vacunación obligatoria fue ampliamente respaldada (89.2% para personal de salud y 95.5% para niños) solo el 57.9% reportó estar completamente vacunado y el 28% no percibió riesgo de reintroducción de sarampión o fiebre amarilla. El 90% manifestó interés en capacitación adicional. **Discusión:** Persisten brechas en conocimientos, percepción de riesgo e inmunización personal. Fortalecer la educación continua y las políticas institucionales es clave para consolidar al personal de salud como promotores efectivos y sostener altas coberturas de vacunación.

79TL. RIESGO CARDIOVASCULAR EN PERSONAS CON VIH EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. Eimy Yazmin Barahona Moncada¹, José Roberto Andino Vásquez², Cinthya Karina Mejía Escobar², Mónica Fernanda Medina Guillen², Sara Daniela Sahury Lopez¹, Diana Suyapa Varela Bustillo¹. ¹Hospital Escuela, Servicio de Infectología, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Unidad de Investigación y Gestión Académica, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Las personas viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH; PVVS) presentan Riesgo Cardiovascular (RCV) hasta dos veces superior al de la población general, impulsado por inflamación crónica, efectos metabólicos del tratamiento antirretroviral (TAR) y factores tradicionales. Su concordancia entre escalas no ha sido evaluada en el país. **Objetivo:** Determinar el RCV a 10 años y explorar factores asociados en PVVS de 40-69 años con al menos 5 años en TAR. **Métodos:** Estudio descriptivo-analítico, transversal, en la consulta de Infectología del Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras, mayo-junio 2025. Se analizaron 222 pacientes. El RCV se estimó con las escalas Framingham y Data collection on Adverse effects of anti-HIV Drugs (D:A:D), modelo 2016. La concordancia se evaluó con kappa de Cohen y Spearman. Los factores asociados a riesgo elevado ($\geq 10\%$) se exploraron con Mann-Whitney y Chi-cuadrado/Fisher. **Resultados:** Edad promedio 53.2 ± 7.5 años, 56.3% mujeres. El 37.8% tenía Hipertensión arterial, 23.0% Diabetes mellitus y 91.4% carga viral indetectable. Según D:A:D, 68.0% presentó riesgo bajo, 26.1% moderado y 5.9% alto; con Framingham: 56.3%, 27.9% y 15.8%. La concordancia fue baja a moderada (kappa=0.284; Spearman $\rho=0.619$, $p<0.001$). Framingham clasificó al 43.7% con riesgo elevado frente al 32.0% por D:A:D. Los factores asociados a riesgo elevado por Framingham fueron edad ($p<0.001$), sexo masculino ($p<0.001$), Hipertensión ($p<0.001$), diabetes ($p<0.001$), presión arterial ($p<0.001$), HDL bajo ($p<0.001$), triglicéridos ($p=0.004$) y clase de TAR ($p=0.017$). Carga viral, CD4, exposición a inhibidores de proteasa y años con VIH no mostraron asociación. **Discusión:** A pesar del adecuado control virológico (91.4% indetectable), el 43.7% (Framingham) y 32.0% (D:A:D) presentaron RCV elevado, determinado por factores tradicionales. La discordancia entre escalas sugiere que la elección de la herramienta influye en la identificación de candidatos a intervenciones preventivas, resaltando la necesidad de incorporar la evaluación del RCV en la atención integral de las PVVS.

80TL. FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL. María José López Gutiérrez¹, Mirna Lizeth Varela Murillo². ¹Policlínico Santiago Apóstol, consulta externa, Yoro, Honduras, ²Hospital Manuel de Jesús Subirana, Departamento de Epidemiología, Yoro, Honduras.

Introducción: El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. La mortalidad y la incidencia de la infección están estrechamente relacionadas con el acceso a servicios de atención, el diagnóstico oportuno y la disponibilidad de tratamiento. Con la introducción de la terapia antirretroviral (TARV), se ha observado una disminución significativa en la morbimortalidad por infecciones oportunistas, lo que ha incrementado la supervivencia y modificado las principales causas de muerte en esta población. **Objetivo:** Establecer la relación entre los factores de riesgo y la mortalidad de los pacientes con VIH/SIDA del servicio de atención integral (SAI) de Yoro. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional analítico de tipo cohorte retrospectivo del registro de pacientes del SAI. Se analizó la probabilidad de supervivencia de los pacientes según variables de interés y se aplicó un modelo de regresión de Cox. El estudio contó con el aval institucional, se resguardó la confidencialidad de los pacientes. **Resultados:** Se evaluaron 131 pacientes; 82 se encontraban vivos y 49 fallecidos, el 53% de fallecidos eran del sexo masculino, el 59% tenía una edad menor de 42 años. El 67% de los fallecidos ingresó como categoría C, el 61% presentó infecciones oportunistas, la tasa de mortalidad fue de 61.8 muertes por 1,000 personas-año. La probabilidad de supervivencia global fue del 58% (IC95% 0.44-0.69), se observó menor supervivencia en pacientes con CD4 <200 células/ μ L, infecciones oportunistas, menor tiempo en TARV, consumo de alcohol/drogas y mala adherencia ($p < 0.05$). Los factores asociados a la mortalidad fueron mala adherencia (HR:26.9; $p < 0.001$), enfermedades oportunistas asociadas (HR:4.39; $p = 0.02$), conteo de linfocitos <200 células/ μ L. (HR:6.30; $p = 0.01$) **Discusión:** La mortalidad en VIH se asoció a mala adherencia, inmunosupresión avanzada e infecciones oportunistas; fortalecer diagnóstico temprano, adherencia y seguimiento integral es clave para mejorar la supervivencia.

81TL. PANCREATITIS AGUDA RECURRENTE SECUNDARIA A HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA. REPORTE DE CASO. Marllury Julissa Sandoval Munguía¹, Belisa Nicolle Espinoza Rivera¹, Nora Lizette Galeas Carbajal², Luis Alfredo Rodríguez Castellanos². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado de Medicina Interna, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Departamento de Medicina Interna, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: En los últimos 20 años ha habido un incremento en los casos de pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia. El riesgo aumenta con el número de episodios previos y la gravedad del cuadro se correlaciona con el valor sérico de

triglicéridos. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 49 años, con diabetes mellitus tipo 2 y hospitalización previa por pancreatitis secundaria a hipertrigliceridemia. Acude a la emergencia del Hospital Escuela con epigastralgia de 15 horas, en cinturón, irradiado a región dorsal, 8/10 en la escala análoga de dolor, náuseas y vómitos. Sin alteración neurológica ni hemodinámica, ictericia, mucosa oral seca, abdomen distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos y dolor al palpar profundo. Suero marcadamente lipémico, reportándose lipasa 997 mg/dl, creatinina 1.28 mg/dl, hematocrito 37.6%, glucosa 492 mg/dl, sodio corregido 115 mmol/L, potasio 3.1 mmol/L, bilirrubina total 5.8 mg/dl, bilirrubina directa 3.9 mg/dl, TGO 600 U/L, TGP 100 U/L, HbA1c 12.2%, colesterol total 490 mg/dl, HDL 17 mg/dl, LDL 56.1 mg/dl, apolipoproteína B 1.70 g/L, triglicéridos 2593 mg/dl y gasometría venosa pH 7.38 y HCO₃ 14.2 mmol/L. Ultrasonido abdominal demuestra pancreatitis aguda no complicada y esteatosis hepática moderada con hepatomegalia. Tomografía abdominal contrastada indica pancreatitis aguda edematosa con colección líquida peripancreática y líquido libre intraabdominal. Se inicia ayuno por 72 horas, infusión intravenosa de solución salina al 0.9% e insulina cristalina, meperidina, metoclopramida, atorvastatina y ezetimibe. Posteriormente, Endocrinología y Nutrición inician dieta cocida sin carbohidratos, insulina glargina y omega 3. Se realizan triglicéridos seriados hasta obtener 563 mg/dl y se egresa para seguimiento en la consulta externa. **Conclusión:** Tanto los trastornos primarios como secundarios del metabolismo de las lipoproteínas se asocian con pancreatitis inducida por hipertrigliceridemia. Este caso destaca la importancia de una búsqueda etiológica integral que incluya factores de riesgo y predisposición genética, así como de un control metabólico estricto para prevenir recurrencias.

82TL. VALOR DEL ESTUDIO GENÉTICO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TALLA BAJA. SERIE DE CASOS. Liany Fabiola Acosta Paguada¹, Paola Sophia Bonilla Medina², Carol Josseline Zúniga García³. ¹Profesional independiente, San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Endocrinología Pediátrica, San Pedro Sula, Honduras. ³Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Neurología Pediátrica, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La talla baja en pediatría representa un reto diagnóstico por la diversidad de etiologías. El estudio genético se ha convertido en herramienta clave para identificar causas específicas, orientar el manejo y evitar tratamientos innecesarios. **Descripción de Serie de casos:** Se presentan dos casos pediátricos hondureños, femenina originaria de Cofradía, Cortés y masculino de Cololaca, Lempira. **Caso 1:** Femenina de 11 años procedente de Cofradía, Cortés con detención de crecimiento desde los 8 años. Talla 125 cm (Z-score -2.7), peso 34.5 kg. Presentaba paladar ojival, tetelia, cúbito valgo y edad ósea adelantada (1 año). El microarray cromosómico sugirió síndrome de Turner, iniciándose hormona de crecimiento sin respuesta. La secuenciación de exoma identificó variante patogénica en el gen FGFR3, compatible con hipocondropla-

sia, indicándose seguimiento y consejería genética. **Caso 2:** Masculino de 13 años procedente de Cololaca, Lempira, con talla 112.5 cm y peso 17.6 kg. Estudios hormonales: IGF-1 10 ng/mL e IGFBP-3 0.50 mg/L disminuidos, edad ósea retrasada 2 años. Se inició hormona de crecimiento, con respuesta favorable. Dada la talla muy baja y retraso del aprendizaje, se realizó secuenciación de exoma, confirmando déficit aislado de hormona de crecimiento tipo IV. Actualmente recibe hormona de crecimiento, subcutánea nocturna, con incremento progresivo de la talla. **Conclusión:** El estudio genético permite establecer diagnósticos precisos, diferenciar etiologías con presentaciones similares y orientar el tratamiento. Su incorporación en la evaluación de talla baja pediátrica optimiza el abordaje clínico, evita terapias ineficaces y facilita consejería familiar. Esta serie pequeña de casos requiere seguimiento a largo plazo para validar hallazgos.

83TL. ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN CUIDADOS PALIATIVOS: REPORTE DE CASO. Bayron Josue Degrandes¹. Beverly Johana Licon Valle². ¹Instituto Nacional Cardiopulmonar, Unidad de Cuidados Cardiovasculares, Tegucigalpa, Honduras. ²Instituto Nacional Cardiopulmonar, Unidad de Emergencia, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) es la adaptación de las medidas diagnóstico-terapéuticas que se indican a un paciente, de acuerdo a su situación clínica y pronóstico. Supone aceptar la irreversibilidad de una enfermedad o situación clínica y la conveniencia de suspender o no iniciar tratamientos que tengan escasa posibilidad de éxito o cuya finalidad única sea prolongar la vida biológica, sin posibilidad de recuperación funcional o de mantener una calidad de vida mínima. **Descripción del Caso:** Paciente masculino de 79 años con múltiples comorbilidades, diabetes 30 años de evolución manejado con insulina, hipertensión arterial y cardiopatía dilatada grado IV con fracción de eyección ventricular menos del 10%, manejado en Instituto Cardiopulmonar por 15 años, múltiples ingresos, último hace 1 mes por descompensación de enfermedades y nefropatía crónica agudizada estadio IV, es referida nuevamente por presentar mayor deterioro del estado general, caracterizado por insuficiencia respiratoria, disnea en reposo severa, ya abordando tanto a familiares y paciente del estado avanzado de sus enfermedades se ingresa a unidad de cuidados cardiovasculares para control de síntomas. Exámenes con derrame pleural bilateral predominio derecho, creatinina 5.1 mg/dL, hiperkalemia 6.8, se acopla a cánula nasal de alto flujo, apoyo vasopresor con norepinefrina y dobutamina, furosemida y morfina en infusión con mayor control sintomático. Se aborda nuevamente a familia y paciente la necesidad de hemodiálisis urgente y eventualidad de intubación endotraqueal, por voluntades anticipadas de ambas partes no aceptan medidas

de invasión por lo que planteamos la adecuación del esfuerzo terapéutico y priorizamos las necesidades del control sintomático. Paciente fallece al tercer día intrahospitalario sin disnea o dolor. **Conclusión:** La AET ha de plantearse en los pacientes con enfermedades crónicas complejas y avanzadas, de forma progresiva a lo largo del curso de la enfermedad y proporcionada a su situación, pronóstico y calidad de vida.

84TL. ANÁLISIS DE COSTO-EFECTIVIDAD Y CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS REALIZADAS EN BIOPSIAS DE GANGLIO 2024. Oscar Armando Andara Rodríguez. Instituto Nacional Cardiopulmonar, Unidad de Vigilancia de la Salud, Departamento de Gestión de la Información, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La biopsia de ganglio linfático es un valioso procedimiento diagnóstico de diversas patologías infecciosas, neoplásicas y granulomatosas. En contextos de recursos limitados, resulta imprescindible evaluar la efectividad diagnóstica de las pruebas realizadas a la muestra obtenida (estudio de anatomía patológica, GeneXpert, cultivos para tuberculosis, bacterias y hongos), y además calcular costo-efectividad, para optimizar la asignación de recursos. **Objetivo:** Analizar la costo-efectividad y la caracterización clínica de las pruebas diagnósticas realizadas en biopsias de ganglio en pacientes atendidos en el Instituto Nacional Cardiopulmonar durante el año 2024. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y de corte transversal con análisis de costo-efectividad. Se incluyeron biopsias de ganglio procesadas durante 2024. Los costos estimados por prueba fueron proporcionados por la institución. La efectividad se definió según la utilidad clínica del resultado diagnóstico. El costo-efectividad medio (CEM) se obtuvo dividiendo el costo total de cada prueba entre el número de diagnósticos útiles que generó. El análisis estadístico incluyó frecuencias, proporciones y estimación de razones de costo-efectividad por prueba diagnóstica. Se respetaron aspectos éticos y se obtuvo aprobación del Comité de Ética de investigación del Instituto Nacional Cardiopulmonar. **Resultados:** La anatomía patológica fue la prueba con mayor rendimiento diagnóstico, siendo clínicamente útil en el 92.6% de los casos y con un CEM de L 756.00 por diagnóstico útil. GeneXpert, con una efectividad del 91.4% y un CEM de L 700.54, se posicionó como una herramienta imprescindible tanto para la confirmación como para el descarte de tuberculosis ganglionar. En contraste, los cultivos bacterianos y micológicos mostraron efectividad limitada y baja relación costo-beneficio. **Discusión:** El análisis permitió identificar diferencias relevantes en la costo-efectividad de las pruebas diagnósticas en biopsias de ganglio, resaltando la necesidad de fortalecer los sistemas de registro, la integración de la información clínica y la optimización del uso de recursos diagnósticos.

85TL.GANGRENA DE FOURNIER ABORDAJE INTEGRAL: REPORTE DE CASO. Bayron Josué Degrandes¹, Marlon Girón Amador², Emilio Aguilar Lara³, Ólman Gradis Santos⁴. ¹Instituto Nacional Cardiopulmonar, Sala de Cuidados Intensivos Cardiovasculares, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital y Clínicas San Jorge El Hato, Sala de Emergencia, Tegucigalpa, Honduras. ³Instituto Hondureño Seguridad Social, Departamento Urología, Tegucigalpa, Honduras. ⁴Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Dirección académica, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La gangrena de Fournier es una forma rara, pero de rápida progresión de fascitis necrosante que afecta los tejidos profundos y superficiales de las regiones perineal, anal, escrotal y genital. Se caracteriza por una inflamación e infección graves polimicrobianas que se propagan a lo largo de los planos fasciales, con rápida destrucción tisular, sepsis y una alta tasa de mortalidad del 40 %. El diagnóstico temprano es crucial, ya que los síntomas iniciales pueden simular afecciones benignas como la celulitis. **Descripción del caso:** Paciente masculino 42 años edad, sin antecedentes de importancia, afirma lesión en región escrotal de 2 semanas evolución, caracterizada al inicio con cambios inflamatorios, edema local y leve dolor, progresando en una semana a toda la región perineal, además de fiebre subjetivamente alta una semana evolución, evaluado en unidades de salud indicando ciprofloxacina sin respuesta adecuada. Se refiere al Hospital San Jorge el Hato, con datos de sepsis, febril 39.5, taquicárdico y deshidratado, con cambios inflamatorios caracterizados por edema, dolor y eritema en área perineal con extensión hasta pared abdominal, laboratorios: glicemia 350mg/dl, leucocitosis 20,500 predominio neutrofilia 18700, función renal y hepática normal, ultrasonido testicular bilateral evidencia saco escrotal colección 184CC con abundantes ecos y gas en testículo derecho y 132cc en testículo izquierdo confirmando Gangrena de Fournier, evaluado por urología, realizando limpieza y desbridamiento de región perineal, infectología indica amplia cobertura antibiótica con imipenem y vancomicina, control metabólico con medicina interna y nutrición iniciando insulina basal glargina y dieta personalizada e hidratación. Se realiza tres desbridamientos oportunos del área infectada con evolución satisfactoria a las dos semanas del ingreso, con seguimiento para cierre de heridas. **Conclusión:** El éxito del tratamiento de la gangrena de Fournier depende del reconocimiento oportuno y del desbridamiento quirúrgico urgente, esto debe ir acompañado abordaje multidisciplinario y antibióticos de amplio espectro.

86TL. PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA POPLÍTEA DERECHA POSTRAUMÁTICO GIGANTE INFECTADO: REPORTE DE CASO. Nelson Omar Bobadilla Flores¹, Alejandra María Sosa², Sindy Johana Barahona³, César Alberto Antúnez⁴, Fátima Nicolle Jiménez Bobadilla⁵. ¹Hospital Vicente D' Antoni, Servicio de Cirugía Vascular, La Ceiba, Honduras. ²Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Radiología, Tegucigalpa, Honduras. ³Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Anestesiología, San Pedro Sula, Honduras. ⁴Universidad San Carlos de Guatemala, Posgrado de Medicina Interna, Ciudad de Guatemala, Guatemala. ⁵Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El pseudoaneurisma de arteria poplítea es una patología vascular poco frecuente pero relevante, especialmente en pacientes con antecedente de trauma o cirugías. Un pseudoaneurisma ocurre cuando existe ruptura parcial de la pared arterial, quedando sangre contenida por el tejido perivascular formando un saco pulsátil comunicado con la arteria, esto lo diferencia de un aneurisma verdadero. En región poplítea afecta la arteria, localizada detrás de la rodilla, las causas principales incluyen: trauma, lesiones penetrantes, luxofracturas de rodilla, iatrogenia, cirugía de rodilla, cateterismo arterial, infección, complicación de bypass o angioplastia. **Descripción del caso:** femenina de 73 años con hipertensión arterial en mal control, obesidad mórbida, artrosis de rodillas, colocación de prótesis de rodilla derecha hace 4 meses, presenta dolor en región posterior de moderada intensidad, irradiado a dedos del pie tipo neuropático, acompañado de frialdad y palidez, con movilidad limitada, cambios inflamatorios en cara anterior, área fluctuante de aproximadamente 6x6 cm dolorosa, imposibilidad para extensión, edema de muslo y pierna. Exploración física con edema, imposibilidad para flexión de rodilla, tumor pulsátil, doloroso en región posterior, eritema, calor y con absceso en cara anterior de rodilla que se extiende a región posterior, pulso pedio y tibial débiles, edema y diferencia de 5 cms en la perimetría (45 cm en muslo, 45 cm en la rodilla), se realizó angiotomografía contrastada con sustracción, reconstrucción informando un Pseudoaneurisma de 9.4x6.7x5,6 cm, se realizó drenaje de absceso, y cirugía endovascular colocando stent Viabahn recubierto autoexpandible de 5mm y 50 mm de longitud quedando corregida la lesión, no se presentó complicación. **Conclusión:** Por factores de alto riesgo operatorio e infeccioso no se recomienda tratamiento abierto con injerto sintético o autólogo. Recomendamos tratamientos endovasculares teniendo experiencia técnica/quirúrgica adecuada ya que la arteria poplítea es considerada zona de alto estrés biomecánico y puede haber fractura del stent o trombosis.

87TL. FÍSTULA GASTRO-COLO-CUTÁNEA COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA. REPORTE DE CASO. Sonia Carolina Fortín Zavala. Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Cirugía, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La Gastrostomía Endoscópica Percutánea (GEP), se considera un procedimiento menos invasivo para la realización de gastrostomías, sin embargo, como todo procedimiento, tiene también riesgos. Se presenta un caso de Fístula Gastro-Colo-Cutánea como complicación tardía de GEP. **Descripción del caso:** Femenina, 62 años, con Esclerosis Lateral Amiotrófica, alimentada por GEP desde hacía 5 meses sin dificultad. Dos semanas antes, la familia nota fetidez del aliento, dificultad para alimentarla por sonda, distensión abdominal, reflujo del estoma, náusea y diarrea; cursa afebril. Examen físico: desnutrición crónica, sarcopenia severa, contextura espástica y deshidratada. Cardiopulmonar normal, abdomen blando, sin dolor, distensión leve, peristalsis aumentada, con salida de material fétido periestomal. Estudios hechos en otro hospital (había exigido alta): Rx tórax normal, TAC abdominal, informada como "dilatación de asa de yeyuno e ilion, sonda de alimentación yeyunal sin alteraciones, litiasis vesicular y renal, resto normal". La preparación para Serie Gastro Duodenal por sonda de gastrostomía, evidenció contenido de gas abundante en intestino delgado y colon; a la introducción del medio de contraste, se dibujó todo el marco colónico. Con lo anterior se confirmó el diagnóstico de fístula Gastro-Colo-Cutánea por migración del tope interno de la sonda. Laparotomía confirmó hallazgos, realizándose cierre de ambos procesos fistulosos y gastrostomía abierta. **Conclusión:** Las complicaciones de la GEP pueden ser a corto y largo plazo. Las inmediatas: hemorragia, perforación de colon, peritonitis, neumoperitoneo, e infección del sitio de inserción. Las tardías: migración y obstrucción del tubo, fuga periestomal, fístulas gastro-colónicas y el síndrome del "Buried bumper" ("parachoques o tope enterrado"). La incidencia varía entre 15% y 30%. La mortalidad es baja. La GEP se considera más segura que la gastrostomía quirúrgica o radiológica en términos de eventos adversos, mortalidad y tasas de reingreso. Las complicaciones son prevenibles o manejables con técnica adecuada y seguimiento estrecho.

88TL. ABSCESO HEPÁTICO TUBERCULOSO, UNA VISIÓN EN EL TIEMPO. REPORTE DE CASO. Sonia Carolina Fortín Zavala. Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Cirugía, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La Tuberculosis (TB) es endémica; formas extrapulmonares son menos frecuentes. El Absceso Hepático Tuberculoso (AHTB) es excepcional y generalmente vinculado a inmunosupresión. Manejado entre 1998 y 2008. **Descripción de Caso:** Masculino, 59 años, agricultor, antecedente de tabaquismo y alcoholismo. Consultó por tos inicialmente seca, luego productiva, disnea de medianos esfuerzos, fiebre nocturna, diaforesis, diarrea y pérdida de peso de un mes de evolución.

Examen físico: febril, con disminución del murmullo vesicular en base pulmonar derecha y dolor en hipocondrio derecho. Estudios iniciales: leucocitosis y elevación del hemidiafragma derecho en radiografía torácica. Se ingresó como Síndrome febril, con sospecha de Absceso Hepático y Neumonía basal derecha. Baciloscopías, lavado bronquial y serologías (Hepatitis y Virus de Inmunodeficiencia Humana) fueron negativos. Ultrasonido abdominal inicial, no evidenció absceso; un control posterior documentó colección no tabicada en lóbulo hepático derecho. Inició tratamiento antibiótico y manejo para Absceso Hepático Amebiano, con mejoría clínica temporal. Al mes, reinicia fiebre y derrame pleural derecho. Una biopsia pleural descartó malignidad y TB. Inicia Rifater-Etambutol-Piperacilina por cultivo de esputo positivo. Persistiendo febril, un tercer ultrasonido evidenció aumento del absceso, por lo que se realizó drenaje percutáneo con catéter N°16 (y posterior infiltración de aire), obteniendo material positivo para bacilos ácido-alcohol resistentes. Cultivos bronquiales y hepáticos confirmaron TB. Un año después, reingresa por Coma Hiperosmolar, Diabetes debutante, Insuficiencia Renal Aguda, Hemorragia Digestiva Alta y nódulo pulmonar izquierdo por TB Multidrogorresistente. El AHTB estaba resuelto. Se realizó segmentectomía pulmonar del lóbulo inferior izquierdo. Falleció 10 años después por sepsis y descompensación diabética. **Conclusión:** El AHTB es una entidad rara que representa un desafío diagnóstico, especialmente en ausencia de inmunosupresión inicial evidente. Este caso resalta la importancia de la sospecha clínica y confirmación microbiológica en cuadros infecciosos atípicos y de evolución tórpida. Hoy, las tecnologías permiten un diagnóstico y manejo oportuno.

89TL ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO SECUNDARIO APENDICITIS AGUDA EN PACIENTE CON MALROTACIÓN INTESTINAL, REPORTE DE CASO. Cesar Gustavo Rivera Martínez¹. ¹Instituto Hondureño de Seguridad Social, Hospital regional del norte, Departamento de Cirugía, San Pedro Sula, Cortes, Honduras.

Introducción: El dolor abdominal es la causa más frecuente de consulta en las emergencias de cirugía de causa no traumática, y entre estas causas la apendicitis aguda es la causa quirúrgica más común de abdomen agudo, a nivel mundial ronda una incidencia del 96,5 a 100 casos por 100.000 habitantes. Aunque típicamente el dolor inicia en epigastrio y posteriormente migra a fosa iliaca derecha donde se encuentra anatómicamente la apéndice cecal, en casos raros como en pacientes con situs inversus o malrotación intestinal el dolor se ubica a nivel del abdomen izquierdo dificultando así su diagnóstico temprano y retrasando su manejo con aumento de la morbilidad, la apendicitis aguda es una patología cuyo gold standard de tratamiento es quirúrgico y requiere una intervención temprana, debe considerarse en pacientes con datos de irritación peritoneal en abdomen izquierdo que se conozca antecedente de malrotación intestinal. **Descripción de caso:** Paciente masculino de 57 años, ingresa a emergencia con dolor abdominal de 3

días de evolución, intenso, localizado en hipocondrio izquierdo, vómitos, fiebre, anorexia. Abdomen doloroso a la palpación en cuadrante superior izquierdo, defensa involuntaria, rebote positivo, Hemograma: leucocitosis 16,800 u/l, Neutrofilia 71%, Proteína C reactiva 131 mg/dl, TAC abdominal con doble medio de contraste reporta malrotación intestinal, más apendicitis aguda en hipocondrio izquierdo, se realiza laparoscopia diagnóstica observando ciego en hipocondrio izquierdo con apendicitis complicada se convierte a cirugía abierta por no disponer de pinza laparoscópica de energía avanzada, realizando incisión línea media subxifoidea y apendicectomía anterógrada sin infundibilización de muñón, paciente de alta 24 horas posterior a cirugía, sin complicaciones en control posoperatorio. **Conclusiones:** Estudios de imagen como la Tomografía axial computarizada son fundamentales para el diagnóstico oportuno en pacientes con apendicitis aguda con malrotación intestinal, dado que es realmente inusual pacientes con esta anomalía congénita que presenten apendicitis aguda.

90TL. ABDOMEN AGUDO POR PERFORACIÓN ESPONTÁNEA MÚLTIPLE EN LACTANTE. REPORTE DE CASO.

Tania Soledad Licon Rivera¹, Lourdes Sarahi Membreño Callejas², Vernon Adalid Caballero Mejía³, Alex Milam Gómez Inestroza⁴, Tania María Martínez Pineda⁵, José Neptaly Leiva Membreño⁶. ¹Hospital Santa Bárbara Integrado, Emergencia Pediátrica, Santa Bárbara, Honduras. ²Hospital Santa Bárbara Integrado, Sala de Emergencia, Santa Bárbara, Honduras ³Hospital Santa Bárbara Integrado, Consulta Externa General, Santa Bárbara, Honduras. ⁴Hospital Mario Catarino Rivas, Emergencia Cirugía Pediátrica, San Pedro Sula, Honduras. ⁵Eleos Virtual Healthcare Solutions, Triage Virtual, San Pedro Sula, Honduras. ⁶Clínica de la Comisión Permanente de Contingencias, Consulta Externa, Santa Bárbara, Honduras.

Introducción: La perforación intestinal espontánea en lactantes es una entidad poco frecuente, descrita en pacientes previamente sanos y sin asociación con causas infecciosas, inflamatorias, obstructivas o traumáticas. Su localización más común es el colon sigmoide debido a su irrigación vascular. La presentación clínica inicial suele ser inespecífica, incluyendo fiebre, diarrea, vómitos o dolor abdominal, lo que dificulta el diagnóstico temprano. **Descripción del caso:** Lactante masculino de cuatro meses, procedente de San Nicolás, Santa Bárbara, con fiebre de cuatro días de evolución, tos productiva, diarrea con abundante moco de dos días de evolución y vómitos de contenido alimentario. Al ingreso estaba hemodinámicamente estable, con mucosa oral seca y tolerancia a la vía oral. Los estudios iniciales revelaron leucocitosis con neutrofilia, anemia moderada microcítica hipocrómica y elevación de proteína C reactiva (192 mg/L), por lo que se inició hidratación y antibioterapia. Veinticuatro horas después presentó irritabilidad marcada, fiebre persistente, dolor abdominal generalizado, vómitos biliosos e intolerancia a la vía oral. En el examen físico

se observó abdomen distendido, con eritema periumbilical sin equimosis, ausencia de ruidos intestinales y signos de irritación peritoneal. Al tacto rectal impresiona masa móvil, blanda, de aproximadamente 1cm, en pared posterior, sin heces en jalea de grosella. La radiografía abdominal mostró dilatación de asas intestinales y ausencia de aire distal. La laparotomía exploratoria evidenció peritonitis generalizada, con múltiples perforaciones intestinales, seis en el colon transverso y una en recto. Se realizó rafia colónica, ileostomía en doble boca y lavado exhaustivo de la cavidad abdominal. Los estudios microbiológicos fueron negativos. El paciente evolucionó favorablemente, completó diez días de triple cobertura antibiótica e ileostomía funcional. **Conclusión:** La perforación intestinal espontánea múltiple en lactantes representa un desafío diagnóstico por su presentación inespecífica. El reconocimiento temprano y el manejo quirúrgico oportuno son fundamentales para mejorar el pronóstico y reducir complicaciones.

91TL. RECONSTRUCCIÓN DEL TERCIO MEDIO DE LA PIERNA MEDIANTE COLGAJO DE SÓLEO. REPORTE DE CASO.

José Aristides Zelaya¹, Denis Matamoros¹, Johnny Andyno¹, Carlos Gonzales². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Las fracturas expuestas de tibia con pérdida de cobertura de partes blandas representan un desafío reconstructivo por la exposición ósea, el alto riesgo de infección y la limitada disponibilidad de tejido local. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 20 años que sufrió accidente en motocicleta, presentando fractura expuesta del tercio medio de la tibia derecha. Tres días después fue intervenido por Ortopedia mediante lavado quirúrgico, desbridamiento y fijación externa. Durante la evolución presentó infección del sitio quirúrgico, por lo que requirió múltiples limpiezas y desbridamientos, persistiendo un defecto de cobertura con área cruenta y exposición ósea. Recibió terapia de presión negativa sin lograr cobertura definitiva. Posteriormente fue valorado por Cirugía Plástica y Reconstructiva, decidiéndose reconstrucción con colgajo muscular de sóleo e injerto de piel de espesor parcial. Dos meses después se realizó desbridamiento final, disección del sóleo por abordaje posteromedial con preservación de su vascularidad segmentaria y transposición al compartimento anterior para cubrir el hueso expuesto. Se colocó injerto cutáneo parcial del muslo ipsilateral. A la primera semana postoperatoria se evidenció viabilidad del colgajo, adecuada integración del injerto. **Conclusión:** El colgajo muscular de sóleo asociado a injerto de piel de espesor parcial es una alternativa eficaz, segura y reproducible para defectos del tercio medio de la pierna con exposición ósea, permitiendo cobertura estable, control infeccioso y preservación de la extremidad.

92TL. CALOSTRO BOVINO TÓPICO, TERAPIA ALTERNATIVA EN MANEJO CONSERVADOR, TRAUMA EN CUERO CABELLUDO: REPORTE DE CASO. José Aristides Zelaya Madrid¹, Denis Fernando Matamoros¹, Carlos Humberto Gonzales^{1,2}. ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: Los defectos complejos del cuero cabelludo representan un reto reconstructivo por la limitada elasticidad tisular, la frecuente exposición de estructuras profundas y la necesidad de lograr una cobertura estable y duradera. Las opciones terapéuticas incluyen cierre primario, injertos cutáneos y colgajos; no obstante, en pacientes con comorbilidades significativas, alto riesgo anestésico o rechazo al tratamiento quirúrgico, deben considerarse estrategias conservadoras. Entre ellas se incluyen apósitos hidrocoloides, alginatos, terapia de presión negativa, sustitutos dérmicos y agentes bioactivos tópicos. El calostro bovino contiene inmunoglobulinas, lactoferrina y factores de crecimiento con propiedades antimicrobianas, antiinflamatorias y regenerativas que favorecen la cicatrización. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 73 años, con antecedente de atropellamiento por motocicleta, que presentó trauma craneoencefálico leve, rectificación cervical manejada con collarín y fractura de húmero derecho, tratada por Ortopedia. Entre los antecedentes patológicos, refirió asma e hipertensión arterial. Fue valorada por cirugía plástica, por área cruenta occipital postraumática. De consenso con la paciente y sus familiares, se optó por un manejo conservador debido a sus comorbilidades y al rechazo de la cirugía reconstructiva. Se realizó limpieza quirúrgica y desbridamiento bajo anestesia local. Una semana después, se inició tratamiento tópico con calostro bovino, asociado a curaciones seriadas. En controles a las 2, 4, 6 y 8 semanas, se documentó una granulación y epitelización progresivas, alcanzando un cierre cercano al 95% del defecto a la octava semana. **Conclusión:** El calostro bovino tópico puede constituir una alternativa útil en el manejo conservador de defectos traumáticos del cuero cabelludo.

93TL. SÍNDROME DE SWEET, UNA RARA ENFERMEDAD QUE DEBEMOS PENSAR. REPORTE DE CASO. Luisa Dayana Lardizabal Ferrera¹, Benilda Martel². ¹Universidad Nacional Autónoma Honduras, Posgrado de Dermatología, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Departamento de Dermatología, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El síndrome de Sweet o dermatosis neutrofílica febril aguda es una enfermedad inflamatoria poco frecuente caracterizada por fiebre, neutrofilia y lesiones cutáneas dolorosas de inicio agudo, con rápida respuesta a corticosteroides. Su relevancia clínica radica en su asociación con enfermedades sistémicas graves, incluyendo neoplasias, enfermedades autoinmunes e infecciones, así como su posible desencadenamiento por fármacos. Su reconocimiento oportuno es fundamental,

ya que puede evolucionar con compromiso sistémico severo si no se trata adecuadamente. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 46 años, agricultor, procedente de Catacamas, Olancho, Honduras quien consulta por cuadro febril de 15 días, acompañado de malestar general y dermatosis dolorosa, generalizada, asimétrica, con compromiso de tronco y extremidades, sin afectación de palmas, plantas ni mucosas, constituida por pápulas y placas eritemato-violáceas, algunas con aspecto pseudovesicular. Negó antecedentes patológicos relevantes y uso reciente de medicamentos. Los estudios de laboratorio evidenciaron leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda (velocidad de eritrosedimentación y proteína C reactiva). La biopsia cutánea demostró: edema subepidérmico y un infiltrado inflamatorio dérmico predominantemente neutrofílico, sin evidencia de vasculitis. El cuadro fue considerado compatible con síndrome de Sweet. Se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona sistémica durante 5 días, con evolución clínica favorable posterior a los 5 días de iniciado el tratamiento y logrando de forma progresiva la resolución completa del cuadro cutáneo y sistémico. **Conclusión:** El síndrome de Sweet debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes con fiebre y dermatosis dolorosa de inicio agudo. Su diagnóstico es eminentemente clínico, respaldado por hallazgos de laboratorio e histopatología. Una identificación temprana no solo garantiza una respuesta favorable al tratamiento con corticosteroides, sino que permite la detección de enfermedades sistémicas subyacentes potencialmente graves.

94TL. CROMOBLASTOMICOSIS DE LARGA DATA: CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS. REPORTE DE CASO Nataly Gornara Puerto Meza¹, Teresita Pérez Alonzo², Christian David Villota Tobar³. ¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Posgrado de Dermatología, La Habana, Cuba. ²Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, Departamento de Dermatología, La Habana, Cuba. ³Investigador independiente, La Habana, Cuba.

Introducción: La cromoblastomicosis es una micosis subcutánea crónica, caracterizada por lesiones verrugosas, evolución lenta y curso progresivo. Representa una dermatosis de gran importancia clínica debido al elevado riesgo de discapacidad funcional que puede generar en el paciente si no se establece un manejo médico adecuado. Los agentes etiológicos comunes incluyen *Fonsecaea pedrosoi*, *Cladophialophora carrionii* y *Phialophora verrucosa*. Se desconoce la prevalencia mundial exacta, pero es frecuente en regiones tropicales y subtropicales, afectando mayormente a trabajadores agrícolas tras traumatismos cutáneos con material vegetal contaminado. **Descripción del caso:** Masculino de 63 años, hipertenso, trabajador de ferretería. Refiere antecedente de trauma punzante con objeto de madera en región pretibial derecha 7 años previo a la consulta, no recibió atención médica inicial. Al examen dermatológico, se observa una placa de 20cm, verrugosa, eritematoescamosa, presencia de puntos negros en su superficie y áreas de cicatrización atrófica periférica. El resto del examen físico no mostró alteraciones. Se realizó biopsia incisional, evidenciando

hiperplasia pseudoepiteliomatosa con infiltrado linfoplasmocitario, respuesta granulomatosa a cuerpo extraño y esclerotes pigmentados de Medlar, tabicados, agrupados y aislados. El KOH reporta estructuras oscuras café, septadas, agrupadas y aisladas, similares a células fumagoides (esclerotes de Medlar); y en el cultivo crecieron colonias color gris oscuro a negro, con aspecto veloso y superficie elevada, compatibles con hongos dematiáceos. Tratamiento: Voriconazol dosis de carga de 400 mg/día, seguido 200 mg/día durante 7 días, luego itraconazol V.O 200 mg/día y terbinafina tópica por 8 meses. Además, como terapia coadyuvante, se realizó criocirugía, resultando en la remisión clínica completa. **Conclusión:** La cromoblastomycosis representa un reto terapéutico debido a su cronicidad y tendencia a la recidiva. Aunque el itraconazol es el estándar de oro, el uso de nuevos triazoles como el voriconazol, combinado con métodos físicos como la criocirugía, demuestra ser una alternativa eficaz y segura para casos de larga evolución.

95TL. MICOSIS FUNGOIDES: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO EN ETAPAS TEMPRANAS. REPORTE DE CASO. Susan Y. Zelaya¹, Miriam Y. Gonzales Matute², Nelly J. Sandoval-Aguilar³, Dagoberto Espinoza Figueroa². ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado de Dermatología, Tegucigalpa, Honduras. ²Universidad Nacional Autónoma Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Dermatología, Tegucigalpa, Honduras. ³Hospital Escuela, Departamento de Patología, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La micosis fungoide es el linfoma cutáneo primario de células T más frecuente, caracterizado por una proliferación crónica e indolente de linfocitos T CD4+ que infiltran la piel, progresando típicamente desde parches, placas, hasta llegar a estadios tumorales. El diagnóstico en estadios iniciales es fundamental, ya que el pronóstico es excelente, con una esperanza de vida similar a la población general. El tratamiento para estadios iniciales incluye corticosteroides tópicos y fototerapia y para estadios avanzados, terapias sistémicas como retinoides o anticuerpos monoclonales. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 44 años, presenta dermatosis de 5 años de evolución caracterizada por placas eritematosas, bordes bien definidos, en la superficie presentan escamas finas con aspecto en papel en cigarrillo, no pruriginosas, afecta tronco y extremidades bilaterales. Se realizó biopsia cutánea cuyo resultado fue compatible con micosis fungoide. Se inició tratamiento durante un año con metotrexato y corticoides tópicos, logrando la resolución de las lesiones y persistiendo únicamente hipocromías residuales. Tras un año de suspender el tratamiento presenta recaída. Se realizó nueva biopsia de piel, que mostró infiltrado linfocítico en dermis superficial con epidermotropismo y se complementó estudio con marcadores de inmunohistoquímica, mostrando un inmunofenotipo CD3, CD4 positivo, con pérdida parcial de expresión de CD7 y CD20 con positividad membranosa menor a 1% del infiltrado, concluyendo con el diagnóstico de micosis fungoide, estadio parche, T2N0M0,

se inició tratamiento con fototerapia UVB banda estrecha, controlando satisfactoriamente las lesiones. **Conclusión:** Este caso subraya la naturaleza crónica y recidivante de la micosis fungoide, reafirmando la necesidad de un seguimiento a largo plazo y a su vez, demuestra la eficacia de la fototerapia UVB de banda estrecha como una alternativa terapéutica superior o completaría al manejo sistémico, logrando un control satisfactorio con menor toxicidad acumulada.

96TL. PROPORCIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL CÁNCER DE CUTANEO EN UN HOSPITAL BÁSICO DE HONDURAS 2024. José Hernán Chinchilla¹, Rafael Edgardo Valle Pinto², Eva Judith Rivera Guzmán, Rennie Michelle Medina Martínez. ¹Hospital Antigua medical center, servicio de emergencia, Antigua Ocotepequete, Honduras. ²Hospital Básico San Marcos, consulta externa dermatología, San Marcos de Ocotepeque, Honduras. ³Hospital Mario Catarino Rivas, sala neonatología, San Pedro Sula, Honduras. ⁴Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Coordinación de Investigación, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción El cáncer cutáneo es una neoplasia frecuente y un desafío para la salud pública. En Honduras, la escasez de registros en zonas rurales limita la comprensión del comportamiento local del carcinoma basocelular (CBC), carcinoma de células escamosas (CCE) y melanoma. **Objetivo:** Describir la proporción y características epidemiológicas del cáncer cutáneo en el Hospital Básico de Honduras durante el 2024. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal retrospectivo mediante la revisión de 103 expedientes clínicos de cáncer cutáneo atendidos en 2024. **Resultados:** De 2,128 atenciones dermatológicas, la proporción de cáncer cutáneo fue 4.8%. El CBC (89 casos, 86.4%) fue el más frecuente, con predominio femenino (70.8%) y localización centrofacial (98.9%). El CCE (9 casos, 8.7%) predominó en hombres (56.6%), afectando áreas fotoexpuestas y no fotoexpuestas, incluyendo pene (22.2%); los grupos de 60-69 años y 80-89 años fueron los más afectados (con un 33.3% respectivamente). El melanoma (5 casos, 4.9%) predominó en hombres (60%), con localización plantar acral en el 60% de casos. La procedencia mayoritaria fue el departamento de Ocotepeque (CBC 75.3%, CCE 77.8% y melanoma 80%). La mayoría de los pacientes con CBC se dedicaban a la actividad doméstica (64%) y los pacientes que presentaron CCE (55.6%) y melanoma (60%). **Discusión:** Los resultados confirman la prevalencia de CBC en áreas fotoexpuestas; la frecuencia femenina sugiere exposición solar crónica en actividades domésticas. La presencia de CCE en áreas no fotoexpuestas resalta la importancia de la evaluación clínica integral. El hallazgo clave fue el patrón plantar del melanoma acral, divergiendo del patrón de tronco y pierna predominante en Estados Unidos y Europa. Esta disparidad demuestra que los modelos internacionales no son extrapolables a la población hondureña, validando la necesidad de generar evidencia local para optimizar el diagnóstico temprano en Centroamérica.

97TL. MIOSITIS CON RABDOMIÓLISIS EN PACIENTE PEDIÁTRICO: UN RETO CLÍNICO POCO FRECUENTE, REPORTE DE CASO. Dora Marina Peñalva Matute¹, Laly Paola López Mendez¹, Rennie Michelle Medina Martínez², ¹Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, San Pedro Sula, Honduras. ²Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, departamento de Coordinadora de Investigación, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La Miositis Aguda Benigna de la infancia (BACM) es un cuadro autolimitado caracterizado por dolor muscular súbito, principalmente en gastrocnemios, que limita la marcha tras una infección viral, especialmente por Influenza B. Su incidencia se estima en 2-3 por cada 100000 niños por año, con predominancia en varones de 6 a 9 años. La Rabdomiólisis es una complicación infrecuente de BACM, reportada en el 5-10 % de los casos hospitalizados por daño muscular severo. **Descripción del caso:** Escolar masculino de 7 años, con antecedente de infección respiratoria de 4 días de evolución, quien presentó dolor súbito e intenso en gastrocnemios de ambos miembros inferiores con limitación para la marcha, sin antecedentes de traumatismo, ejercicio extenuante ni patología neuromuscular. Al examen físico se evidenció dolor muscular bilateral, sin déficit neurológico ni alteraciones osteoarticulares. Los estudios de laboratorio reportaron leucopenia ($2.11 \times 10^3/\mu\text{L}$), neutropenia ($0.4 \times 10^3/\mu\text{L}$) y elevación de CPK de 4254 U/L, con función renal preservada. La serología para Dengue evidenció IgG positiva. En el contexto clínico, Influenza B fue considerada la etiología más probable. El paciente recibió manejo conservador con hidratación intravenosa, Oseltamivir y tratamiento sintomático, con evolución favorable, recuperación de la marcha desde el cuarto día y normalización de CPK en ocho días, sin complicaciones renales. El paciente continúa en seguimiento. **Conclusión:** La ausencia de compromiso renal y la evolución clínica favorable permitieron orientar el abordaje hacia una Miositis viral complicada con rabdomiólisis leve, destacando el papel del juicio clínico y la integración de datos clínicos y laboratoriales en la toma de decisiones. Recomendaciones: En el contexto de dolor muscular agudo y dificultad para la marcha posterior a infección viral en edad pediátrica, se recomienda incorporar sistemáticamente la medición de Creatinfosfoquinasa y el monitoreo seriado de la función renal, aún en ausencia de signos sistémicos de gravedad.

98TL. PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE GANGRENA DE Fournier EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2. Yubitza Hamaeth Ruvio Inestroza¹, Víctor Julio Santacreo Aguilar², Rennie Michelle Medina Martínez³, Eva Judith Rivera Guzmán⁴. ¹Profesional independiente. ²Hospital Mario Catarino Rivas, Sala de Emergencia urología, San Pedro Sula, Honduras. ³Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, Coordinación de Investigación, San Pedro Sula, Honduras. ⁴Hospital Mario Catarino Rivas, Subdirección Asistencial, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La gangrena de Fournier es una forma específica de fascitis necrotizante de rápida progresión que afecta

la región perineal, genital y perianal, caracterizada por una elevada mortalidad cercana al 20–40%, especialmente en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. La diabetes está presente en más del 50% de los casos y constituye el principal factor predisponente y modificador del pronóstico. **Objetivo:** Describir el perfil clínico y la evolución hospitalaria de pacientes con diabetes tipo 2 diagnosticados con gangrena de Fournier. **Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo. Se realizó un censo de expedientes clínicos correspondientes a 180 pacientes ≥ 18 años con diagnóstico confirmado de gangrena de Fournier y antecedente de diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras; período comprendido entre enero de 2022 y diciembre de 2024. La unidad de análisis estuvo constituida por los expedientes clínicos. Se garantizó la confidencialidad y anonimización de la información conforme a normativas éticas institucionales. **Resultados:** La edad media fue de 54.3 ± 6.1 años. Más del 60% presentó HbA1c $\geq 7\%$. La glucosa al ingreso tuvo una media de 271.1 ± 54.7 mg/dL, con 41.1% > 300 mg/dL. El recuento leucocitario promedio fue de $13,188 \pm 5,875$ células/mm³, con leucocitosis en 52.2%. La proteína C reactiva mostró una media de 66.3 ± 35.0 mg/L, siendo ≥ 51 mg/L en 64.9%. El 96.1% requirió cirugía y el 62.2% más de un procedimiento. El 30.5% ingresó a UCI y la mortalidad fue de 34.4%. **Discusión:** La elevada mortalidad y la alta necesidad de intervenciones quirúrgicas repetidas confirman que la gangrena de Fournier en pacientes con diabetes tipo 2 continúa siendo una emergencia de alto riesgo vital. El control glucémico estricto, el reconocimiento temprano de signos de alarma y el abordaje quirúrgico oportuno son determinantes para mejorar su pronóstico.

99TL. TRONCO ARTERIOSO COMÚN EN PACIENTE ADULTO, REPORTE DE CASO. Carlos Armando Mejía Aly¹, Natalia Isabel Muñoz Caballero¹, Laura Sofía Castellón Paz¹, Karel Iracema Escoto Pineda¹, Andrea Renata Bueso Guerrero². ¹Hospital Santa Bárbara Integrado, Servicio de Medicina Interna, Santa Bárbara, Honduras. ²Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El tronco arterioso común es una patología poco frecuente (0.21–0.34 %). Se caracteriza por un único vaso arterial que origina las circulaciones coronaria, pulmonar y sistémica, asociado a comunicación interventricular. Sin corrección quirúrgica temprana, presenta una mortalidad de hasta el 80 % durante el primer año de vida por insuficiencia cardíaca y enfermedad vascular pulmonar, por lo que la supervivencia hasta la edad adulta es excepcional. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 18 años, procedente de El Nispero, Santa Bárbara, con antecedente de cardiopatía diagnosticada al nacimiento sin seguimiento. Consultó por disnea progresiva, tos productiva con expectoración hialina y rinorrea de siete días. Fue referida con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad. Al ingreso presentó saturación de oxígeno de 78 %, taquicardia de 116lpm y taquipnea de 25rpm. Al examen físico se auscultó soplo sistólico grado IV/VI en foco aórtico, crépitos basales bilaterales y

acropaquia. Los estudios mostraron leucocitosis con neutrofilia y elevación de proteína C reactiva. El electrocardiograma evidenció hipertrofia ventricular izquierda. Se inició tratamiento con ceftriaxona, azitromicina, oxigenoterapia y soporte. La ecocardiografía reportó cardiopatía congénita cianógena compatible con tronco arterioso común, ventrículo izquierdo dilatado y defecto septal ventricular amplio. **Conclusión:** Las infecciones respiratorias pueden precipitar descompensación mediante hipoxemia, aumento de la resistencia vascular pulmonar, mayor cortocircuito derecha-izquierda y respuesta inflamatoria sistémica que incrementa la demanda metabólica y deprime la función miocárdica. Esto genera un desequilibrio hemodinámico que conduce a insuficiencia cardíaca. La supervivencia en adultos es infrecuente, lo que resalta la importancia del diagnóstico y manejo oportuno.

100TL. ACCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES DIABÉTICOS. Evelyn Janine Ortez García. Hospital Tela, Sala de Emergencias, Tela, Honduras.

Introducción: La Diabetes Mellitus representa un importante problema de salud pública mundial. Su adecuado control requiere atención integral; sin embargo, muchos pacientes enfrentan barreras geográficas, culturales y limitaciones en la disponibilidad de los servicios de salud, que limitan el acceso oportuno y continuo de la atención, lo que puede contribuir a un control inadecuado de la enfermedad y al desarrollo de complicaciones. **Objetivo:** Caracterizar el acceso de atención integral en pacientes diabéticos del Hospital Tela en el periodo de febrero a marzo 2024. **Métodos:** se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, corte transversal. La muestra fue probabilística mediante muestreo aleatorio simple, se incluyeron pacientes diabéticos que acudieron a la consulta externa de Medicina Interna del Hospital Tela. Se analizaron variables sociodemográficas, acceso geográfico, barreras étnicas y disponibilidad de servicios de atención integral, se contó con aval institucional. **Resultados:** predominó el sexo femenino en un 61.5%, la etnia mestiza representó el 94.8% y la garífuna 5.2%, el 57% residía en áreas urbanas, el 56% percibía un salario mínimo mensual y al 47.4% le tomaba entre 15 minutos a 30 minutos en llegar al hospital, el 54.8% utilizaba transporte público y el 17% debía atravesar un río o vertiente en su camino hacia el hospital. El 97.8% afirmó que el personal respetó y comprendió sus valores culturales durante la atención de la diabetes, además el 90.4% contaba con un médico especialista asignado, el 88.1% recibía su tratamiento completo y el 86.7% realizaba sus exámenes de rutina en el hospital. **Discusión:** se evidencia adecuado acceso a la atención integral en el Hospital Tela, con alta cobertura de tratamiento y seguimiento médico. No obstante, persisten barreras geográficas y socioeconómicas que pueden influir en la continuidad del cuidado en pacientes diabéticos.

101TL. FORTALECIMIENTO DEL ECOSISTEMA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD EN HOSPITALES PÚBLICOS. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TEGUCIGALPA, HONDURAS.

Clarissa Lizeth Aguilar Molina⁴, Jose Roberto Andino⁴, Alison Fabiola Ortez Mejía⁴, Cinthia Karina Mejía Escobar⁴⁻⁵, Katia Limy Lopez Mejía⁴⁻⁵, Elga Xiomara Medina⁴⁻⁵, Carlos Roberto Sanchez Vásquez³, Benjamin Cano Paca², Darío Benjamín Zuniga¹, Jackeline Alger⁵. ¹Hospital Escuela, Dirección Ejecutiva, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Dirección Médica, Tegucigalpa, Honduras; ³Hospital Escuela, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Tegucigalpa, Honduras. ⁴Hospital Escuela, Unidad de Investigación y Gestión Académica, Tegucigalpa, Honduras. ⁵Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción. La investigación es fundamental para resolver desafíos sanitarios y contribuir a la formación del talento humano. En Honduras, los hospitales públicos enfrentan limitaciones para producir y utilizar evidencia científica, careciendo de estructuras institucionales que fomenten la investigación ética y de calidad. **Descripción de la experiencia:** En 2023, el Hospital Escuela (HE), Tegucigalpa, Honduras, y el Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa, Honduras, iniciaron actividades en el marco del Proyecto The Global Health Network Latinoamérica y el Caribe (<https://lac.tghn.org>, Wellcome, Reino Unido), dirigido al fortalecimiento de capacidades en investigación mediante estrategias institucionales para el desarrollo profesional, disponibilidad de recursos de formación y fomento del liderazgo científico. Se apoyó el desarrollo de la Unidad de Investigación y Gestión Académica (UIGA-HE) responsable de articular la asistencia, la enseñanza y la investigación. Se impulsó la creación y desarrollo del Comité de Ética en Investigación (CEI-HE), operativo desde 2025. Las estrategias implementadas durante 2024-2025 incluyen: 37 talleres (parasitología, microbiología, investigación clínica); tres clubes de investigación; dos clínicas de datos (1,659 consultas en metodología y ética de la investigación); 64 participantes en dos programas de mentoría; 26 sesiones de aprendizaje asistido; 15 centros hermanados (twinning) nacionales e internacionales; tres ciclos de formación en habilidades y entrenamiento-de-entrenadores en planeación efectiva de proyectos, buenas prácticas de investigación y escritura y publicación científica. Estos esfuerzos resultaron en artículos publicados en revistas indexadas, presentaciones en eventos científicos, desarrollo de material educativo para pacientes y comunidades, y propuestas para subvenciones. **Lecciones aprendidas:** El avance hacia la consolidación de este ecosistema de investigación ha sido resultado de una estrategia deliberada de fortalecimiento institucional, colaboración interinstitucional e internacional, y la creación de una cultura de investigación favorable a la generación de conocimiento y su utilización en beneficio de pacientes, personal en formación, personal asistencial y población en general.

102TL. PUBLICACIONES CIENTÍFICAS EN MEDICINA: EXPERIENCIA UNICAH-SPSP. Dina Carola Gavarrete¹, Jireh Rodríguez¹, Miguel A. Mejía-Rodríguez², Suyapa Bejarano³. ¹Universidad Católica de Honduras, San Pedro Sula, Honduras. ²Corporación Dinant, Departamento de salud ocupacional, Arizona, Honduras. ³Universidad Católica de Honduras, Facultad de medicina y cirugía, Unidad de investigación, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La producción científica estudiantil refleja compromiso académico. La Asociación Científica de Estudiantes de Medicina (ASOCEM, UNICAH-SPSP) contribuye activamente, con 60 publicaciones en revistas indexadas (2014-2025). **Objetivo:** Analizar la producción de UNICAH-SPSP (2014-2025) según el tipo de trabajo, idioma, indexación, autoría y colaboración. **Métodos:** Estudio bibliométrico transversal descriptivo, de publicaciones de ASOCEM UNICAH SPSP (2014- 2025). Consta de dos periodos: 2014- 2022 y abril 2022- junio 2025. Los datos se obtuvieron de documentos de la asociación y buscadores de literatura. Se aplicaron filtros booleanos, de año, tipo de documento e idioma. Incluyendo artículos con un autor estudiante miembro de la asociación. Se excluyeron los resúmenes, artículos no afiliados y fuera del periodo de estudio. Las variables analizadas con estadística descriptiva fueron: bibliográficas, autoría y producción. **Resultados:** Se registraron 60 publicaciones: 35 trabajos originales y 25 reportes de caso. La producción anual (2014-2025) fue: 5 publicaciones. En los últimos años disminuyó a 3 por año. Se publicaron en 45 revistas, indexadas a DOAJ, LILACS, Latindex, EMBASE, ESCI y PubMed. El promedio de autores por trabajo fue 6 en ambos periodos. Entre 2014–2022, las publicaciones se distribuyeron equitativamente entre español e inglés. Sin embargo, en 2022–2025, predominó el inglés (60%). **Discusión:** La producción en 2018-2022 muestra tendencia positiva, debido a una estructura sólida y mentoría funcional. La coexistencia de estudios originales y reportes de caso sugiere madurez metodológica y diversificación temática, indicador de potencial para expandirse hacia investigaciones más complejas. Las variaciones anuales son parte de los ciclos normales de actividad investigativa. La investigación aborda los problemas sanitarios de nuestra sociedad. ASOCEM UNICAH- SPSP forma médicos competentes y orientados a la evidencia. El fortalecimiento de la motivación estudiantil, apoyo institucional e implementación formal de la investigación en el currículo, permitirán la mejora continua en la productividad y calidad científica.

103TL. EFECTO DE LA EDAD RELATIVA EN EL FUTBOL FEMENINO JUVENIL SUB-17 DE CENTROAMÉRICA. Daniel Edgardo Vasquez Inestroza¹, Michelle Odalys Díaz Escobar², José Daniel Aguilar Maldonado³, Christian Moises Toledo Pineda⁴. ¹Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, Sala de Labor y Parto, San Pedro Sula, Honduras. ²Pride Performance Fabrics, Clínica Asistencial, Naco, Honduras. ³Centro de Estabilización y Emergencia Médica de Macuelizo, Sala de Emergencia, Macuelizo, Honduras. ⁴Hospital de Área de Puerto Cortés, sala de emergencia, Puerto Cortes, Honduras.

Introducción: La edad relativa describe las diferencias cronológicas entre atletas nacidos en el mismo año. La organización por categorías anuales puede favorecer a quienes nacen al inicio del año, fenómeno conocido como efecto de edad relativa (RAE). Aunque ampliamente estudiado en deportes masculinos, existe escasa evidencia en fútbol femenino juvenil. **Objetivo:** Analizar la distribución de las fechas de nacimiento de jugadoras Sub-17 en selecciones nacionales femeninas de Centroamérica para identificar patrones asociados al RAE. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal con información pública de nóminas oficiales de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua (n=126). Las fechas de nacimiento se clasificaron por trimestre y semestre. Se calcularon frecuencias y porcentajes, aplicando pruebas de chi-cuadrado para comparar distribuciones entre países. Al basarse en fuentes secundarias, se respetaron principios éticos de confidencialidad y uso responsable de la información. **Resultados:** El 36.5% de las jugadoras nació en el primer trimestre. Guatemala, El Salvador y Honduras mostraron mayor concentración inicial. Sin embargo, la prueba de Chi-cuadrado indicó ausencia de diferencias significativas entre países ($\chi^2 = 10.119$, $de = 15$, $p = .812$). **Discusión:** Los hallazgos evidencian sobrerrepresentación de nacimientos en los primeros meses, consistente con el RAE. La falta de diferencias significativas sugiere que el fenómeno es compartido en la región, posiblemente vinculado a procesos similares de selección y desarrollo. Estos resultados resaltan la necesidad de considerar el RAE en políticas deportivas y programas de formación, para evitar sesgos en la identificación de talento y promover equidad en el fútbol femenino juvenil centroamericano.

104TL. EDENTULISMO ASOCIADO A DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS EN PACIENTES ENTRE 18-35 AÑOS EN UN CENTRO ASISTENCIAL. Bessy Gabriela Silva Gómez. Centro Integral de Salud San Miguel, Servicio de Odontología, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El edentulismo representa una condición de salud bucal prevenible que refleja desigualdades sociales, económicas y limitaciones en el acceso a servicios odontológicos. En los últimos años se ha observado un incremento de edentulismo en adultos jóvenes, especialmente en contextos socioeconómicos desfavorables. En países de ingresos bajos como Honduras, la baja disponibilidad de tratamientos restauradores, baja cobertura de servicios odontológicos y los modelos de atención centrados en la exodoncia favorecen la pérdida temprana de dientes. Desde esta perspectiva el edentulismo constituye un indicador de inequidad que afecta la calidad de vida y el bienestar psicosocial. **Objetivo:** caracterizar la asociación de los determinantes sociodemográficos y económicos con el edentulismo en los pacientes de 18 a 35 años atendidos en el Centro Integral de Salud San Miguel durante septiembre de 2025. **Métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo, analítico y transversal con una muestra de 177 pacientes. La recolección de datos se efectuó mediante un cuestionario de 15 preguntas enfocadas en variables sociodemográficas, económicas y antecedentes de salud bucal. Los datos fueron procesados en IBM SPSS utilizando estadística descriptiva y la prueba de Chi-cuadrado. Se contó con la aprobación del Comité de Bioética con registro N°IRB 00003070. **Resultados:** el 70.1% de los participantes correspondió al sexo femenino, con una edad media de 28.5 años. El nivel educativo predominante fue secundaria completa, y el 57.6% reportó empleo. El ingreso familiar más frecuente entre L5,001 y L10,000. Además, el 64.4% había experimentado al menos una exodoncia, siendo la caries extensa la causa prevalente. La significancia estadística del edentulismo / edad, $p=0.021$, nivel educativo / edentulismo, $p=0.0076$, tratamientos preventivos / edentulismo, $p=0.016$, acceso odontológico privado / edentulismo, $p=0.001$. **Discusión:** los hallazgos evidencian elevada frecuencia de pérdida dentaria en adultos jóvenes, asociada con factores socioeconómicos y limitaciones en el acceso a servicios preventivos y tratamientos conservadores.

105TL. ADOPCIÓN Y BARRERAS PARA EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA PRÁCTICA MÉDICA. Ángel Gabriel Martínez Fernández¹, Mónica Virginia Milla Benítez¹.¹Instituto Hondureño de Seguridad Social, Sistema Médico de Empresas, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: La adopción de inteligencia artificial (IA) en medicina aumenta globalmente; sin embargo, en Honduras existe evidencia limitada sobre su uso real y sus barreras en servicios de salud ocupacional y primer nivel. **Objetivo:** Describir la adopción de IA, el gradiente por edad, la brecha formativa y percepciones sobre su rol en médicos adscritos al Sistema Médico de

Empresas (SME) del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Región Norte. **Métodos:** Estudio transversal descriptivo mediante encuesta digital aplicada el 23–24 de junio de 2025 a médicos del SME-IHSS ($n=125$). Se recolectaron variables sociodemográficas/laborales, uso de IA, capacitación formal previa en informática médica/salud digital/IA y percepciones sobre sustitución versus apoyo al juicio clínico. La participación fue voluntaria, anónima y precedida de consentimiento informado digital; no se recolectaron datos sensibles ni identificadores personales. Por su carácter observacional, de riesgo mínimo y sin intervención clínica, el estudio fue revisado y autorizado institucionalmente por la Dirección del SME Región Norte. Se realizó análisis descriptivo. **Resultados:** El 67.2% fue femenino y el grupo etario más frecuente fue 36–40 años (38.4%); 29.6% tenía >40 años. Reportó uso de IA el 31.2% (39/125), mientras 65.6% no la usa y 3.2% no está seguro. La adopción fue mayor en 25–30 años (42.8%), 31–35 años (42.4%) y 36–40 años (37.5%), comparado con >40 años (10.8%). El 84.0% nunca recibió capacitación formal. **Discusión:** La adopción de IA en el SME-IHSS es baja y presenta brecha generacional y formativa. Se recomienda implementar alfabetización digital/algorítmica, políticas de uso seguro, protección de datos, verificación humana y pilotos institucionales de bajo riesgo.

106TL. AMILOIDOSIS RENAL PRIMARIA Y SÍNDROME NEFRÓTICO. REPORTE DE CASO. Ruth Torres¹, Alexandro Murillo¹ María Fernanda Duarte² Marvin Arias³ Fredy Cárcamo³.¹Instituto Hondureño del Seguro Social, Departamento de Medicina Interna, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Regional Gabriela Alvarado, Departamento de Medicina Interna, Danli, Honduras. ³Instituto Nacional Cardiopulmonar, Departamento de Medicina Interna, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La amiloidosis es una enfermedad infrecuente y etiología diversa. Entre los tipos de amiloidosis, se describe el tipo primario (AL) y secundario (AA). La amiloidosis renal clásica corresponde a síndrome nefrótico, la presencia de este sin IRC es rara. En compromiso renal la biopsia con tinción rojo Congo establece el diagnóstico. **Descripción del caso:** Masculino de 56 años, con antecedente de hipertensión arterial. Consultó por edema de miembros inferiores simétrico, ascendente, frío, no doloroso, bilateral, predominio vespertino, de tres semanas de evolución. Concomitante edema periorbitario y nicturia igual evolución. Por dicho motivo es estudiado en servicio de nefrología ambulatoriamente, realizando proteinuria de 24 horas reportando rango nefrótico; decidiendo su ingreso. Permanece con signos vitales en parámetros normales, la exploración física destaca por la presencia de edemas maleolares. Sin evidencia de anemia y falla renal, pruebas de función hepática y tiroideas normales. Presentaba hipoalbuminemia, hipercolesterolemia y proteinuria de 24 horas positiva. Se solicitaron pruebas autoinmunes: ANA, ANCA, anti-DNA, anticardiolipinas IgG e IgM, anticoagulante lúpico, y fracciones de complemento C3 y C4; resultando negativas. Inmunoglobulinas IgG, cadenas ligeras séricas y en orina; normales. Realizan biopsia renal: datos mor-

fológicos consistentes a glomerulopatía membranosa con áreas focales de esclerosis. Se decide realizar segunda biopsia con la tinción rojo Congo la cual resultó positiva, compatible con amiloidosis. Inicia tratamiento con esquema Ponticelli sin mejoría, actualmente recibe esquema con bortezomib, ciclofosfamida y dexametasona (Cybord), en espera de trasplante autólogo. **Conclusión:** En pacientes con amiloidosis el riñón es el órgano más frecuentemente afectado. El diagnóstico requiere la presencia de síndrome sistémico relacionado al amiloide y tinción positiva rojo Congo en biopsia de órgano. Este caso resalta la importancia de su sospecha precoz, dado que el diagnóstico oportuno impacta directamente en el manejo terapéutico y el pronóstico, en razón a la progresión natural de la enfermedad.

107TL. DIVERTÍCULO DE MECKEL EN PACIENTE GERIÁTRICO. REPORTE DE CASO. Juan F. Inestroza,¹ Said A. Mejía.² ¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado de Cirugía General, Tegucigalpa, Honduras. ²Hospital Escuela, Servicio de Cirugía, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: El divertículo de Meckel es una anomalía congénita del tracto gastrointestinal, resultado de la obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico. Está presente en 1% de la población general. Suele ser asintomático y diagnosticarse en la infancia, en adultos es poco frecuente y podría presentarse como diverticulitis, hemorragia o perforación, manifestándose como un cuadro de abdomen agudo, este al ser una entidad poco común, no está entre los diagnósticos diferenciales típicos de abdomen agudo en pacientes mayores. **Descripción del Caso:** Masculino de 73 años, niega antecedentes personales patológicos o hábitos tóxicos, acude con dolor en hemiabdomen derecho intenso de 48 horas de evolución, acompañado de vómitos biliosos e hiporexia, niega fiebre y migración del dolor; refiere episodios previos de menor intensidad que resolvían espontáneamente. Al examen físico se encuentra hemodinámicamente normal, sin taquicardia, pero con signos de irritación peritoneal localizados en fosa iliaca derecha y flanco ipsilateral. Se ingresa como abdomen agudo, sospecha de apendicitis aguda, con plan quirúrgico. Durante la laparotomía, se evidencia un apéndice cecal sin cambios inflamatorios, pero a nivel de íleon terminal a 60 cm de la válvula ileocecal, se identificó un divertículo de Meckel con cambios inflamatorios agudos. Se realizó resección con anastomosis término-terminal, y apendicectomía profiláctica. Permaneció hospitalizado por dos semanas sin complicaciones, con posterior alta médica. **Conclusión:** La diverticulitis de Meckel es una entidad de difícil diagnóstico y no es una de las primeras consideraciones clínicas durante un cuadro de dolor abdominal. El conocimiento de esta patología es vital para evitar la omisión de un diagnóstico que puede derivar en complicaciones mayores en pacientes geriátricos como peritonitis o sepsis si no es intervenido de forma oportuna.

108TL. QUILOTÓRAX NO TRAUMÁTICO DEBUTANDO CON DISNEA: ¿SORPRESA GARANTIZADA? REPORTE DE CASO. Daniel Eduardo Mendoza Sabillon¹ Jennifer Nicole Marquez Rodríguez² Héctor Iván Mendoza Sabillón³ Karel Iracema Escoto Pineda⁴. ¹Hospital Santa Bárbara Integrado, Servicio de Emergencia, Santa Bárbara, Honduras. ²Hospital Servicios Médicos del Sur, Servicio de emergencia, Choluteca, Honduras. ³Clínica Médica Letona y Clínica Médica Amaya, Servicio de Emergencia Santa Bárbara, Honduras. ⁴Hospital Santa Bárbara Integrado, Servicio de Medicina Interna, Santa Bárbara, Honduras.

Introducción: El quilotorax es una entidad infrecuente causada por la extravasación de linfa al espacio pleural, secundaria a lesión u obstrucción del conducto torácico o sus afluentes. Sus causas son traumáticas y no traumáticas entre las cuales predominan las neoplasias malignas (linfomas), su presentación como primera manifestación de malignidad es rara. El diagnóstico se confirma por el análisis del líquido pleural: aspecto lechoso, triglicéridos >110 mg/dL o presencia de quilomicrones. **Descripción del caso:** Mujer de 75 años con antecedente de hipertensión arterial tratada con Irbesartán, historia de disnea progresiva de 15 días, Al examen físico, disminución del murmullo vesicular en el hemitorax izquierdo. La radiografía mostró derrame pleural izquierdo significativo; se realizó toracocentesis, obteniéndose 1,500 mL de líquido lechoso. El análisis citoquímico evidenció triglicéridos elevados (633 mg/dL), proteínas aumentadas y predominio linfocítico, compatible con quilotorax. Cultivo, GeneXpert y ADA fueron negativos; citología sin células malignas. La tomografía abdominal contrastada mostró conglomerados ganglionares retroperitoneales, celíacos y paravertebrales dorsolumbares, sugiriendo un proceso linfoproliferativo. Se planificó biopsia guiada por tomografía, sin embargo, la paciente presentó hipotensión, congestión venosa y datos de fallo de bomba, sugestivo de shock cardiogénico probablemente secundario a quilotorax masivo falleciendo antes de completar estudios diagnósticos. **Conclusión:** El quilotorax no traumático es más frecuentemente causado por neoplasias malignas, especialmente linfomas no Hodgkin (70-75 %). Suele ser unilateral, predominando el lado derecho en más del 50 % de los casos. Su presentación es poco común y requiere considerar múltiples diagnósticos, apoyándose en estudios complementarios para confirmar la causa. En este caso, la sospecha de un proceso linfoproliferativo subyacente es alta. El manejo se centra en tratar la causa primaria, complementado con medidas dietéticas y toracocentesis terapéutica. Este caso destaca la importancia de reconocer el quilotorax como posible primera manifestación de malignidad, orientando la evaluación diagnóstica temprana y el manejo oportuno.

109TL. TUMOR DE FRANTZ EN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE CASO Gabriel Edgardo Paredes Fernández¹. Maryury Fabiola Pineda Gómez², Javier A. Morán³. ¹Hospital Mario Catarino Rivas, Departamento de Pediatría, San Pedro Sula, Honduras. ²Hospital Mario Catarino Rivas, Departamento de Radiología e Imágenes, San Pedro Sula, Honduras. ³Hospital Mario Catarino Rivas, Departamento de Patología, San Pedro Sula, Honduras.

Introducción: El tumor sólido pseudopapilar de páncreas, conocido como tumor de Frantz es una neoplasia pancreática poco frecuente, con predominio en mujeres jóvenes. En pediatría, las masas pancreáticas son raras y su diagnóstico puede ser complejo por la similitud clínica e imagenológica con otras patologías. Generalmente se presenta como dolor abdominal o hallazgo incidental en estudios de imagen, lesiones bien delimitadas, heterogéneas, con componentes sólidos y quísticos son características. La resección quirúrgica completa constituye el tratamiento de elección. **Descripción del Caso:** Adolescente femenina de 17 años, procedente de Cofradía, Cortes, sin antecedentes personales o familiares relevantes, con dolor abdominal de tres meses de evolución, localizado en hipocondrio y flanco izquierdo, intermitente y progresivo, asociado a náuseas y pérdida de peso. Recibió múltiples

tratamientos por sospecha de gastritis sin mejoría. Al examen físico dolor a la palpación profunda, sin irritación peritoneal ni masa palpable. Laboratorios: amilasa 231 U/L, lipasa 56.6 U/L y PCR 203.9 mg/dL, perfil hepático y bilirrubinas normales. La ecografía abdominal sugirió masa pancreática, confirmada por tomografía contrastada que evidenció lesión retroperitoneal bien delimitada en cuerpo pancreático, aspecto sólido-quístico, bordes microlobulados de 2.1x3.1x2.9cm, sin invasión vascular ni metástasis. Se realizó laparotomía exploratoria con resección completa de la masa, sin complicaciones. El estudio histopatológico e inmunohistoquímico confirmó tumor sólido pseudopapilar (tumor de Frantz), de 2.5x1.7x1.5cm, sin evidencia de filtración vascular. La paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio. **Conclusión:** El tumor de Frantz, aunque raro en pediatría, debe considerarse en adolescentes con dolor abdominal persistente y hallazgos imagenológicos de masa pancreática sólida-quística. El diagnóstico diferencial incluye tumores neuroendocrinos y pancreatoblastoma. La resección completa es curativa y existe excelente pronóstico, incluso en casos con gran tamaño tumoral. El reconocimiento oportuno del tumor de Frantz transforma un hallazgo poco común en una oportunidad de tratamiento curativo, con excelente evolución postquirúrgica en pacientes pediátricos.

**LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
TELA, ATLÁNTIDA 2026**

INDICE POR AUTOR

Abrego, Astrid	41TL	Caballero, Vernon	90TL
Acosta, Liany	82TL	Cáceres, Darío	65TL
Aguilar, Clarissa	101TL	Calderón, Brigitte	08TL, 09TL
Aguilar, Emilio	85TL	Calderón, María	67TL
Aguilar, Francisco	45CM	Cálix, Claudia	13TL
Aguilar, Jesús	68CM	Calix, Flory	37TL
Aguilar, José	103TL	Cano, Benjamin	101TL
Aguilar, Raxá	66TL, 68TL	Cárcamo, Fredy	106TL
Aguilar, Sindy	36TL	Cárcamo, Wendy	95CM
Aguiluz, José	25CM	Cardona, Alex	75CM, 76CM
Alemán, Aaron	74TL	Carranza, Eliar	52CM, 83CM
Alemán, Dinora	66CM	Carrasco, Doria	16TL, 59CM, 64CM
Alger, Jackeline	101TL	Carrasco, Lina	75TL, 76TL
Alvarado, Ivana	54TL	Carrasco, Wendy	64CM
Alvarez, Allan	103 CM	Castellanos, Endy	75TL
Álvarez, Dina	34TL	Castellón, Emanuel	20TL
Amador, María	26TL	Castellón, Laura	58TL, 74TL, 99TL
Amaya, Gabriela	43TL	Castro, Iván	77TL
Amaya, Max	31CM	Chacón, Yuri	39TL
Amaya, Yosvin	46TL	Chavarría, Julio	16TL
Andara, Oscar	84TL	Chavarría, Julio César	16TL
Andino, José	79TL, 101TL	Chavez, Catherine	58TL
Andino, Karla	34TL	Chinchilla, Daniel	29CM, 30CM
Andyno, Johnny	91TL	Chinchilla, José	96TL
Antúñez, César	86TL	Cortes, Felipe	20CM, 22CM
Antúñez, Danielson	24CM	Coto, Carlos	71TL
Antúñez, Santiago	15CM	Cotto, Griselda	42TL
Argeñal, Carlos	76TL	Crespín, Miguel	57CM, 60CM,
Argueta, Edil	51TL, 52TL	Cuestas, Dunia	19CM
Arias, Marvin	106TL	Degradés, Bayron	02TL, 30TL, 44TL, 83TL, 85TL
Ariola, Agatha	38TL	Díaz Jorge	50CM
Avila, Manuel	24TL	Díaz, Jypsi	75TL
Avilés, José	73TL	Díaz, Michelle	59TL, 103TL
Barahona, Eimy	79TL	Donaire, Marilyn	66TL, 67TL
Barahona, José	62TL	Duarte, Jennifer	78CM
Barahona, Sindy	86TL	Duarte, María	106TL
Bárcenas, Francis	76TL	Egas, María	12CM, 14CM
Bardales, Gladys	15TL	Elvir, Jasmín	03TL
Bardales, Víctor	15TL	Enamorado, Judy	33CM
Bejarano, Suyapa	102TL	Enamorado, Karen	6TL
Beltran, Jorge	01TL	Escobar, Edda	75TL, 76TI
Bobadilla, Eduardo	39TL	Escoto, Karel	58TL, 74TL, 99TL, 108TL
Bobadilla, Nelson	86TL	Escoto, Karen	37TL
Bonilla, Paola	82TL	Escoto, Nora	48TL
Bu, Efraín	42 TL	Espinoza, Belisa	81TL
Bu, Janeth	26TL	Espinoza, Dagoberto	95TL
Bueso, Andrea	99TL	Espinoza, Estefany	75TL
Bulnes, Juan	75TL, 76TL, 78TL	Espinoza, Lesby	07TL, 32TL, 33TL
Bustillo, Alejandro	53CM, 54CM	Falck, Cintia	85CM

Fernández, Alejandro	76TL	Guevara, Norma	76TL
Fernández, Emely	75TL	Guevara, Sarahi	97CM
Fernández, Rubén	18CM	Guidos, Héctor	31TL
Ferrera, Andrea	14TL	Gutiérrez, Rodrigo	36TL
Fiallos, Ángel	28TL	Helen, Medina	24TL
Fiallos, Lucy	67TL, 68TL	Henríquez, Alejandra	69TL
Figueroa, Ariel	52TL	Henríquez, Dulce	18TL, 75TL
Figueroa, Suyapa	4CM	Hernández, Daniel	10TL,
Flores, Gladys	37TL	Hernández, Mariela	63TL
Flores, Linda	56TL	Hernández, Saúl	41TL
Flores, Pedro	75TL	Herrera, Elmer	38TL
Flores, René	04TL	Izaguirre, Allan	39TL, 41TL,
Flores, Sandra	36TL	Jimenez, Adriana	75TL
Fortin, Sonia	23TL, 87TL, 88TL,	Jiménez, Fátima	86TL
Frazer, Gladys	92CM	Jimenez, Isela	48TL
Fuentes, Amábilis	18TL	Khan, Fawad	100CM
Fuentes, Fabio	5CM	Lagos, Galel	76TL
Fugón, Belkis	50TL	Lagos, Javier,	71CM, 72CM, 45TL
Funes, Andre	36TL	Lagos, Lina	36TL
Funez, Fernando	57TL	Laínez, Ernesto	61TL
Funez, Karen	94CM, 96CM	Lanza, Kriss	21TL
Fúnez, Keyla	54TL	Lardizabal, Luisa	93TL
Funez, Víctor	41CM	Larios, Brenda	70CM
Gaitán, Kristel	57TL	Leiva, José	90TL
Galeano, José	81CM, 82CM	Leiva, Lesbia	3CM
Galeas, Borlin	15TL	Licon, Beverly	44TL, 83TL
Galeas, Mélida	46CM	Licon, Tania	90TL
Galeas, Nora	81TL	López, Arleth	75TL, 75TL
Galeas, Norma	15TL, 70TL	Lopez, Brian	75TL, 76TL
Galeas, Rubén	49CM	López, Carolina	50TL
Galindo, Carlos	04TL	López, Haroldo	38CM
García, Alexandra	76TL	Lopez, Katia	101TL
García, Carlos	12TL	López, Laly	35TL, 97TL
García, Daniela	9CM	López, María	80TL
García, Elías	35CM	López, Sobeyda	17CM
García, Fernando	15TL	Madrid, Carlos	43CM
García, Ilse	44CM	Madrid, Conny	47CM
García, Mónica	93CM	Madrid, Jennifer	76TL
Garmendia, Idixi	43TL	Madrid, Marcio	32CM
Garmendia, Linda	66TL	Madrid, Oscar	76TL
Garro, Ana	51TL	Madrid, Wilmer	12TL
Gavarrete, Dina	102TL	Mahoudeau, Filadelfo	22TL, 47TL
Girón, Javier	2CM	Mairena, Diego	75TL
Girón, Marlon	85TL	Maldonado, Dylan	06TL
Godoy, Dilma	8TL, 9TL, 13TL	Maldonado, José	18TL, 69TL
Gómez, Alex	90TL	Maradiaga, Edna	64TL, 67TL
Gomez, Andrea	76TL	Marie, Giovanni	63TL
Gómez, Annie	49TL	Marquez, Jennifer	108TL
Gómez, Carlos	45TL	Martel, Benilda	93TL
Gomez, José	27TL, 62TL	Martínez, Ángel	53TL, 105TL
Gonzales, Carlos	91TL, 92TL	Martínez, Belkis	55TL
González, Mirian	98CM, 49TL, 95TL	Martínez, Nolia	34CM
González, Yeimi	76TL	Martínez, Pedro	80CM
Guardado, Gabriela	12TL	Martínez, Raquel	77CM
Guardado, Jorge	28TL	Martínez, Roxana	14TL, 63TL

Martínez, Sarah	75TL	Paz, Lennin	27CM, 28CM
Martínez, Tania	90TL	Peña, Armando	65TL
Martínez, Ynés	75TL, 76TL	Peña, Marisabel	75TL
Matamoros, Denis	91TL, 92TL	Peñalva, Dora	35TL, 97TL
Matamoros, Melissa	89CM	Peralta, Diana	99CM
McCormick, Nicole	76TL	Peralta, Emilio	36CM, 02TL
Medina, Elga	101TL	Perdomo, Alfa	72TL
Medina, Fernando	03TL	Perdomo, Eduardo	11TL
Medina, Mónica	79TL	Pérez, Claudia	13TL
Medina, Rennie	03TL, 10TL, 35TL, 41TL, 54TL, 61TL, 96TL, 97TL, 98TL	Pérez, Teresita	94TL
Mejía, Alejandra	75TL	Pineda, Andrea	75TL, 76TL
Mejía, Carlos	58TL, 74TL, 99TL	Pineda, José	74TL
Mejía, Cinthia	101TL	Pineda, Maryury	84CM, 86CM, 109TL
Mejía, Cinthya	79TL	Pleitez, Ernesto	31TL
Mejía, Karen	31TL	Ponce, Oscar	87CM
Mejía, Miguel	102TL	Puerto, Nataly	94TL
Mejía, Said	24TL, 107TL	Quintanilla, Sergio	48CM, 51CM
Membreño, Karla	07TL, 32TL, 33TL	Quiñonez, Marco	05TL
Membreño, Lourdes	90TL	Ramírez, Marcia	14TL
Méndez, Diana	77TL	Ramírez, Mario	90CM, 40TL
Mendoza, Bladimir	6CM	Ramos, Carlos	37CM
Mendoza, Daniel	108TL	Raudales, Carlos	61CM, 63CM
Mendoza, Héctor	108TL	Raudales, Julio	70TL
Midence, Sophia	75TL	Reyes, Alejandra	45TL
Milla, Mónica	105TL	Rivera, César	89TL
Milla, Sara	11TL	Rivera, Eva	41TL, 61TL, 96TL, 98TL
Molina, Enma	67TL	Rivera, Luz	76TL
Molina, Nubia	76TL	Rivera, Sara	78TL
Molinero, Isaac	101CM	Rivera, Tatiana	79CM
Montoya, Claudia	20TL	Rodríguez, María	75TL
Moran, Javier	109TL	Rodríguez, Carlos	66TL, 67TL
Munguía, Yaritza	1CM	Rodríguez, Denis	27TL, 62TL
Muñoz, Ana	67CM	Rodríguez, Fredy	65TL
Muñoz, Natalia	58TL, 99TL	Rodríguez, Gabriela	76TL
Murillo, Alexandro	106TL	Rodríguez, Gaspar	38TL
Murillo, Amalia	10TL, 54TL	Rodríguez, Génesis	10TL, 76TL
Navarro, Kristian	55CM, 56CM, 58CM	Rodríguez, Jireh	102TL
Navarro, Wendy	62CM	Rodríguez, Luis	81TL
Nolasco, Kathleen	01TL	Rodríguez, Pablo	46TL
Olivera, Claudia	63TL	Rodríguez, Roberto	25TL
Ordóñez, Sharom	73TL	Romero, Carlos	74TL
Orellana, Karen	65TL	Romero, Celina	01TL
Orellana, Keibhim	11TL	Romero, Julissa	03TL
Ortega, Roger	104CM	Ronero, Leny	13TL
Ortez, Alison	101TL	Rosales, Leonel	25TL
Ortez, Evelyn	100TL	Ruvio, Yubitza	98TL
Osorio, Ramón	55TL	Sahury, Sara	79TL
Padilla, Delmy	69CM	Salazar, David	10CM
Paisano, Chelsy	76TL	Salinas, Oscar	7CM
Palomo, Armando	71TL	Sanchez, Carlos	101TL
Paredes, Gabriel	109TL	Sandoval, María	31TL
Parodi, Adriana	20TL, 40TL, 75TL	Sandoval, Marlury	81TL
Parodi, Karla	91CM, 40TL	Sandoval, Nelly	48TL, 49TL, 95TL
Pavón, Claudia	8CM, 11CM	Santacreo, Víctor	98TL
		Santos, Ólman	85TL

Sauceda, Acosta	50TL	Vaquero, Rodrigo	26CM
Sauceda, Dilcia	34TL	Varela, Diana	74CM, 79TL
Schultz, Birdee	03TL	Varela, Mirna	80TL
Segura, Dulce	01TL	Vasquez, Alex	29TL
Sevilla, Ana	51TL, 52TL	Vasquez, Ascela	66TL, 67TL, 68TL
Sierra, José	64TL, 65TL	Vasquez, Daniel	103TL
Sierra, Leonardo	67TL	Vasquez, Mario	57TL
Sierra, Manuel	75TL, 76TL, 77TL, 78TL	Velasquez, David	26TL
Silva, Bessy	104TL	Velásquez, Héctor	73CM
Solórzano, Sinthia	01TL	Velásquez, Mario	18TL
Solórzano, Sonia	34TL	Ventura, Alejandra	60TL
Soriano, Elvia	24TL	Villamil, Alex	73TL
Sosa, Alejandra,	86TL	Villanueva, Marvin	5TL
Sosa, Beatriz	16CM	Villatoro, Guillermo	32TL
Soto, Alexia	76TL	Villeda, Alejandra	75TL
Stefan, Allan	21CM, 23CM	Villota, Christian	94TL
Suazo, Neide	67TL, 68TL	Webster, Zenia	77TL
Tabora, Dany	42CM	Wiever, Carlos	76TL
Tabora, Jennifer	22TL, 47TL	Williams, Cindy	38TL
Thompson, Arnold	102CM	Yanes, Mario	34TL
Toledo, Christian	103TL	Young, Alejandro	78TL
Toledo, Mazlova	42TL	Zelaya, José	91TL, 92TL
Tomé, Enrique	21TL	Zelaya, Raúl	40CM
Torres, Maira	27TL, 62TL	Zelaya, Susan	95TL
Urquia, Marco	17TL, 19TL	Zepeda, Nathali	61TL
Urrutia, Fernando	75TL	Zerón, Carlos	19TL
Valle, Juan	39CM	Zúniga, Carol	56TL, 82TL, 88TL,
Valle, Rafael	96TL	Zuniga, Darío	101TL

LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL

TELA, ATLÁNTIDA 2026

PATROCINADORES





BOTANICA
WORKS



Se agradece al Instituto de Parasitología Antonio Vidal y a The Global Health Network por su apoyo al precongreso de escritura y publicación científica.





**COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA
LXIX CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SIGUATEPEQUE, COMAYAGUA 2027**

Tema: Medicina de altura en el corazón de Honduras
Homenaje a: Dr. Enrique Martínez Reina

Lugar: Centro de convenciones Granja D'Elia, Siguatepeque, Comayagua

Comité Organizador:

Presidente: Dr. Darío Varela

Secretarías: Dra. Kelin Romero, Dra. Midian Sánchez, Dra. Keren Izaguirre

Tesoreros: Dr. Carlos Muñoz, Dr. Rolando Domínguez, Dr. Noé Flores

Comité Científico

Dr. Tobías Corea (Coordinador)
Dr. Braulio Mercado
Dr. Juan Márquez
Dr. Felix Cañas
Dra. Xenia Castillo
Dra. André Erazo
Dra. Lilian Martínez
Dra. Reyna Hernández
Dr. Darío Varela
Dr. Mauricio Loredo
Dr. Samuel Villeda
Dr. Allan Izaguirre
Dra. Zelly Nehring

Comité Social y Cultural

Dr. Franklin Bonilla (Coordinador)
Dra. Nadia Valeriano
Dr. Fernando Bueso
Dra. Dina Toledo
Dr. Silvio González
Dra. Jenny Obando
Dra. Thelma Carias

Comité de Logística

Dr. Carlos Yanes (Coordinador)
Dra. Marcela Espinoza
Dr. Edgar Velásquez
Dra. Nieves Vasquez
Dr. Víctor Medina
Dra. Corin Bueso
Dra. Ibeth Hernández
Dra. Alejandra Martínez

Comité de Publicidad y Propaganda

Dra. Mariela Ruíz (Coordinador)
Dra. Allison Cáceres
Dr. Daniel Varela
Dr. Jairo Caballero
Dr. José Baires
Dr. Héctor Ruíz
Dra. Lideth Calderón

PREPARACIÓN DE RESÚMENES (CONFERENCIAS Y TRABAJOS LIBRES) DEL CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2027 PARA SER INCLUIDOS EN EL SUPLEMENTO DE LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

Lea las instrucciones antes de completar el Resumen y revise ejemplos publicados en los números de la Revista Médica Hondureña de los años 2025 y 2026, los cuales puede obtener en https://revistamedicahondurena.hn/o_www.bvs.hn/RMH/html5/. Los resúmenes aceptados para presentación serán publicados en el Suplemento del Congreso Médico Nacional de la Revista Médica Hondureña. La Revista Médica Hondureña está indizada internacionalmente por lo que es indispensable que todos los expositores se apeguen a las instrucciones, en cuanto a formato y fechas límites, al momento de escribir y enviar el Resumen. No se aceptarán resúmenes que no cumplan con los requisitos descritos a continuación. El proceso de revisión de los resúmenes presentados se fundamenta en las Recomendaciones para la Conducta, Informe, Edición y Publicación de Trabajos Académicos en Revistas Médicas (disponible en <http://www.icmje.org/recommendations/>, acceso enero 2026). Enviar el resumen al correo electrónico proporcionado por el Comité Organizador. Fecha límite de recepción: 11 de marzo de 2027.

1. Lea atentamente la información que se le solicita abajo. Escoja el tipo de trabajo. Si es una Conferencia (magistral, plenaria, simposio, mesa redonda, foro, panel, etc.) o Trabajo Libre (Científico, Clínico, Experiencia).
2. Proporcione los datos que se le piden: Nombre del expositor (un solo expositor tanto para conferencias como para trabajos libres), grados académicos, institución, ciudad, país. Indique si requiere alguna ayuda audiovisual especial.
3. Conferencias magistrales: Solamente a solicitud del Comité Organizador. Resumen: texto sin secciones y un máximo de 300 palabras.
4. Los Trabajos Libres deben ser Originales (inéditos), es decir no publicados, y pueden ser del tipo Trabajos Científicos (Observacionales o Experimentales), Trabajos Clínicos (Caso clínico o Serie de casos) y Experiencias (Académicas o Salud Pública).
5. Escriba el cuerpo del resumen. Utilice letra tipo Arial, tamaño 12, interlineado simple (1.0). El resumen debe tener una extensión máxima de 300 palabras. Comience por el título de la conferencia o trabajo libre, continúe con una nueva línea con los autores (subraye el nombre del expositor, cuando hay más de un autor), y en otra línea incluir los grados académicos y las respectivas Instituciones. En otra línea comience el cuerpo del resumen.
6. Cuerpo del resumen. Debe ser escrito según el tipo de presentación, conferencia o trabajo libre. Si tiene dudas, por favor consulte al comité científico oportunamente.

A continuación, se describe brevemente cada categoría:

Trabajo Libre Científico: Texto dividido en los siguientes subtítulos de forma continua: Introducción, Objetivo, Métodos, Resultados y Discusión.

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

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

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

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

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

INFORMACIÓN GENERAL DE LOS TRABAJOS LIBRES Y CONFERENCIAS

Envío del resumen: según instrucciones del Comité Organizador
Fecha límite de recepción: 11 de marzo 2027

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

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

Trabajo Libre Científico

Trabajo Libre Clínico

Trabajo Libre Experiencia

Conferencia

TÍTULO DEL TRABAJO O CONFERENCIA

DATOS DEL O LOS (AS) AUTORES

Nombre

Grado académico

Afiliación institucional, ciudad, país

DATOS DEL EXPOSITOR

Nombre completo

Correo electrónico

Teléfono fijo y móvil

Grado académico

Afiliación institucional, ciudad, país.

DIRECTRICES PARA EL ENVÍO DE RESÚMENES CIENTÍFICOS DEL COMENAC A LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

TRABAJO LIBRE: CIENTÍFICO ORIGINAL

Encabezado: Título, nombre de autor(es), instituciones (según jerarquía de mayor a menor), ciudad, país.

Cuerpo del resumen: Introducción, Objetivo, Métodos, Resultados y Discusión.

TRABAJO LIBRE: CASO CLÍNICO / SERIE DE CASOS

Encabezado: Título, nombre de autor(es), instituciones (según jerarquía de mayor a menor), ciudad, país.

Cuerpo del resumen: Introducción, Descripción del caso o serie de casos y Conclusión.

TRABAJO LIBRE EXPERIENCIA

Encabezado: Título, nombre de autor(es), instituciones (según jerarquía de mayor a menor), ciudad, país.

Cuerpo del resumen: Introducción, Descripción de la experiencia y Lecciones aprendidas.

CONFERENCIA

Encabezado: Título, nombre de autor(es), instituciones (según jerarquía de mayor a menor), ciudad, país.

Cuerpo del resumen: texto no estructurado o sea sin subtítulos, debe incluir la información relevante que se presentará en la conferencia.

El cuerpo del resumen no debe exceder de 300 palabras.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES FINANCIEROS U OTROS (1)

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

TIPOS DE CONFLICTOS:

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES FINANCIEROS U OTROS (2)

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

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

Fecha: _____

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

INFORMACIÓN GENERAL E INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

Junio 2026

1. INFORMACIÓN GENERAL

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

1.1 MISIÓN, ALCANCE, VISIÓN

MISIÓN

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

OBJETIVO Y ALCANCE

A través de la difusión y comunicación científica ética y de calidad, fomentar y apoyar la investigación científica y la educación médica continua. Además, difunde artículos de investigaciones inéditas sobre la práctica clínica, la salud pública e investigación para la salud, incluyendo artículos en las categorías original con diseño metodológico cuantitativo, cualitativo y mixto. No se realiza ningún cobro por procesamiento de los artículos.

VISIÓN

Ser una revista que difunda conocimiento científico inédito con alta calidad, prestigio e integridad científica, accesible a nivel nacional e internacional y con amplia representatividad en

el campo de la práctica clínica, la salud pública e investigación para la salud.

1.2 CONTENIDO

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

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

1.2.1 Idioma

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

1.2.2 Editorial

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

1.2.3 Artículo original

Presenta por primera vez hallazgos científicos obtenidos a través de investigaciones con diseño metodológico cuantitativo, cualitativo y mixto. Puede incluir observaciones de laboratorio, investigaciones poblacionales, 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

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

1.2.6 Imagen en la práctica clínica

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

1.2.7 Revisión bibliográfica

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

1.2.8 Artículo especial

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

1.2.9 Artículo de ética

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

1.2.10 Historia de la medicina

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

1.2.11 Artículo de opinión

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

1.2.12 Cartas al Editor

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

1.2.13 Ad Libitum

Es una sección abierta de expresión, narraciones anecdóticas y otras notas misceláneas. El Consejo Editorial se reserva el derecho de seleccionar las comunicaciones que se 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 apega a diferentes estándares de publicación que contribuyen a garantizar la publicación ética y de calidad. No se aceptarán artículos que no cumplan los estándares recomendados. Cualquier aspecto no contemplado en estas instrucciones será decidido por el Consejo Editorial.

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

La Revista Médica Hondureña se apega a las *Recomendaciones para la Conducta, Informe, Edición y Publicación de Trabajos Académicos en Revistas Médicas* del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE). Los autores deben consultar estas recomendaciones en el siguiente sitio web: <http://www.icmje.org/> (actualizada a enero 2026).

1.3.2 Red EQUATOR

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

1.3.3 Registro de Ensayos Clínicos

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

1.3.4 Registro de Protocolos de Revisiones Sistemáticas

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

1.3.5 Pautas SAGER

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

1.3.6 Principios Éticos

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

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

Autoría: Todas las personas que figuren como autores deben cumplir con los requisitos para recibir tal denominación, basados en su contribución esencial en lo que se requiere a: 1)

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

2. INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

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

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

2.1 TÍTULO

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

2.2 RESUMEN

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

2.3 PALABRAS CLAVE

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

2.4 SECCIONES DE UN ARTÍCULO

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

2.4.1 Introducción

Se debe redactar en un máximo de 3-4 párrafos; en el

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

2.4.2 Materiales (Participantes) y Métodos

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

2.4.3 Resultados

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

2.4.4 Discusión

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

2.4.5 Contribuciones

Se debe describir la contribución de cada uno de los autores al desarrollo del estudio y del artículo de acuerdo con los

cuatro criterios de autoría (ver sección 1.3.6). Esta sección aparece después de la Discusión y antes de Agradecimientos. Todos los artículos con más de un autor, deben incluir esta sección.

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

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

2.4.7 Agradecimientos

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

2.4.8 Detalles del autor(es)

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

2.4.9 Referencias bibliográficas

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

2.4.10 Abreviaturas y símbolos

Se deben utilizar lo menos posible, haciendo uso de aquellos internacionalmente aceptados. Cuando aparecen por primera vez en el texto, deben ser definidas escribiendo el término completo a que se refiere seguido de la sigla o abreviatura entre pa-

réntesis. Debe evitar las abreviaturas en el título y en el resumen.

2.4.11 Unidades de medida

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

2.4.12 Cuadros

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

2.4.13 Figuras

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

2.4.14 Información complementaria

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

3. ENVÍO DEL MANUSCRITO

El manuscrito en su versión final deberá presentarse en el siguiente orden: en la **primera página** se incluye Tipo de artículo, Título en español e inglés, Titulillo, Nombre(s) del autor(es), ORCID y nombre completo del centro de trabajo en orden descendente (primero el nombre de la institución, luego el nombre del departamento o división y por último, la unidad), seguido por la ciudad y el país. Debe presentar información contacto

del autor corresponsal (correo electrónico y teléfono móvil). Se incluye la Declaración de relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés. También debe incluir el número de palabras en el resumen, número de palabras del artículo (excluyendo título, autores, resumen, palabras clave, bibliografía, cuadros y figuras), número total de cuadros y figuras, número de referencias bibliográficas.

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

4. PROCESO EDITORIAL

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

de las referencias bibliográficas. **5) Revisión de estilo** después de la aceptación. Una vez aceptado el manuscrito, el Cuerpo Editorial puede someter a una corrección de gramática y estilo. **6) Pruebas de imprenta.** El autor corresponsal podrá revisar el artículo en un máximo de dos días calendario. En esta etapa solamente se corregirán aspectos menores. **7) Informe de publicación.** Previo a la publicación impresa, la Revista será publicada electrónicamente y será enviada para su inclusión en las bases de datos electrónicas en las cuales está indizada. El autor corresponsal recibirá por correo electrónico el enlace de internet de su artículo.

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

5. ANEXOS

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

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

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

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

Consejo Editorial Revista Médica Hondureña

Estamos solicitando sea publicado el artículo tipo (tipo del artículo), titulado (título del artículo), en la Revista Médica Hondureña. El artículo fue preparado por (nombre de los

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

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

Anexo III. Ejemplos de referencias bibliográficas.

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

Artículo de Revista:

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002 Jul

25;347(4):284-7.

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

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

Libro:

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

Capítulo de libro:

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

Artículo de revista en internet:

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

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

No. Los autores deben garantizar que conocen y aplicaron la siguiente información:

1. El correo electrónico de la Revista Médica Hondureña es revmh@colegiomedico.hn.
 2. Se incluyó la dirección de correo electrónico y el identificador ORCID de todos los autores, y el número de teléfono móvil del autor corresponsal.
 3. Texto fue escrito en una sola columna, a espacio interlineal de 1.5, letra Arial 12.
 4. Las secciones del artículo inician en una página.
 5. En la página del título se incluyó título en español e inglés, titulillo; nombre de los autores 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.
-

June 2026

1. GENERAL INFORMATION

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

1.1 MISSION, SCOPE, VISION

MISSION

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

AIM AND SCOPE

Through ethical and quality scientific dissemination and communication, encourage and support scientific research and continuing medical education. In addition, it disseminates unpublished research articles on clinical practice, public health, and health research, including articles in the categories original with quantitative, qualitative and mixed methodological design. No charge is made for article processing.

VISION

To be a journal that disseminates unpublished scientific knowledge with high quality, prestige and scientific integrity, accessible nationally and internationally and with broad representation in the field of clinical practice, public health and health research.

1.2 CONTENTS

The Revista Médica Hondureña is a biannual publication, publishing two issues per year: Issue 1 (January - June) and Issue 2 (July - December). Since Volume 87 (year 2019), it is published in continuous mode, completing Issue 1 on June 30 and Issue 2 on December 31 of each year. In addition to the two annual issues, supplements are 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 with quantitative, qualitative and mixed methodological design, short communication, clinical case report or series of clinical cases, image in clinical practice, bibliographic review, special article, ethics article, history of medicine, opinion article. In addition, editorials, letters to the editor and ad libitum are published. The length, number of tables and figures and number of references allowed for each type of article are presented in **Annex I**.

1.2.1 Language

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

1.2.2 Editorial

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

1.2.3 Original article

Presents for the first-time scientific findings obtained through research with with quantitative, qualitative and mixed methodological design, or both. It may include laboratory observations, population-based research, clinical research, implementation research, systematic reviews and meta-analysis, among others. Sections: Introduction, Methods, Results and Discussion (IMRaD). Revista Médica Hondureña will consider for publication papers in which data collection, regardless of the duration of the study, has been completed 5 years prior to the submission of the manuscript to the journal. The Editorial Board will have the authority to consider exceptions in this last case, when the scientific contribution of the work is of general interest and its content is not obsolete due to the time elapsed. It must

follow scientific standards of ethics and quality. It must include a structured abstract of a maximum of 250 words.

1.2.4 Short communication

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

1.2.5 Clinical case or series cases

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

1.2.6 Imaging in Clinical Practice

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

1.2.7 Narrative review

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

1.2.8 Special article

Only at the request of the Editorial Board. It is a review of topics of general interest presented as a mixture of a narrative review article and an opinion article. It should consist of Introduction sections, followed by the development of the topic, whose sections and subsections will be named according to the topic of the article, and Conclusion. The Introduction should describe the purpose of the article and the sources consulted.

The Conclusion presents the contribution to local knowledge. In addition, it may include articles such as standards generated by governmental institutions or professional organizations, which due to their content require the widest possible dissemination; also, the authorized transcription of articles published in other journals. It includes an unstructured abstract of a maximum of 150 words.

1.2.9 Ethics article

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

1.2.10 History of medicine

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

1.2.11 Opinion article

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

1.2.12 Letter to the Editor

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

1.2.13 Ad Libitum

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

1.2.14 Supplementary Information

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

1.2.15 Announcements

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

1.2.16 Supplements

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

1.3 PUBLICATION STANDARDS

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

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

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

1.3.2 EQUATOR Network

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

1.3.3 Registration of Clinical Trials

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

1.3.4 Registration of Systematic Review Protocols

The Revista Médica Hondureña, as a condition for publication, requires that systematic review protocols be registered in the international database called PROSPERO, which prospectively registers systematic reviews that study a health-related outcome. The registry is produced by the Centre for Reviews and Dissemination, University of York, York, United Kingdom, and is funded by the National Institute for Health Research (NIHR); available at <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>.

1.3.5 SAGER Guidelines

The SAGER (Sex and Gender Equity in Research) guidelines provide comprehensive guidelines for authors to

report sex and gender in study design, data analysis, results, and interpretation of findings. In addition, editors use them to integrate sex and gender assessment into all manuscripts as part of the editorial process. Available at <https://onx.la/xbf00>.

1.3.6 Ethical Principles

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

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

Authorship: All persons appearing as authors must comply with the requirements to receive such denomination, based on their essential contribution in what is required to: 1) Having contributed substantially to the conception or design of the study; or to the acquisition, analysis, or interpretation of the data for the study; and 2) Having written the paper or performed critical review of its important intellectual content; and 3) Final approval of the version to be published; and 4) Agreeing to be held responsible for all aspects of the paper, ensuring that questions regarding the accuracy or completeness of any part of the paper are adequately investigated and resolved. All four of the above requirements must be met simultaneously. Participation solely in fund raising, data collection, or general supervision of the research group does not justify authorship. Each author of the manuscript is publicly responsible for its content and must acknowledge financial sponsorship of the research and the participation of organizations or institutions with an interest in the subject of the manuscript. At submission, authors must disclose whether they used artificial intelligence (AI)– assisted technologies (such as Large Language Models [LLMs], chatbots, or image creators) in the production of submitted work.

Authors who use such technology should describe, in both the cover letter and in the methodology, at the end of the ethical considerations, the name of tool, version, manufacturer, and the exact purpose of its use. Chatbots (such as ChatGPT) 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, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>): you are free to Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material for any purpose, including commercially), under the following terms: 1) Attribution: you must give proper credit, provide a link to the license, and indicate if changes have been made. You may do so in any reasonable manner, but not in such a way as to suggest that you or the use you are seeking is supported by the licensor. 2) No additional restrictions: you may not apply legal terms or technological measures that legally restrict others from making any use permitted by the license. The manuscript must be accompanied by the Letter of Request and Consent to Publish Article signed by each author (**Annex**

II). Papers previously published in another journal will not be accepted unless permission to reproduce has been granted and it is considered important to reproduce an already published article.

1.3.10 Peer Review

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

2. INSTRUCTIONS FOR MANUSCRIPT SUBMISSION

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

2.1 TITLE

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

2.2 ABSTRACT

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

2.3 KEYWORDS

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

2.4 SECTIONS OF AN ARTICLE

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

2.4.1 Introduction

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

2.4.2 Materials (Participants) and Methods

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

2.4.3 Results

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

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

2.4.4 Discussion

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

2.4.5 Contributions

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

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

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

2.4.7 Acknowledgements

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

2.4.8 Details of the author(s)

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

2.4.9 Bibliographical references

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

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

2.4.10 Abbreviations and symbols

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

2.4.11 Units of measurement

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

2.4.12 Tables

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

2.4.13 Figures

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

2.4.14 Supplementary information

Supplementary information, for any article that requires it,

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

3. SUBMISSION OF THE MANUSCRIPT

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

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

4. EDITORIAL PROCESS

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

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

3) Acceptance or rejection of the manuscript. According to the reviewers' reports, the Editorial Board will decide whether to

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

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

5. ANNEXES

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

Type of article	Maximum length in words*	Maximum number of tables and/or figures	Bibliographical references
Original	4,000	5	20-40
Clinical Case	3,000	4	15-30
Narrative Review	5,000	4	25-40
Special	4,000	4	30-40
Image	200	1	1-3
Short 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 documented the relationships and financial and non-financial activities and conflicts of interest, as well as the use of AI. We understand that the published articles and materials are licensed for use and distribution under the Creative Commons Attribution 4.0 International license (CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>). All information submitted in the application for publication and in the manuscript is true.

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

Annex III. Examples of bibliographic references.

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

Journal Article:

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

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

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

Book:

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

Book chapter:

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

Internet journal article:

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <https://ovidsp.tx.ovid.com/> Subscription required.

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

Annex IV. Checklist for authors.**No. Authors should ensure that they are aware of and have applied the following information:**

1. The e-mail address for Revista Médica Hondureña is revmh@colegiomedico.hn.
2. The mailing address and cell phone number of the corresponding author were included.
3. Text was written in a single column, 1.5 line spacing, Arial 12 font.
4. Sections of the article start on one page.
5. The title page included title in Spanish and English, abbreviated title; authors' names, and institutional affiliation.
6. The title page also included the number of words in the abstract, number of words in the complete article (excluding title, authors, abstract, keywords, bibliography, tables, and figures), total number of tables and figures, number of bibliographic references.
7. A financial and non-financial relationships and activities and conflict of interest statement was presented on the title page.
8. Abstract and keywords (<https://decs.bvsalud.org/>) were included in Spanish and English.
9. The bibliographic references were cited in the text by consecutive numbers in super-script.
10. The standards of the International System of Units were used for measurements.
11. Tables and figures were prepared in the recommended format, presented at the end of the article, with an explanation of the abbreviations used. The legend of the figures is presented on a different page.
12. The contribution of each author in the preparation of the manuscript was described.
13. Supplementary information was prepared, if required by the article, in a supplementary file following the recommended format.
14. Information related to the financing of the study through grants, scholarships or other mechanisms was included.
15. It was notified in the letter of request for publication if the article has been published or is planned to be published as a preprint (share link to the publication site).
16. For any study with human participants, proof of approval from a research ethics committee is required. If it is an investigation on secondary sources, include institutional approval or endorsement.
17. All accompanying documentation was prepared: Letter to the Editorial Board, Written authorization from the persons or institutions recognized in the Acknowledgments section, Written authorization for the reproduction of previously published material, Proof of Approval of the research committee, Institutional endorsement.



TELA, ATLÁNTIDA 2026
LXVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
"DRA. ITZA SUYAPA ACOSTA SCHRUNDER"
COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS