

## RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL)

**1TL. HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO EN DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA CLÍNICA DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL (CAMI).** Elvin Omar Videa Irfas<sup>1</sup>, Ginalizia Murillo Castro<sup>2</sup>, Katherine Chinchilla<sup>3</sup>, María José Ortega<sup>4</sup>, Anarda Ivette Padilla<sup>5</sup> <sup>1</sup>Especialista en Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Clínica de Atención Médica Integral (CAMI). <sup>2,3,4,5</sup> Doctor en Medicina y Cirugía, UNAH, CAMI. Tegucigalpa, Honduras.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**5TL. PREVALENCIA DE SÍNDROME POST-COVID-19 Y SU ASOCIACIÓN CON SEVERIDAD DEL PRIMER EPISODIO DE COVID-19.** Manuel Sierra<sup>1</sup>, Juan Pablo Bulnes<sup>1</sup>, Guimel Peralta<sup>1</sup>, Sara Rivera<sup>1</sup>, María José Rodas Palma<sup>1</sup>, Mariana del Carmen Sevilla<sup>1</sup>, Marleni Zureya Carbajal<sup>1</sup>, Nicolle Alejandra López<sup>1</sup>, Sara Varela<sup>1</sup>, Stephany Karina Laínez<sup>1</sup>, Anna Lía Alcerro Robles<sup>1</sup>, Gilma Marjorie Oseguera<sup>1</sup>, Victoria Fernanda Zelaya<sup>1</sup>, Andrea Gisselle Guifarro<sup>1</sup>, Karla Leticia Monge<sup>1</sup>, May Len Quan Gálvez<sup>1</sup>, Gabriela Murillo<sup>1</sup>, Gabriel Ortez<sup>1</sup>, Gexy Mendoza Hernández<sup>1</sup>, Melany Verónica Flores<sup>1</sup>, Lisbeth Madrid<sup>1</sup>, Mirna Hernández<sup>1</sup>, Nicolle Suazo<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana, Tegucigalpa, Honduras.

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

**6TL. SISTEMAS MÁS AFECTADOS POR SÍNDROME POST COVID-19.** Manuel Sierra<sup>1</sup>, Juan Pablo Bulnes<sup>1</sup>, Guimel Peralta<sup>1</sup>, Sara Rivera<sup>1</sup>, María José Rodas Palma<sup>1</sup>, Mariana del Carmen Sevilla<sup>1</sup>, Marleni Zureya Carbajal<sup>1</sup>, Nicolle Alejandra López<sup>1</sup>, Sara Varela<sup>1</sup>, Stephany Karina Laínez<sup>1</sup>, Anna Lía Alcerro Robles<sup>1</sup>, Gilma Marjorie Oseguera<sup>1</sup>, Victoria Fernanda Zelaya<sup>1</sup>, Andrea Gisselle Guifarro<sup>1</sup>, Karla Leticia Monge<sup>1</sup>, May Len Quan Gálvez<sup>1</sup>, Gabriela Murillo<sup>1</sup>, Gabriel Ortez<sup>1</sup>, Gexy Mendoza Hernández<sup>1</sup>, Melany Verónica Flores<sup>1</sup>, Lisbeth Madrid<sup>1</sup>, Mirna Hernández<sup>1</sup>, Nicolle Suazo<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana, Tegucigalpa, Honduras.

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

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

**7TL. TAPONAMIENTO CARDIACO.** Carlos Lizandro Morales Silva<sup>1</sup>, Manuel Armando Espinoza Rueda<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Medicina Interna, Hospital del Caribe, Hospital de Área de la Secretaría de Salud, Puerto Cortés, Honduras. <sup>2</sup>Medicina Interna, Cardiólogo Intervencionista, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

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

ecocardiográficos de taponamiento cardíaco, ecocardiograma control se observa separación de hojas pericárdicas de 22 mm, en menos de 12 horas aumentó a 27 mm dicha separación y colapso de cavidades cardíacas. TAC tórax presenta derrame pleural bilateral, infiltrado neumónico basal izquierdo, cardiomegalia grado IV. Se realizó ventana pericárdica, se extrajo 500 ml de líquido cetrino. Pro-BNP 143 pg/ml, FSP leucocitosis con neutrofilia y anemia leve, VIH negativo, serología influenza y COVID-19 negativos, creatinina 1.1mg/dl, citoquímica líquido pericárdico turbio, leucocitos 17850 cel/mm<sup>3</sup>, neutrófilos 83%, monocitos 11%, linfocitos 6%, proteínas 6mg/dl, Ziehl-Neelsen no BAAR, KOH-negativo, biología-molecular complejo M. Tuberculosis negativo, cultivo negativo, biopsia no neoplasia. **Recomendaciones:** Es importante la búsqueda etiológica de los derrames pericárdicos para orientar el tratamiento, aunque la mayoría siguen siendo idiopáticos. El manejo adecuado y oportuno del taponamiento cardíaco es imperativo para poder salvarles la vida a los pacientes.

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

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

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

**Antecedentes:** Existe un número creciente de casos de enfermedades cardíacas asociadas al consumo de bebidas energizantes, destacando las arritmias y los síndromes coronarios agudos. Estas contienen una variedad de sustancias, cuyo componente principal suele ser la cafeína. **Descripción del caso:** Masculino, 30 años, constructor, sin enfermedades previas ni medicamentos permanentes, consumidor de bebidas energizantes, aproximadamente 1.5 litros cada día, niega consumo de tabaco, alcohol y drogas psicoactivas. Presenta dolor precordial de un día, intenso, opresivo, continuo, que inició en reposo, sin atenuantes, acompañado de náuseas y diaforesis, sin irradiación. Al ingreso con PA 140/90 mmHg, FC y Pulso 118x<sup>1</sup>, SaO<sub>2</sub>: 94% sin oxígeno suplementario, alerta, sin ingurgitación yugular, corazón de ritmo regular, ruidos cardíacos de buena intensidad y tono, no soplos, pulmones sin alteraciones y extremidades sin edema. EKG inicial con ritmo sinusal, FC 108 por minuto, con elevación del Segmento ST de V2 a V5. Cambios consistentes en EKG control a las 4 horas. Exámenes iniciales reportan: Hb 17.3g/dL, GB 8.95 x10<sup>3</sup>/μL. Glicemia 118mg/dL, creatinina 0.84 mg/dL, AST 51 U/L, ALT 54 U/L, troponinas 854 ng/L (<40 ng/L: Negativo). Se maneja como síndrome coronario agudo con anticoagulación y terapia antiagregante, además de betabloqueantes y manejo del dolor con morfina. Se realizó ecocardiograma que evidencia diámetro del ventrículo izquierdo de 58mm y aquinesia de toda la pared septal y parte de la apical del ventrículo izquierdo, FEVI <30%, se concluye como cardiopatía isquémica con necrosis extensa de cara anterior. Se remite a cardiología para programar cateterismo ya que no puede comprar kit en este momento. **Conclusión:** Basado en reportes de múltiples casos y estudios observacionales, el consumo de bebidas energizantes solas o en combinación con otras sustancias se considera un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, por tanto, debemos enfatizar el abandono de estas bebidas en nuestros pacientes.

**10TL. INFARTO EN PACIENTE JOVEN POR CONSUMO DE METANFETAMINAS.** Luis Alfredo Rodríguez Castellanos<sup>1</sup>, Marlen Abigail Cruz Joya<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Médico Especialista en Medicina Interna, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

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

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

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

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

área valvular 0.2 cm<sup>2</sup>, FEVI 40%, riesgo quirúrgico alto. Caso-4. Femenina, 78 años, con hipertensión, hospitalizaciones frecuentes por insuficiencia cardíaca refractaria, con EAS: área valvular 0.8 cm<sup>2</sup>, FEVI 60%, riesgo quirúrgico intermedio. Las prótesis utilizadas fueron: Medtronic Evolut-R #26, Evolut-R #34, Evolut-Pro #29 y Boston-Scientific Acurate-Neo2-M, respectivamente. **Conclusión:** El tratamiento con TAVI es actualmente el tratamiento de elección en EAS, favoreciendo al paciente: menor mortalidad, mejoría de síntomas y calidad de vida, menor re-hospitalización, estrategia mínimamente invasiva, recuperación rápida. La selección y planeación adecuada por un experto son fundamentales para el éxito del procedimiento.

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

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

**13TL. TROMBOSIS NEONATAL SEVERA SECUNDARIA A DEFICIENCIA DE PROTEÍNA C y S.** Karen Carrasco<sup>1</sup>, José Antonio Samra<sup>2</sup>, Ligia Fu<sup>3</sup>, Gerardo Castro<sup>4</sup>, Douglas Varela<sup>5</sup>. <sup>1</sup>Residente de Pediatría Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). <sup>2</sup>Coordinador académico del posgrado de Pediatría UNAH, Tegucigalpa. <sup>3</sup>Hematooncóloga, Hospital Escuela (HE), Tegucigalpa. <sup>4</sup>Cuidados Paliativos, HE. <sup>5</sup>Neurólogo, HE, Tegucigalpa, Honduras.

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

**14TL. INMUNODEFICIENCIA COMBINADA SEVERA ASOCIADA A INFECCIONES RESPIRATORIAS RECURRENTES.** José Antonio Samra<sup>1</sup>, Melissa Martinez<sup>2</sup>, Nelsi Barrera<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Coordinador académico posgrado pediatría<sup>1</sup> de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Tegucigalpa, Honduras. <sup>2,3</sup> Médicos Residentes de Pediatría, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

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

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

**15TL. ATRESIA DE VÍAS BILIARES E INFECCIÓN CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS.** Glenda Rivera<sup>1</sup>, José Samra<sup>2</sup>, Tonantzin Padilla<sup>3</sup>, Gerardo Castro<sup>4</sup>, Pamela Zacasa<sup>5</sup>. <sup>1</sup>Residente de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). <sup>2</sup>Coordinador Postgrado Pediatría, UNAH. <sup>3</sup>Gastroenteróloga Pediatra, Hospital Escuela (HE). <sup>4</sup>Cuidados Paliativos, HE. <sup>5</sup>Infectóloga Pediatra, HE, Tegucigalpa, Honduras.

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

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

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

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

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

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

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

Claudia Lorena Fuentes Umaña<sup>1</sup>, José Antonio Samra Vásquez<sup>2</sup>, Jesús Alberto Pineda García<sup>3</sup>, David Roberto Díaz<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). <sup>2</sup>Facultad de Ciencias Médicas (FCM). <sup>3</sup>Hospital Escuela, Servicio de Pediatría. <sup>4</sup>Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Pediatría, Tegucigalpa, Honduras.

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

**19TL. MORTALIDAD Y MORBILIDAD DEL VIRUS DEL DENGUE EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL IHSS.** Ana Polette Valeriano<sup>1</sup>, José Antonio Samra<sup>2</sup>, Gaspar Rodríguez<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Residente de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). <sup>2</sup>Coordinador Académico del Postgrado de Pediatría, UNAH. <sup>3</sup>Nefrólogo Pediatra y Epidemiólogo, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

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

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

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

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

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

## 21TL. HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS.

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

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

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

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

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

## 22TL. INTOXICACIÓN POR RODENTICIDAS.

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

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

**Conclusiones:** El conocimiento de agentes tóxicos y síntomas

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

**23TL. NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SAN PEDRO SULA.** Martha Consuelo Norris Mencías<sup>1</sup>, Christian Moisés Toledo Pineda<sup>1</sup>, Maritza Lizeth Vargas Vaquiz<sup>1</sup>, Daniel Edgardo Vásquez Inestroza<sup>1</sup>, Michelle Odalys Díaz Escobar<sup>1</sup>, Ramón David Caballero Inestroza<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Doctores en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula, Profesionales independientes, San Pedro Sula, Honduras.

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

**24TL. SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO EN PEDIATRÍA.** Josué Reyes<sup>1</sup>, Claudia Fuentes<sup>2</sup>, Sindy Aguilar<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Residente Cuidados Intensivos Pediatría. <sup>2</sup>Pediatra, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán. <sup>3</sup>Intensivista Pediatra, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, Honduras.

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

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

**25TL. SÍNDROME DE NICOLAU EN PEDIATRÍA.** Josué Reyes<sup>1</sup>, Claudia Fuentes<sup>2</sup>, Sindy Aguilar<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Residente de Cuidados Intensivos Pediatría. <sup>2</sup>Pediatra, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras. <sup>3</sup>Intensivista Pediatra, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, Honduras.

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

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

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

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

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

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

**28TL. GRANULOMA ANULAR ELASTOLÍTICO DE CÉLULAS GIGANTES EN PIEL NO FOTOEXPUERTA.** Varinia Eunice Urrutia Croasdaile<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Dermatóloga, Hospital del Caribe, Puerto Cortés, Honduras.

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

### 29TL. ABANDONO DE TERAPIAS NUTRICIONALES EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN PUERTO CORTÉS, HONDURAS. Kathia Joaquina García Martínez<sup>1</sup>.

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

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

### 30TL. EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE PACIENTE EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA OBESIDAD. Kathia Joaquina García Martínez<sup>1</sup>.

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

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

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

### 31TL. TROMBOEMBOLIA BILATERAL PULMONAR EN NIÑO CON VIRUS INFLUENZA. Pastora Xiomara Hernández Enríquez<sup>1</sup>, Giselle Aguilar Sabillón<sup>2</sup>, Raúl Anariba<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Residente Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula. <sup>2,3</sup>Pediatra Intensivista, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

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

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

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

Angélica Sarahí Urquía García<sup>1</sup>, Manuel Sierra<sup>1</sup>, Yessica Vargas<sup>2</sup>, Lina Carrasco<sup>3</sup>, Sara Rivera<sup>1</sup>, Douglas Varela<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana (FCS-UNITEC). <sup>2</sup>Medicina Física y Rehabilitación, CEUTEC, FCS-UNITEC. <sup>3</sup>Psicología, FCS-UNITEC. <sup>4</sup>Servicio de Neurología Pediátrica, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

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

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

Angélica Sarahí Urquía García<sup>1</sup>, Manuel Sierra<sup>1</sup>, Yessica Vargas<sup>2</sup>, Lina Carrasco<sup>3</sup>, Sara Rivera<sup>1</sup>, Douglas Varela<sup>4</sup>. <sup>1</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana (FCS-UNITEC). <sup>2</sup>Medicina Física y Rehabilitación, CEUTEC, FCS-UNITEC. <sup>3</sup>Psicología, FCS-UNITEC. <sup>4</sup>Servicio de Neurología Pediátrica, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

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

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

Gisela Fontecha<sup>1</sup>, Ada Yosleny García<sup>2</sup>, Karla Matamoros<sup>3</sup>, Pedro Luis Jiménez<sup>4</sup>, José Gaspar Rodríguez<sup>5</sup>. <sup>1</sup>Pediatra, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). <sup>2</sup>Epidemióloga. <sup>3</sup>Pediatría, UNAH. <sup>4</sup>Doctor en Medicina y Cirugía UNAH. <sup>5</sup>Nefrólogo Pediatra y Epidemiólogo, IHSS, Tegucigalpa, Honduras.

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

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

**35TL. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ATENDIDAS EN LA EMERGENCIA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL ENRIQUE AGUILAR CERRATO.** Dolores Alejandra Orellana<sup>1</sup>, Manuel Antonio Sierra Santos<sup>2</sup>, Edda Carlota Escobar Galindo<sup>3</sup>. <sup>1,2,3</sup> Doctor en Medicina y Cirugía. <sup>2</sup>Epidemiólogo, Doctorado en Salud Pública Tropical y Enfermedades Infecciosas, Docente Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC). <sup>3</sup>Pediatra, Tegucigalpa, Honduras.

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

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

**36TL. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES MENTALES EN ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.** Andrés Aldair Pineda<sup>1</sup>, Belkis María Ramírez Aguilar<sup>1</sup>, Carlos Jah Munguía<sup>1</sup>, Diego David Rápalo<sup>1</sup>, Etni Ballesteros<sup>1</sup>, Félix Wilfredo Soto Herrera<sup>1</sup>, Fernando Javier Ochoa del Cid<sup>1</sup>, Genevieve Alejandra Salgado Reyes<sup>1</sup>, Hallan Emmanuel Chiu Gómez<sup>1</sup>, Heily Alessandra Aguilar Arias<sup>1</sup>, Josué Daniel Balladares Prado<sup>1</sup>, Josué Ismael Aguilar Quiñonez<sup>1</sup>, Marcelo Roney Vásquez Rodríguez<sup>1</sup>, María Fernanda Pérez García<sup>1</sup>, Valeria Tais Discua<sup>1</sup>, Manuel Antonio Sierra Santos<sup>2</sup>, René Mauricio Gonzales<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Estudiante de Salud Pública II, Tercer Año de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. <sup>2</sup>Doctor en Medicina y Cirugía, Máster en Salud Pública, Doctorado en Salud Pública y en Enfermedades Infecciosas, Profesor Titular III, Docente Salud Pública II, Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. <sup>3</sup>Licenciado en Informática, Profesor Auxiliar, Docente Informática, Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

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

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

**37TL. ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.** Andrés Aldair Pineda<sup>1</sup>, Belkis María Ramírez Aguilar<sup>1</sup>, Carlos Jah Munguía<sup>1</sup>, Diego David Rápalo<sup>1</sup>, Etni Ballesteros<sup>1</sup>, Félix Wilfredo Soto Herrera<sup>1</sup>, Fernando Javier Ochoa del Cid<sup>1</sup>, Genevieve Alejandra Salgado Reyes<sup>1</sup>, Hallan Emmanuel Chiuz Gómez<sup>1</sup>, Heily Alessandra Aguilar Arias<sup>1</sup>, Josué Daniel Balladares Prado<sup>1</sup>, Josué Ismael Aguilar Quiñonez<sup>1</sup>, Marcelo Roney Vásquez Rodríguez<sup>1</sup>, María Fernanda Pérez García<sup>1</sup>, Valeria Tais Discua<sup>1</sup>, Manuel Antonio Sierra Santos<sup>2</sup>, René Mauricio Gonzales<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Estudiantes de Salud Pública II, Tercer Año de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. <sup>2</sup>Doctor en Medicina y Cirugía, Máster en Salud Pública, Doctorado en Salud Pública y en Enfermedades Infecciosas, Profesor Titular III, Docente Salud Pública II, Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. <sup>3</sup>Licenciado en Informática, Profesor Auxiliar, Docente Informática, Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

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

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

**38TL. PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPIO DE DOLORES, COPÁN, HONDURAS.** Engels Alexis Sandoval Coello<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Doctor en Medicina y Cirugía, Médico Epidemiólogo, Copán, Honduras.

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

**39TL. REGISTRO MÉDICO ELECTRÓNICO DE CÓDIGO ABIERTO Y GRATUITO EN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN HONDURAS.** Esohe Iyamu-Osagiede<sup>1</sup>, Fernando Villatoro Rodríguez<sup>2</sup>, Karla López Bustillo<sup>3</sup>, Amanda Metcalf<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Doctor en Medicina Familiar, <sup>1,2</sup>Asociación Clínicas Betania, Siguatepeque. <sup>3</sup>Médico Independiente, San Pedro Sula, Cortés. <sup>4</sup>Enfermera en Medicina Familiar.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**44TL. HERPES ZÓSTER FACIAL, IMPLICACIÓN INUSUAL.** Abner Bladimir Baquedano Ordoñez<sup>1</sup>, Katia Aguilar Gutiérrez<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Médico en Servicio Social, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). <sup>2</sup>Servicio de Dermatología, Hospital Escuela, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

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

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

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

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

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

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

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

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

**47TL. CONOCIMIENTOS SOBRE EPILEPSIA EN DÍA DE LA EPILEPSIA 2024 EN EL HOSPITAL MARIO CATARINO RIVAS.** Andrea Michell Soto<sup>1</sup>, Carlos Alberto Martínez<sup>1</sup>, Dessire Berenice Pavón<sup>1</sup>, Dixiana Abigail Maradiaga<sup>1</sup>, Justin Xavier Reyes<sup>1</sup>, Libny Jazmín Perdomo<sup>1</sup>, Lizzie Nicole Alcerro<sup>1</sup>, María José Medina<sup>1</sup>, Nohely Mariel Portales<sup>1</sup>, Rafael Antonio Regalado<sup>1</sup>, Arnold René Thompson Cerna<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Estudiante de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Valle de Sula (UNAH-VS). <sup>2</sup>Profesor de Neurología, UNAH-VS, San Pedro Sula, Honduras.

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

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

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

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

Christian Eduardo Fernández Espinoza<sup>1</sup>, Carlos Lizandro Morales Silva<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Doctor en Medicina y Cirugía. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Interna, Endoscopía Digestiva Diagnóstica y Terapéutica. Hospital de Área, Hospital del Caribe, Puerto Cortés, Honduras.

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

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

Beatriz Otero<sup>1</sup>, Gaspar Rodríguez<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Psicóloga y Máster en Psicología de la Salud, Cuba, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). <sup>2</sup>Nefropediatra y Epidemiólogo, IHSS, San Pedro Sula, Honduras.

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

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

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

María Fernanda Cruz<sup>1</sup>, Marina Isabel Flores<sup>1</sup>, Ada Mercedes Barrientos<sup>1</sup>, Ninoska Alejandra García<sup>1</sup>, Carlos Iván Barahona<sup>1</sup>, Sara Eloísa Rivera Molina<sup>2</sup>, Manuel Antonio Sierra<sup>2</sup>, Juan Pablo Bulnes Vides<sup>2</sup>. <sup>1</sup> Doctor en Medicina y Cirugía, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC). <sup>2</sup>Docente Investigador UNITEC, Tegucigalpa, Honduras.

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

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

**51TL. PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA GENERALIZADA AGUDA NO ASOCIADO A FÁRMACOS EN PACIENTE PEDIÁTRICO.** Rafael Andree Sánchez Maldonado<sup>1</sup>, Delmis Ibeth Calidonio Fuentes<sup>1</sup>, Claritza Rosales<sup>1</sup>, Joyner Estefanía Rosales Lemus<sup>2</sup>, Scarleth Paola Vásquez Reconco<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Doctor en Medicina y Cirugía, Hospital de Puerto Cortés. <sup>2</sup>Internado Rotatorio Médico de UNAH-VS. <sup>3</sup>Pediatra, Hospital de Puerto Cortés, Honduras.

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

**52TL. INSEMINACIÓN ARTIFICIAL.** Eduardo Antonio Bueso<sup>1</sup>, Héctor Gutiérrez<sup>2</sup>, Keren Serrano<sup>3</sup>, Genevieve Turcios<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Ginecología y Medicina Reproductiva. <sup>2</sup>Microbiólogo. <sup>3</sup>Ginecología. <sup>4</sup>Doctor en Medicina y Cirugía, Hospital Del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

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

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

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

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

## RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL) PRESENTACIÓN MODALIDAD PÓSTER

**54TL. TUMORACIÓN INTRALUMINAL COLÓNICA EN UN NIÑO.** Juan Carlos Henríquez Tábor<sup>1</sup>, Giovanni Humberto Marie Aguilar<sup>2</sup>, Norma Suyapa Oviedo Martínez<sup>3</sup>, Luis Enrique Jovel Banegas<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Residente Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula. <sup>2,3</sup>Cirugía Pediátrica, Hospital Mario Catarino Rivas (HMCR). <sup>4</sup>Gastroenterología Pediátrica, HMCR, San Pedro Sula, Honduras.

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

**55TL. EXPERIENCIA EN CLÍNICA AMBULATORIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS: UNA ALTERNATIVA HACIA EL FORTALECIMIENTO Y MANEJO INTEGRAL.** María Alejandra Ramos Guifarro<sup>1</sup>, Odalis Janeth Cerrato Bautista<sup>2</sup>, Sinaí Ríos Ramos<sup>3</sup>, Francis Alejandra Díaz Fonseca<sup>3</sup>, Greysi Maricela López Pineda<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Endocrinóloga, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela (SE-HE). <sup>2</sup>Especialista en Medicina Interna, SE-HE. <sup>3</sup>Doctor en Medicina y Cirugía, SE-HE. <sup>4</sup> Doctor en Medicina y Cirugía, Medicina Podiátrica, SE-HE, Tegucigalpa, Honduras.

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

**56TL. MUCORMICOSIS RINOSINUSAL Y MAXILAR EN HUÉSPED INMUNOSUPRESO.** Alejandra María Ferrera Reyes<sup>1</sup>, Luis Alfredo Rodríguez Castellanos<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Residente Posgrado de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Interna, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**60TL. ACRODERMATITIS ENTEROHEPÁTICA EN UN NIÑO.** Zamir Duarte<sup>1</sup>, Wilmer Madrid<sup>2</sup>, Jorge Villacorta<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Residente de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula. <sup>2</sup>Neumólogo Pediatra, Hospital Mario Catarino Rivas (HMCR). <sup>3</sup>Pediatra HMCR, San Pedro Sula, Honduras.

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

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

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

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

**62TL. ESPONDILODISCITIS POR BRUCELOSIS.** Sharon Hefzi-Ba Pineda Guevara<sup>1</sup>, Daniel Zelaya<sup>2</sup>. <sup>1,2</sup> Residente de Medicina interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula (UNA-VS), San Pedro Sula, Honduras.

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

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

**63TL. PENTALOGÍA DE CANTRELL.** Evelin J. Santos<sup>1</sup>, Dacia S. Zavala<sup>1</sup>, Juan R. Guerrero<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Residente de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula. <sup>2</sup>Cardiólogo Pediatra, Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**68TL. SÍNDROME DE GUILLIÁN BARRÉ ATÍPICO.** Vilma Alejandra Gómez Lara<sup>1</sup>, Carlos José Melgar Díaz<sup>1</sup>, Kathleen Verenice Nolasco Ferrera<sup>1</sup>, Jorge Martín Beltrán Lima<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Residente de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula, San Pedro Sula, Honduras.

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

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

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

**70TL. ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS ANTI-NMDAR. SERIE DE CASOS.** Scarleth Velásquez<sup>1</sup>, Kevin Díaz<sup>1</sup>, Marco Luque<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Residente de Cuidados Intensivos Pediátricos, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. <sup>2</sup>Infectólogo Pediatra, Hospital Escuela, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

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

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

**71TL. SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE, CAUSA DE ESTADO CONVULSIVO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.** Claudia Fuentes<sup>1</sup>, Josué Reyes<sup>2</sup>, Wendy Urbina<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Pediatra, Hospital Regional de Occidente, Santa Rosa de Copán. <sup>2</sup> Residente Intensivos Pediatra, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, Honduras. <sup>3</sup>Intensivista Pediatra, Instituto Hondureño de Seguridad social, Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** El Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible (PRES) es una entidad clínica-radiológica con presentación neurológica, descrita por primera vez en el año de 1996 y asociada a la presencia de lesiones cerebrales que afectan sobre todo a la sustancia blanca de las regiones posteriores, observándose a través de resonancia magnética cerebral, siendo muy frecuente en niños con insuficiencia renal en hemodiálisis. **Descripción del caso:** Adolescente masculino de 16 años de edad, con antecedente de glomerulonefritis endocapilar crónica diagnosticada a los 4 años de edad, con deterioro progresivo de función renal en últimos meses, asiste a la emergencia con historia de episodio convulsivo tónico generalizado de más o menos 10 segundos de duración, sialorrea y oculogiros, presentando un total de 6 episodios con mismas características clínicas durante 5 horas, al evaluarlo con Glasgow 14/15, pupilas isocóricas reactivas, disartria, episodios frecuentes de agitación, tensión arterial 200/120 mmHg PAM 146 mmHg. Resonancia magnética cerebral: múltiples áreas de isquemia distribuidas en cerebelo y corteza occipital. NUS 68mg/dl, creatinina 8.4mg/dl, TFG 9.6ml/min/m<sup>2</sup>. **Recomendaciones:** PRES es una enfermedad benigna y mayoritariamente reversible, explicado por dos teorías, una de ellas por un aumento rápido y severo de presión arterial generando una falla en la autorregulación del flujo sanguíneo

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

**72TL. SÍNDROME DEL ÁNGULO PONTocerebeloso DERECHO SECUNDARIO A SCHWANNOMA DEL NERVI0 ACÚSTICO.** Sonya Denise Díaz<sup>1</sup>, Daysi Nicolle Umanzor<sup>2</sup>, Olga María Suazo Suazo<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital Escuela, Emergencia Unificada, Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Región Sanitaria Departamental de La Paz, Honduras.

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

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

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

**74TL. MÁS ALLÁ DEL VIH, EL OBJETIVO DE LA REHABILITACIÓN.** Nadia Cubas-Vega<sup>1,2</sup>, Eligia González Gómez<sup>1</sup>, Jessica Henríquez Miranda<sup>1</sup>, Tatiana Martínez Lozano<sup>1</sup>, Digna Alejandra Díaz<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Médico Residente de segundo año de Medicina de Rehabilitación, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. <sup>2</sup>Máster en Enfermedades Tropicales e Infecciosas. <sup>3</sup>Médico Asistencial Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Centro Especializado de Medicina Física y Rehabilitación, San Pedro Sula, Honduras.

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

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

**75TL. DEFECTO INNATO DE LA GLICOSILACIÓN POR PGM3 PATOLÓGICO EN LACTANTE MAYOR CON INFECCIONES RESPIRATORIAS RECURRENTE.** Julio Ortega<sup>1</sup>, Wilmer Madrid<sup>2</sup>, Carol Zúniga<sup>2</sup>, Gabriela Rivera<sup>3</sup>, Flory Cáliz<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Pediatra, Neumología pediátrica. <sup>2</sup>Pediatra, Neurología Pediátrica, Alta especialidad en Neurogenética. <sup>3</sup>Residente de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula, San Pedro Sula, Honduras.

**Antecedentes:** La alteración congénita de la glicosilación *PGM3*, también conocida como deficiencia de *AGM1* o deficiencia de N-acetilglucosamina-fosfato mutasa 1, es un proceso hereditario de gravedad y sintomatología variable que afecta principalmente al sistema inmunitario, pero puede afectar a otras áreas. Se desconocen datos en Honduras sobre defectos innatos de la glicosilación en el gen *PGM3*. **Descripción del caso:** Paciente femenina, 17 meses de edad, sin factores perinatales de riesgo, no consanguinidad, con retraso en el neurodesarrollo, sedestación; 7 meses, deambulación asistida, infecciones respiratorias recurrentes que han requerido múltiples hospitalizaciones y en una ocasión intubación endotraqueal, sin observar mejoría pese a tratamientos. El síntoma principal de la paciente es la disnea y los secundarios tos y fiebre. Signos vitales: FC: 132 lpm, FR: 48 rpm, T: 37 C, PA: 98/60 mmHg, O<sub>2</sub>Sat: 90%. Al examen físico: evidente distrés respiratorio, uso de músculos accesorios, tiraje intercostal, subcostal y aleteo nasal. Auscultación: presencia de sibilancias en toda la fase espiratoria en todos los campos pulmonares. Resto del examen físico normal. Hemograma, pruebas hepáticas, renales, electrolitos, tiempos de coagulación fueron normales. Ultrasonido abdominal total normal, ecocardiograma normal, rayos x tórax que mostraba datos de atrapamiento aéreo, por lo cual se realiza panel genético para inmunodeficiencias primarias, discinesias primarias y fibrosis quística confirmando diagnóstico de trastorno de la glicosilación en el gen *PGM3* de

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

**76TL. SÍNDROME DE HERLIN-WERNER WUNDERLICH. HALLAZGO INCIDENTAL EN AUTOPSIA FORENSE.** Marlon S. Lizama<sup>1</sup>, Milgjan Susana Ponce<sup>2</sup>. <sup>1,2</sup>Doctor en Medicina y Cirugía. Residente de Posgrado de Medicina Legal y Forense Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.

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

**77TL. DECAPITACIÓN SECUNDARIA A ACCIDENTE DE TRÁNSITO.** Alejandra Marcela Ventura Hernández<sup>1</sup>, Neidy Lili Iscano<sup>2</sup>, Ileana Paola Ramírez<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Médica Especialista en Medicina Legal y Forense y Máster en Criminalística. <sup>2</sup>Residente del Postgrado de Medicina Legal y Forense, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

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

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

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

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