

RESUMENES DE TRABAJOS LIBRES

TL1- EVOLUCIÓN E INNOVACIÓN DE LA SECCIÓN DE INTEGRACIÓN MÉDICA UCR, UNA REALIDAD CENTROAMERICANA EN SIMULACIÓN CLÍNICA EN TIEMPOS DE COVID-19. Jean Carlo Segura Aparicio¹, Lizbeth Salazar Sánchez². ^{1,2} Doctor en Medicina, Universidad de Costa Rica.

Antecedentes. La concepción de la Sección de Integración Médica (SIM) empieza en el año 2015, cuando la directora Lizbeth Salazar Sánchez comienza el proceso de construcción del Edificio Anexo de la Escuela de Medicina (EM). Dicho proyecto conllevó la planificación, búsqueda de recursos económicos y diseño del espacio. Este esfuerzo se ve recompensado con el inicio de obras a principios del año 2016 y su inauguración a finales del 2017. **Descripción de la experiencia.** La formalización de la SIM ha significado innovación y evolución en los 4 años de su existencia. Los primeros pasos constituyeron en capacitar al equipo docente, empleo de las instalaciones e inventario de simuladores. Además, cada procedimiento se ejecutó con el acompañamiento de centros de referencia a nivel latinoamericano. Después, se creó el Laboratorio de Simulación Clínica dentro de la EM, el cual brindó actividades y talleres de participación voluntaria para el estudiantado. Sin embargo, durante la pandemia por la COVID-19, se enfrentó a un proceso complejo en la formación médica debido al cierre de los campos clínicos hospitalarios en Costa Rica. Lo anterior generó el desarrollo de varias estrategias por parte del equipo SIM para lograr mejorar las condiciones académicas. Por ejemplo: incorporación en los programas académicos de las actividades del laboratorio, confección de un organigrama por moléculas de equipos de trabajo, un desarrollo -físico y virtual- de las instalaciones y el aumento de la capacidad humana interprofesional. Todas las medidas anteriores y sus efectos permiten que, en el año 2021, se reconozca como “Sección” en los estatutos administrativos de la EM de la UCR. **Lecciones aprendidas.** La principal lección ha sido la perseverancia, a pesar del gran apoyo inicial. Asimismo, se debe continuar con el crecimiento en acción social, investigación y docencia para consolidar un elemento “nuevo” dentro de la estructura de la Escuela de Medicina referente del país.

TL2- CAMBIO DE COLOR ARLEQUIN EN UN NEONATO POSITIVO A COVID-19: REPORTE DE CASO. Esther Pinel¹, Julian Martinez¹, Olman Gradis¹, Mario Santamaría¹, Israel Duron¹, Rafael Pinel² Facultad de Medicina y Cirugía general, Universidad Católica de Honduras, Tegucigalpa Honduras. ²Pediatra intensivista, Hospital General del Sur, Choluteca, Honduras

Antecedentes El cambio de color Arlequín (HCC), un fenómeno raro, benigno y autolimitado aparece como episodios súbitos y transitorios de un eritema que aparece como una línea media dividiendo los dos hemicuerpos. Etiología desconocida. **Descripción del caso:** Hijo de madre de 34 años, con obesidad tipo 2, diabetes gestacional, y preeclampsia leve. Parto vaginal, espontáneo, 37 semanas, producto de 3,785gr, apgar 6 y 9. A las 3 horas de vida presenta dificultad respiratoria progresiva con quejido y cianosis. Se ingresa a unidad de cuidados intermedios. 20hrs después, exacerbación de la dificultad respiratoria, Silverman Anderson de 6, signos de bajo gasto y cambios vasomotores; hiperemia franca del hemicuerpo izquierdo, y palidez contralateral, compatible con HCC. Rayos X de tórax: Disminución difusa de la translucidez pulmonar en patrón de vidrio esmerilado; pH 7,1. Presión arterial media: 20. Se aplica cargas de volumen y dopamina. Intubándose con ventilación mecánica. Hemodinamicamente estable con dificultad en obtener una saturación de oxígeno aceptable, con presión positiva al final

de la espiración de 10cms y presión media de 26cms para normalizar. Parámetros se mantienen por 72hrs y luego inicia descensos. Evolucionan a falla multiorgánica (5 sistemas), afectación neurológica, coagulación intravascular diseminada, transfundiéndose glóbulos rojos empaquetados y plasma fresco; oliguria con creatinina de 1,8mg y transaminasas alteradas. Día 12, hemodinamicamente estable, con uso de esteroides y diuréticos se logra la extubación, quedando con abundantes secreciones bronquiales; a pesar de kinesioterapia, nebulizaciones continuas, y antibióticos, evoluciona con atelectasias múltiples cambiantes. Cuarto día post extubación, resultado de RT-PCR positivo por COVID-19. Aportando medidas de soporte debido al mal pronóstico neurológico, falleciendo 48 horas después, a los 22 días de vida, por falla respiratoria. Serología negativa en bebe y madre. **Conclusión** Es importante que los médicos reconozcan el HCC para evitar investigaciones innecesarias. El COVID-19 neonatal es infrecuente y raramente sintomática.

TL3- ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA, HOSPITAL DOCTOR MARIO CATARINO RIVAS. REPORTE DE UN CASO. Ricardo José Caraccioli Cerros,¹ Elvin Roy Fajardo Enamorado,² Perla Rubí Tróchez Ortega³, Medico General, Hospita¹ Leonardo Martinez;¹ Medico General, Hospital Naciona¹ Doctor Leonardo Martinez;² Medico General, Practica Profesional Independiente.³

Antecedentes: La Aspergilosis es una infección producida por hongos (Aspergillus), el cual se encuentra en superficies, plantas, agua y en aire en forma de esporas, es frecuente su inhalación. Constituye la infección micótica oportunista más frecuente del pulmón, elevando la mortalidad de pacientes en estado de inmunosupresión. Sus manifestaciones clínicas; tos, fiebre, disnea, cefalea, escalofríos. **Descripción del Caso:** Paciente femenina de 25 años ingresa al Hospital Mario Catarino Rivas (2020), con historia de fiebre (38.0C) de una semana evolución, disfagia, odinofagia, astenia, adinamia, hiporexia y tos de 3 días de evolución al inicio seca, posteriormente productiva, con expectoración blanquecina y disnea leve. Signos vitales al ingreso: P/A= 100/60 mm Hg, FC=96 latidos por minuto, FR= 22 respiraciones por minuto, T= 38.0C, el examen físico describe; hipertrofia amigdalar bilateral, hiperemias, sin pústulas, el resto de sistemas sin alteración. Antecedentes Patológicos; Hipertiroidismo: en tratamiento con Metimazol (no recuerda dosis) y Epilepsia: Fenitoina 100 mg cada 8 horas. Los exámenes de laboratorio al ingreso; Hemograma: anemia normocítica normocrómica, Hemoglobina 7g/dL, leucopenia de 2500, linfocitos 70% y neutrófilos 9% que llama la atención. Radiografía de Tórax: Derrame Pleural leve, 48 horas después; la paciente presenta taquipnea, pulsioximetría 72% y fiebre de 40° C. El servicio de Infectología describe: Fiebre de origen desconocido, diagnostica neumonía y sugiere Aspirado de medula ósea para descartar inmunosupresión por resultado de hemograma, tratamiento; Imipenem, Linezolid, Fluconazol inicial y 24h posterior se cambia a Voriconazol. Los resultados del Aspirado de medula; Linfoma Linfoplasmocítico, Cultivo; hongos en esputo, se observan hifas, Hemocultivo periférico para hongos: Aspergillus spp. **Conclusión/Recomendación;** Pacientes con sintomatología pulmonar, con antecedentes o hallazgos sugestivos de inmunosupresión, siempre pensar en infección por Aspergillus, ya que, en estos casos, es la primera causa de neumonía con mortalidad del 90%, infección poco frecuente, pero al desarrollarse es mortal.

TL4- ENDOMETRIOSIS CERVICAL SUPERFICIAL: REPORTE DE CASO. Daphne Larissa Espinoza Pinel¹, Carlos Fernando Avilez Soto² ¹La Policlínica, especialista en Ginecología y Obstetricia.² Universidad Católica de Honduras, estudiante de séptimo año de Medicina y Cirugía

Antecedentes: la endometriosis se define como la presencia de glándulas endometriales y estroma en sitios extrauterinos. Es considerado un problema de salud pública, tanto por el incremento de casos,

como por la afectación en la calidad de vida de la paciente. La primera publicación de un caso de endometriosis cervical fue en 1928 por Fels. Su incidencia es del 0.1 –2.4 %. La sintomatología incluye: sangrado postcoital, manchado intermenstrual, dolor pélvico, menorragia, pero también hay pacientes asintomáticas. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente de 48 años con historia gineco-obstetra de gestas 3, partos 1, cesáreas 1, abortos 1 e hijos vivos 2, método de planificación dispositivo intrauterino hace 9 años, sin vida sexual activa, fecha de última menstruación 27 de Julio del 2020, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial e hipotiroidismo. Presenta historia de sangrado menstrual abundante, duración 4 días, flujo muy abundante, dismenorrea moderada. Al examen ginecológico se observa cérvix centrado, en región del exocervix en radio 11-12 se observa una lesión de 1 x 1 cms, violácea- rojiza, indurada, no sangrante, sésil, no dolorosa. El resultado de la biopsia excisional reporta presencia glándulas endocervicales y de tipo endometrial dilatadas, conteniendo macrófagos espumosos estroma compacto con congestión, edema y hemorragia reciente. Con diagnóstico final de endometriosis cervical, evolucionando satisfactoriamente sin complicaciones. **Conclusiones:** los síntomas de presentación de nuestro caso fue la dismenorrea moderada y sangrado menstrual abundante. Con una historia y un examen ginecológico cuidadoso se pudo detectar la lesión cervical, y posteriormente se consideró como diagnóstico diferencial una posible neoplasia a nivel cervical, siendo éste descartado con el reporte anatomopatológico.

TL5- HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO RECURRENTE Y PERSISTENTE POR PARATIROMATOSIS SECUNDARIA. Everardo Josué Díaz-López^{1,3}, Alejandro Ramírez-Izcoa^{2,3}, José Vinicio Velecela Abambari^{1,3}, Adalberto Infante-Amorós^{2,3} ¹Residente de Endocrinología ²Especialista en Endocrinología. ³ Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

Antecedentes. La paratiromatosis es una causa potencial de hiperparatiroidismo recurrente, descrita como múltiples nódulos de tejido paratiroideo benigno hiperfuncionante, constituye menos del 1% de los casos de hiperparatiroidismo recurrente y desde su descripción en 1975 se han reportado menos de 40 casos a nivel mundial. La forma de presentación en el hiperparatiroidismo primario es extremadamente rara, con alrededor de 20 casos informados en el literatura inglesa. En las bases de datos revisadas no se encontraron casos publicados en Latinoamérica. **Descripción.** Paciente femenina de 43 años, con hiperparatiroidismo primario de 18 años recurrente y persistente por paratiromatosis; actualmente con múltiples fracturas espontáneas y debut de enfermedad renal crónica. Se realizó paratiroidectomía de 6 glándulas previo a la identificación de las lesiones por estudios de imagen, en cuatro tiempos quirúrgicos en un periodo de 18 años, asociada a hemitiroidectomía derecha con hallazgo incidental de carcinoma papilar de tiroides. En el último ingreso con paratohormona sérica de 1000 pg/ml, calcio sérico de 3.9 mmol/L, fosforo sérico de 0.73 mmol/L. Se realizó paratiroidectomía inferior izquierda radioguiada obteniendo una glándula de 4.8 x 2.7 cm. El estudio anatomopatológico reportó tejido paratiroideo con proliferación de células oxifílicas con lesión limitada a la capsula. Posterior a la intervención quirúrgica los niveles de paratohormona descendieron en un 40% con normalización de calcio y fósforo sérico. Continua en seguimiento ambulatorio. **Conclusión.** El diagnóstico preoperatorio de la paratiromatosis sigue siendo un desafío aún con el advenimiento de nuevas técnicas de imagen, incluso después de 40 años desde que se describió. Falta de conocimiento sobre esta entidad puede resultar en intentos fallidos de control y erradicación de la enfermedad.

TL6-SÍNDROME DE TROMBOCITOPENIA Y AUSENCIA DE RADIO (TAR), TRINIDAD, SANTA BÁRBARA: REPORTE DE UN CASO, AÑO 2021. Perla Rubí Tróchez Ortega,¹ Elvin Roy Fajardo Enamorado.² ¹Médico General, Práctica Profesional Independiente; ²Médico General, Hospital Nacional Doctor Leonardo Martínez; San Pedro Sula.

Antecedentes: Trombocitopenia con ausencia de radio (TAR) es un defecto congénito caracterizado por ausencia completa, bilateral del radio y presencia del pulgar. Entre otras manifestaciones clínicas, puede presentar: macrocefalia, micrognatia, microstomía, persistencia del conducto arterioso, hipoplasia de metacarpianos, ausencia de dedos en manos, luxación de rodilla, linfedema, luxación congénita de cadera. La frecuencia es de 0.42/100,000 individuos y de etiología autosómica recesiva. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente femenina de 6 años de edad, procedente de Trinidad, Santa Bárbara. Al nacimiento (año 2015) la paciente presentó malformaciones en ambos miembros superiores y Petequias generalizadas con predominio en región lumbar; el resto del examen físico fue normal. A los 15 meses de edad fue diagnosticada con Púrpura Trombocitopénica Idiopática. Presentó un cuadro de epistaxis a los 23 meses de edad con trombocitopenia (plaquetas 9,000/uL) por lo que fue ingresada en el Instituto Hondureño de Seguridad Social. Al examen físico se describió: desviación medial de ambas manos, con primer dedo normal en ambos miembros superiores; radios ausentes a la palpación de ambos antebrazos, limitación en la pronación y supinación de ambas extremidades, miembro inferior izquierdo con desviación interna. No hubo evidencia clínica de enfermedad cardíaca congénita, el resto de sistemas sin alteración. La radiografía de ambos antebrazos mostró ausencia bilateral del radio. Se realizó cirugía para colocación de prótesis radial en ambas extremidades. Actualmente (año 2021), la paciente puede realizar movimientos de supinación, pronación y continua en seguimiento por trombocitopenia. El resultado del hemograma más reciente (Año 2020, marzo): Eritrocitos: 5.1 millones por milímetro cúbico, Hemoglobina: 13.1g/dL; Hematocrito: 39.7Vol%; Volumen Corpuscular Medio: 77.8femtolitros, Plaquetas: 91.000/uL, Glóbulos rojos nucleados: 0%. **Conclusión/Recomendación:** Estas manifestaciones y trombocitopenia pueden asociarse a varias causas. Se recomienda realizar estudios de imagen y sangre periférica a todo recién nacido que presente malformación y/o manifestaciones cutáneas, para realizar un diagnóstico oportuno.

TL7- SÍNDROME DE MANO DIABÉTICA TROPICAL: UNA PATOLOGÍA COMÚN PERO DESCONOCIDA. José Manuel Osorto Mejía¹, Sonia Yaneth Lovo Segovia², Oscar Daniel Osorto Mejía³. ¹Doctor en medicina y cirugía, UNAH, Hospital Puerto Lempira, Gracias a Dios; ²Doctor en medicina y cirugía, UNAH, Hospital Puerto Lempira, Gracias a Dios; ³Estudiante tercer año de medicina, UNICAH, Campus Sagrado Corazón de Jesús, Tegucigalpa M.D.C.

Antecedentes: Documentado en Estados Unidos en 1977. En África, en 1984, se menciona el término “Síndrome de Mano Diabética Tropical”. Su prevalencia oscila entre 8-67% (media 30%) en pacientes con diabetes tipo 1, 25-75% en pacientes con diabetes tipo 2 y de 1-20% en diabéticos debutantes. **Descripción del caso clínico:** Femenina de 22 años, procedente de Yumanta, Gracias a Dios, con diagnóstico Diabetes Mellitus 1 de 13 años de evolución. Acude el 10 de octubre de 2019 a la emergencia, por una úlcera sucia con base negruzca en el fondo y bordes, atribuye a “Sika” (crema antiséptica a base de hierbas y raíces), cambios inflamatorios 1er dedo mano derecha, hasta región tenar, 2do dedo y muñeca, 1 mes de evolución, estaba en tratamiento con insulina de acción prolongada, que abandonó 2 meses de haber iniciado. El 22 de enero de 2020, acudió a emergencias por secreción purulenta de absceso en mano derecha, afectando dorso y región palmar, cambios inflamatorios hasta 1/3 distal de antebrazo; glucometría de 365 mg/dL. Signos vitales: P/A: 130/80mmHg, F/C97x', O2 97%,

obesidad central, contorno de cara en semiluna, giba de búfalo, acantosis nigricans en cuello y axilas. Se realizan 2 intervenciones quirúrgicas, antibioticoterapia y tratamiento insulínico personalizado. 24 días intrahospitalarios, realizándose 2-3 curaciones diarias. No se realizó cultivo de secreción. Alta médica el 15 de febrero de 2020 con esquema insulínico y cita en consulta externa de endocrinología. Se utilizó la clasificación de Lawal et.al. para categorizar el grado de afectación y el enfoque terapéutico adecuado. Diagnósticos al alta: Diabetes mellitus tipo 1 compensada, Síndrome de mano diabética tropical grado I en resolución, Limitación de Movilidad Articular grado 2, Obesidad tipo 1. **Conclusiones:** La Diabetes Mellitus puede complicarse con el Síndrome de mano diabética tropical. El manejo agresivo temprano es crucial y un buen control metabólico para prevenir reincidencias. El cultivo de secreción es un estudio con poca o nula relevancia clínica. **Recomendaciones:** Una revisión rutinaria de las manos ayuda a prevenir esta patología. Se recomienda la clasificación de Lawal et. al. para decidir el tratamiento oportuno.

TL8- LEUCEMIA MEGACARIOBLASTICA AGUDA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE UN CASO. Clarissa Lizeth Aguilar Molina¹ Delmy Sarahi Velásquez Canales,² Carlos Fernando Rosales Ordoñez;³ ¹Médico Especialista en Oncología Pediátrica, Servicio Hemato-oncología Pediátrica, Hospital Escuela Universitario,² Doctora en Medicina y Cirugía de la Universidad Católica de Honduras³ Estudiante de Séptimo año de Medicina de la Universidad Católica de Honduras.

Antecedentes: La leucemia aguda megacarioblástica (LAMeg) es una enfermedad neoplásica maligna de la serie megacariocítica y constituye un subtipo de la leucemia aguda mieloblástica (LAM). La incidencia en la población infantil es de 3-10% de los casos de LAM. El inmunofenotipo es la piedra angular del diagnóstico y para ello se han designado anticuerpos monoclonales (AcMo) que reconocen antígenos megacariocíticos-plaquetarios, tales como el CD41 (gpIIb/IIIa), CD42b (gpIb) y el CD61 (gpIIIa). **Descripción del Caso:** Paciente femenina de 9 meses procedente de Intibucá; es referida al Hospital Materno Infantil por presentar fiebre persistente de 20 días de evolución sin mejoría acompañada de palidez generalizada. Se le realiza hemograma encontrándose glóbulos blancos: 72,800 células/mm³, hemoglobina: 5.4 g/dl plaquetas 21,000 células/mm³, LDH: 12,340 u/L. Al examen físico se palpa hepato-esplenomegalia sin adenopatías confirmando con USG. Se le realiza aspirado de médula ósea mostrando las siguientes características morfológicas: serie plaquetaria con 3% de mielocitos/metamielocitos 14% segmentados/cayados, 22% eritroides 8% linfocitos de aspecto maduros 2% monocitos 50% blastos de tamaño intermedio grande citoplasma ligeramente basófilo, activo con presencia de algunas prolongaciones núcleo cromatina laxa presencia de nucléolos 2-3. La citometría de flujo identificó población con propiedades positivas a CD61(34.64%), CD36(77.41%), CD42b (40.80%) y negativas CD33, CD13 CD117, HLA-DR, MPO, CD19, CD3, CD22, CD79a dando como diagnóstico LAMeg. El tratamiento recibido fue transfusiones, antibioticoterapia y esquema de inducción AHOPCA AML-2007 que consta de Filgastrim, cytarabina, mitoxantrone, metrotexate según esquema. Al ver “relativa mejoría” madre abandona el tratamiento agravando la enfermedad dando como resultado la muerte. **Conclusiones:** LAMeg es una enfermedad poco frecuente, de difícil diagnóstico, de mal pronóstico cuando no se detecta a tiempo y no hay buen apego al tratamiento. Se debe concienciar a los padres que, aunque haya mejorías se debe terminar el esquema terapéutico para mejorar la sobrevida.

TL9- ROTURA DE CÁNULA METÁLICA DE TRAQUEOTOMÍA COMO COMPLICACIÓN ATÍPICA. REPORTE DE CASO. Tanya Mejía¹, Dra. Clarissa Chinchilla², Dra. Diana Licon³, Dr. Javier Lagos.⁴ ¹Médico Residente Tercer Año Posgrado de Otorrinolaringología, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH. ²Médico Especialista en Otorrinolaringología, Clínica Los Andes; San Pedro Sula, Cortés, Honduras. ³Médico Especialista en Otorrinolaringología, Policlínica Hondureña, San Pedro Sula, Cortés; Honduras ⁴Médico Especialista en Otorrinolaringología, Hospital Escuela, MDC, Honduras.

Antecedentes. La traqueotomía es la apertura de un ostoma en la tráquea. Se utilizan cánulas de diferentes materiales (metal, policloruro de vinilo, silicona) y se puede producir una complicación tardía infrecuente como la fractura de la misma. Las cánulas de traqueotomías metálicas presentan áreas de mayor fragilidad como ser la unión entre la cánula y la placa del cuello, el extremo distal de la cánula y el sitio de la fenestración. El lugar más frecuente de fractura de la cánula es en la unión del tubo con la placa del cuello. La fractura se produce por las repetidas remociones y reinserciones de la endocánula que generan estrés mecánico y por las secreciones bronquiales alcalinas. Además de la falta de seguimiento de los pacientes y controles periódicos para recambio de la cánula. **Descripción del caso.** Hombre de 33 años con antecedente de escleroma respiratorio hace 10 años el cual posteriormente desarrolló estenosis laringotraqueal por lo cual se le realizó traqueotomía colocándole cánula Jackson (sin recambio de la misma) y que luego de ese tiempo se presenta a la emergencia de Otorrinolaringología con historia de presentar rotura de exocánula de 48 horas de evolución al realizar limpieza de endocánula. Posteriormente presentó dificultad para reinsertar endocánula y comienza con dolor, leve sangrado y edema periestomal. Se realizó infiltración y posterior resección del tejido de granulación que rodeaba el lugar de fractura de exocánula. Posteriormente se hizo recambio de cánula de metal por una nueva presentando dicho paciente buena evolución clínica. **Conclusiones.** La rotura de cánulas metálicas de traqueotomía es una complicación infrecuente que se puede evitar con el recambio periódico de dichas cánulas y con la limpieza adecuada por lo que es importante educar a dichos pacientes sobre los cuidados de la misma. Además, se debe dar seguimiento periódico de dichos pacientes.

TL10- ESTRIDOR LARÍNGEO PERSISTENTE: CAUSA INUSUAL DE OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA NEONATAL. REPORTE DE CASO. Dra. Tanya Mejía¹, Dr. Benjamín Cano², Dra. Iris Azaria García³ ¹Médico Residente Tercer Año Posgrado de Otorrinolaringología, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH. ² Médico especialista en Otorrinolaringología, Hospital Escuela; MDC, Honduras. ³Médico especialista en Otorrinolaringología, Hospital de Cabeza y Cuello; San Pedro Sula, Cortés, Honduras.

Antecedentes: Los quistes laríngeos son una rara malformación laríngea. Entre las malformaciones congénitas laríngeas se incluyen los quistes laríngeos congénitos, con una incidencia de 2 por cada 300.000 recién nacidos vivos. El quiste ductal representa el 75% de los quistes laríngeos congénitos. Se desarrollan más frecuentemente en la valécula. Estos quistes se pueden detectar desde el período prenatal alrededor de la semana 25 de gestación mediante signos indirectos como polihidramnios, hipoplasia pulmonar o compresión traqueal. La edad media de presentación son 2,5 meses (rango 2 días a 9 meses). El cuadro clínico y severidad de dicha patología va a estar determinado principalmente por el tamaño, la localización y la probable asociación con laringomalacia que puede contribuir al colapso de las vías respiratorias. A medida que se da el crecimiento del mismo se presenta distrés respiratorio y estridor progresivo, episodios de cianosis, apneas y dificultad para la alimentación **Descripción de caso clínico:** A continuación se reporta caso clínico de paciente de 21 días de vida quien presenta estridor laríngeo que persiste desde el nacimiento, el cual es progresivo de leve a severo, causando dificultad

respiratoria con disminución en la saturación, pero sin interferir con la alimentación y sin apnea, por lo que amerita intubación endotraqueal para asegurar vía aérea y se prepara para realizar laringoscopia directa en sala de operaciones, encontrando masa sospechosa de quiste laríngeo en región valécula, la cual se marsupializa bajo visión endoscópica. Se logra retirar tubo endotraqueal sin problemas y se consigue respiración normal con evolución satisfactoria, resolviendo completamente estridor laríngeo. **Conclusión:** Los quistes congénitos de valécula aunque son infrecuentes deben tenerse en cuenta al momento de evaluar un neonato o lactante con estridor laríngeo ya que puede tener consecuencias letales como muerte súbita si no se realiza un diagnóstico y tratamiento adecuado.

TL11- REPORTE DE CASO: ANEMIA COMO CAUSA DE TINNITUS PULSATIL Dinora Alemán Portillo¹, Ana Zavala Núñez¹, Javier Lagos Vasquez² ¹Médico Residente del postgrado de Otorrinolaringología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras. ²Médico Especialista de Otorrinolaringología, Hospital Escuela. Tegucigalpa Honduras

Antecedentes: El tinnitus pulsátil es un tipo de tinnitus en el que el sonido que percibe el paciente es sincrónico con los latidos cardíacos, generando una sensación molesta que repercute en su calidad de vida. Se ha encontrado una relación entre el tinnitus pulsátil y la anemia, pero se desconoce su prevalencia ya que son pocos los reportes de caso que la detallan, esto principalmente porque el tinnitus que causa es leve y puede pasar desapercibido. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente femenina de 33 años de edad con tinnitus pulsátil unilateral, hipoacusia derecha y vértigo, dichos síntomas incapacitando sus actividades diarias. Al examen físico se observó una otoscopia normal bilateral. En los exámenes de laboratorio se encontró una anemia microcítica hipocrómica y en la audiometría una hipoacusia sensorial derecha. Además, se le realizó el Test de incapacidad de tinnitus con un puntaje de 80 puntos que lo clasificaba como tinnitus catastrófico. Se le administró terapia oral con sulfato ferroso y ácido fólico durante un mes, mostrando una notable mejoría clínica con el aumento de la cifra de hemoglobina. Al realizar nuevamente el Test se obtuvo un puntaje de 4 pudiendo clasificarse como un tinnitus leve. **Conclusión:** Al ser el tinnitus un síntoma que afecta de manera importante la calidad de vida del paciente se considera de importancia reconocer la anemia como una causa poco frecuente de tinnitus pulsátil, ya que como pudimos observar en el presente caso, la calidad de vida del paciente mejora de manera considerable una vez se corrigen los valores de hemoglobina.

TL12- PARACOCCIDIOIDOMICOSIS COMO CAUSA DE ADENOPATÍA CERVICAL: PROPOSITO DE CASO. Wendy Karely Moncada Navas¹, Carlos Fernando Avilez Soto². ¹. Instituto Nacional Cardiopulmonar, especialista en Medicina Interna, Infectología y subespecialista en VIH/ SIDA, ². Universidad Católica de Honduras, estudiante de sexto año de Medicina y Cirugía

Antecedentes: la paracoccidiodomicosis es una enfermedad fúngica infecciosa, crónica, sistémica y progresiva causada por el hongo dimórfico: *Paracoccidioides brasiliensis*, afecta con mayor frecuencia las zonas rurales de Latinoamérica y en particular a los agricultores. En la variante aguda/ subaguda predomina la afectación del sistema fagocítico mononuclear destacándose la presencia de adenomegalias, hepato-esplenomegalia y manifestaciones digestivas. **Descripción del caso:** paciente con diagnóstico de VIH, tratado por tuberculosis meníngea en el 2015. Al examen clínico se observó adenopatía cervical dolorosa, de inicio insidioso que aumentó de tamaño con el tiempo. Presencia de convulsiones de 6 meses de evolución. Refirió haber presentado 25 semanas previo a la hospitalización odinofagia, disfagia y dificultad a la movilización del cuello. Concomitantemente presentaba fiebre

no cuantificada, de carácter intermitente, de 25 semanas de evolución, atenuándose con paracetamol; presencia de escalofríos, diaforesis, astenia, adinamia, anorexia, dolor abdominal, pirosis y pérdida de peso. Ante indicación de exámenes (biopsia excisional de ganglio cervical y cultivo para hongos y micobacterias) se reportó linfadenitis granulomatosa compatible con posible tuberculosis, revelando, además, microorganismos morfológicamente compatibles con Paracoccidioidomicosis “rueda en timón de barco” por lo cual se inició tratamiento con antifímicos y anfotericina B, evolucionando de forma satisfactoria. **Conclusiones:** la Paracoccidioidomicosis tiene síntomas de presentación inespecíficos que requieren una alta sospecha en zonas endémicas, especialmente si está asociada a manifestaciones cutáneo-mucosas y ganglionares. Esta enfermedad tiene un alto impacto en términos de morbilidad, mortalidad y costos para el sistema de salud si progresa a sus estadios avanzados, por lo cual, en grupos y ocupaciones de riesgo, debe tenerse en cuenta como una alternativa diagnóstica para permitir un diagnóstico más precoz. El método diagnóstico más común es la visualización del microorganismo con tinciones KOH o grocott en las lesiones asociadas o en el esputo. Le enfermedad si no se detecta y trata a tiempo con antimicóticos puede ser letal, especialmente la variante aguda/juvenil.

TL13- TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES (TUMOR DE ABRIKSSOFF) EN LENGUA: CASO CLÍNICO. Mingdú Chang Henríquez¹, Benjamín Cano², Claudia Medina Sierra³, Héctor Antúnez⁴. ¹.Médico Residente IV, postgrado de Otorrinolaringología, UNAH, ². Médico especialista en otorrinolaringología, Hospital Escuela, ³Médico Especialista en Radiología, Instituto Hondureño de Seguridad Social, (IHSS) ⁴. Médico especialista en Patología IHSS, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedente: el tumor de células granulares es una neoplasia poco común, su primera descripción fue por Abrikossoff en 1926, y a lo largo de la historia ha tenido diferentes denominaciones: mioblastoma, neurofibroma de células granulares o schwannoma. Puede presentarse en cualquier edad de la vida, con mayor prevalencia entre las mujeres, localizándose en prácticamente cualquier parte del cuerpo humano, aunque en más de la mitad de los casos se presenta en la región de cabeza y cuello, siendo dentro del territorio orofacial su localización más habitual la lengua. Generalmente se presenta como una lesión única, aunque existen casos con lesiones múltiples descritos en la literatura. La gran mayoría de los casos son benignos, no obstante, ocasionalmente puede presentar agresividad local y hasta un 2% de estos tumores presenta malignidad, evidenciada por la presencia de metástasis a distancia. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 3 años de edad, con historia de aumento de volumen de la lengua de 2 años de evolución, se presentó a la consulta externa de otorrinolaringología (ORL) del Hospital Escuela, y al examen físico se encontró macroglosia con aumento del piso lingual. Se realizó tomografía computarizada de cuello, observando lesión de tejido blando, sólida, ovalada, de bordes definidos, hipercaptante, sin invasión a los tejidos adyacentes, sin linfadenopatías. Se procedió a excisión quirúrgica completa de la lesión. El análisis histopatológico reveló: Tumor de células granulares con márgenes libres de lesión. La evolución clínica fue buena y continua en vigilancia por el servicio de ORL. **Conclusiones /Recomendaciones:** la mayoría de los tumores de células granulares son benignos y la recidiva local es infrecuente. No obstante, se debe tener en cuenta la posibilidad de que múltiples tumores afecten a la piel, la mucosa oral u órganos internos, especialmente en pacientes jóvenes.

TL14-DISEÑO EXPERIMENTAL DE UN ROBOT TELE OPERADO PARA ESTERILIZACIÓN EN HOSPITALES EN HONDURAS. José Luis Ordóñez Ávila¹, Eduardo García¹, Fredy Danilo Bonilla¹, Maricela Blair² Facultad de Ingeniería, Universidad Tecnológica Centroamericana, San Pedro Sula, Honduras¹ Proyecto de aplicación de investigación, Instituto Hondureño de Ciencia, Tecnología y la Innovación, Tegucigalpa, Honduras²

La enfermedad del coronavirus (COVID-19) tomó al mundo por sorpresa; incluso los países más desarrollados han tenido problemas para contener este virus. Los gobiernos de todo el mundo han implementado innumerables políticas en respuesta. En Honduras, el Instituto de Ciencia, Tecnología e Innovación (IHCIETI), lanzo financiamiento para trabajos de investigación con el que nació el proyecto robot UV. El **objetivo** de esta investigación es desarrollar un robot teleoperado UV-C para esterilizar quirófanos de los hospitales basados en un diseño experimental. Este desarrollo se obtuvo después de 10 meses aplicando la **metodología** para diseño de dispositivos mecatrónicos en V. Esta metodología en V permite desglosar un producto mecatrónico en sistemas, subsistemas y partes. Los principales sistemas a desarrollados fueron el sistema de esterilización y el de locomoción. Las principales variables de estudio son la radio y el tiempo de esterilización. La variable dependiente de este estudio fue el porcentaje de esterilización con respecto a las variables independientes tiempo y distancia. Para el desarrollo del proyecto se utilizó SolidWorks para simulaciones de esfuerzo y locomoción, Matlab para visualización de gráficos y Solver de Excel para la aplicación de una modelo no lineal de gradiente reducido para optimización de las variables. El sistema de esterilización se basó en la recopilación de datos experimentales de diferentes pruebas resultando la siguiente ecuación. **Resultados:** Basado en la optimización se obtuvo un tiempo de esterilización de 8,2 minutos y menos de 100 cm para una esterilización del 99%. Se puede tele-operar con radiofrecuencia y cámara. **Conclusión:** Según las pruebas de movilidad y esterilización que se desarrollaron de forma experimental, el robot es capaz de ser teleoperado para esterilizar quirófanos de los Hospitales. **Recomendación:** También es recomendable utilizarlo en lugares donde el personal médico descansa para reducir el contagio a enfermeras y médicos.

TL15-EXPERIENCIAS EN SIMULACION CLINICA EN AUXILIARES DE ENFERMERIA, “APRENDER ES AYUDAR A SALVAR VIDAS”, VILLA NUEVA, CORTES, HONDURAS, 2019-2021. Kevin Nolasco¹ Isabel Cruz² ¹Lic. Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ² Lic. Enfermería, Directora y Docente del Centro de Adiestramiento de Auxiliares de Enfermería.

Antecedentes: Las prácticas pedagógicas en simulación han demostrado su efectividad en múltiples campos y áreas de las ciencias de la salud. En Honduras las escuelas formadoras de auxiliares de enfermería cuentan con muchas carencias respecto al entorno de la pedagogía en simulación clínica y en la falta de adquisición de diferentes equipos médicos, es por ello que se vuelve indispensable el apoyo a este tipo de centros de formación en logística y diseños. **Descripción de la Experiencia:** El proyecto de capacitación inicia en el año 2019, con la participación de diferentes escuelas de enfermería en la zona norte de Honduras, con el objetivo de aportar un mejor desarrollo procedimental como curricular de los estudiantes técnicos de enfermería, utilizando una metodología de carácter presencial, seguidamente del apoyo de simuladores de gama media, en los cuales se brindaron capacitaciones como ser; Soporte Vital básico/ RCP, Procedimientos de vías parentales, El cuidado y manejo de sondajes nasogástricos y Uretrales, el cuidado de las traqueotomías, puntos de suturas básicos, entre otras talleres de procedimientos de enfermería. Mediante el avance del proyecto las escuelas se vieron beneficiadas

con la obtención del equipo de simulación, para que sus alumnos sean mejormente capacitados y tenga una cercanía a la formación de laboratorios en simulación, se formaron aproximadamente doscientas alumnas en los diferentes talleres brindados por el equipo, la simulación es una herramienta que no sólo permite el desarrollo de competencias del tipo asistencial, sino que además favorece la adquisición de habilidades interpersonales, tales como comunicación, liderazgo, pensamiento crítico, trabajo en equipo. **Lecciones aprendidas:** La atención en salud está cada vez más regulada, y los cambios en el modelo tienden a asegurar al paciente una atención de calidad y en un ambiente de seguridad, es por ello que la simulación clínica es una estrategia educativa muy útil.

TL16- EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN CARDIOPULMONAR Y LAS ACTIVIDADES DEL AUTOCUIDADO Y MOVILIDAD AL INICIO Y AL FINAL DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTRAHOSPITALARIA PARA PACIENTES CON COVID-19, HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE IHSS, SAN PEDRO SULA, JUNIO-NOVIEMBRE 2020. Lindsay Lee Young Argueta¹, Fredy Alejandro Guillén Alvarez¹, María Elena Herrera Dean², Myriam del Socorro Abascal², Andrea Carolina Ramírez², Leonardo Ramsés Sierra³, Edna Maradiaga⁴, Jackeline Alger⁵. ¹

Residente III Año, Postgrado de Medicina de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH; ²Fisiatra, Centro Especializado de Medicina Física y Rehabilitación, Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula; ³Fisiatra, Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa; ⁴MD, MSP, Unidad de Investigación Científica (UIC), FCM UNAH; ⁵MD, PhD, UIC FCM UNAH.

Antecedentes: La COVID-19 es una enfermedad multisistémica que ocasiona daño estructural a diferentes órganos, limitando la realización de actividades de la vida diaria, requiriendo manejo rehabilitador. **Objetivo:** describir la evolución de la función cardiopulmonar, actividades de autocuidado y movilidad al inicio y al final de un programa de rehabilitación intrahospitalaria. **Metodología:** estudio retrospectivo longitudinal. Se revisaron expedientes de pacientes ingresados con neumonía por COVID-19 en el Instituto Hondureño de Seguridad Social de San Pedro Sula que recibían rehabilitación en Fase I consignando parámetros de función cardiopulmonar (frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, presión arterial, escala de Borg, tiempo de inspiración sostenida y requerimiento de oxígeno), y el déficit de la función en actividades de autocuidado y movilidad (alimentación, cepillado de dientes, baño, sedestación, bipedestación, mantenerse de pie, marcha y transferencias) al inicio y final del programa. **Resultados:** Se incluyeron 64 pacientes, 86% con edad productiva. 86% hombres. 73% tenía antecedentes personales patológicos, 54.5% con dos o más antecedentes (obesidad e hipertensión los más frecuentes). El aporte de oxígeno más frecuente al inicio fue mascarilla con reservorio (40%), al final 60% no requería oxígeno y 40% puntas nasales. En autocuidado al inicio presentaron déficit leve a moderado pasando a tener déficit leve para baño y sin déficit para alimentación y cepillado de dientes. En actividades de movilidad al inicio presentaron déficit severo, pasando a dificultad moderada para marcha y déficit leve para el resto al final del programa. **Conclusión:** se encontró mejoría en función cardiopulmonar y funcionalidad en pacientes que recibieron rehabilitación intrahospitalaria.

TL17- EVOLUCIÓN DE FUNCIÓN CARDIOPULMONAR, MUSCULOESQUELÉTICA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST-COVID-19, CENTRO REHABILITACIÓN, HONDURAS. Paola Angelina Ochoa Urbina¹, Roger Josué Ortega Galo¹, Karla Mareyli Gómez Ramírez¹, María Elena Herrera Dean², Blanca Esther Hidalgo², Karla Lizzeth Ortiz², Myriam Abascal Y Gonzáles², Andrea Carolina Ramírez², Leonardo Ramsés Sierra³, Edna Maradiaga⁴, Jackeline Alger.⁵ 1MD, Residente III Año, Postgrado de Medicina de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH; ²Fisiatra, Centro Especializado de Medicina Física y Rehabilitación, Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula; ³Fisiatra, Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa; ⁴MD, MSP, Unidad de Investigación Científica (UIC), FCM UNAH; ⁵MD, PhD, UIC FCM UNAH.

Pacientes con Covid-19 presentan compromiso cardiopulmonar, musculoesquelético y emocionales que ameritan rehabilitación integral. **Objetivo:** Describir evolución de función y estructura cardiopulmonar, musculoesquelética y calidad de vida de pacientes post-Covid-19 posterior al Programa de Rehabilitación Integral (PRI), Centro Especializado de Medicina Física y Rehabilitación, Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, mayo-septiembre 2020. **Metodología:** Estudio descriptivo-longitudinal-retrospectivo. Se analizaron expedientes de casos moderados/severos, evaluando inicio y final del PRI (terapia respiratoria, ocupacional, psicológica; ejercicios aeróbicos y resistencia): porcentaje de distancia esperada(%DE) en Prueba de Caminata de 6 minutos (PC6M), variables de espirometría, TAC-pulmonar, disnea, fuerza prensil, índice de masa musculoesquelética (IMME), calidad de vida. Los resultados se trasladaron a nomenclatura de Clasificación Internacional del Funcionamiento de Discapacidad y Salud (CIF). Manejo confidencial de información personal. **Resultados:** PRI duró 4-12 semanas (promedio+DE 7.6+2.5). De 55 casos analizados, 76.4% (42) moderados, 94.5% (52) entre 22 y 60 años (promedio+DE 43.7+9.7), 67.3% (37) hombres, 45.4% (25) más de una comorbilidad. Presentaron mejoría de disnea en tres niveles-CIF 30.9% (17) y dos niveles-CIF 47.3% (26); calidad de vida mejoró dos niveles-CIF 52.7% (29). El % DE en PC6M mejoró dos niveles-CIF 32.7% (18) y un nivel-CIF 56.4% (31). Estructura pulmonar mejoró un nivel-CIF 45.4% (25); 43.6% (24) no subió nivel-CIF. Variables con menor evolución: IMME 69.1%(38), fuerza prensil 45.4%(25) no subieron nivel-CIF. Al final, 42.0%(23) mostró patrón restrictivo y 40.0%(22) patrón mixto. **Conclusiones:** Pacientes post-Covid-19 en PRI mejoraron funcionalmente y en calidad de vida, aunque no todas las variables presentaron un cambio en porcentaje suficiente que permitiera ascenso de nivel CIF. La no mejoría de la estructura pulmonar podría condicionar el patrón restrictivo.

TL18- EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN Y LA DISCAPACIDAD TRAS UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES POST COVID-19, CENTRO ESPECIALIZADO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN IHSS, TEGUCIGALPA, ENERO-ABRIL 2021: DATOS PRELIMINARES Digna Díaz¹, Luisa Palma¹, José Bulnes¹, Dra. Sonia Flores², Saira Rápalo², Karla Ramírez², Leonardo Sierra², Mercy Díaz³, Edna Maradiaga⁴, Jackeline Alger⁵, Mauricio Gonzales⁶, José Sierra⁷ ¹ Médicos residentes II año, Posgrado de Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas (FCM)-UNAH, ² Médico asistencial del Centro Especializado de Medicina Física y Rehabilitación IHSS Tegucigalpa, ³Médico asistencial en Departamento de Imágenes del IHSS Tegucigalpa, ⁴MD, MSP, Unidad de Investigación Científica (UIC), FCM UNAH; ⁵MD, PhD, UIC FCM-UNAH, ⁶Lic. Informática, UIC FCM-UNAH, ⁷Profesor Posgrado de Medicina Física y Rehabilitación, FCM-UNAH.

Antecedente: Tras un año de iniciada la propagación del SARS-CoV-2 por el mundo, afectando 170 millones de personas y causando 3.54 millones de defunciones es prioridad estudiar el alcance de la enfermedad: complicaciones a largo plazo y su adecuada intervención. **Metodología:** Estudio descriptivo longitudinal en mayores de 18 años que ingresaron a Programa de Rehabilitación Ambulatoria Post COVID-19 en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) de Tegucigalpa enero-abril 2021 y que requirieron hospitalización durante su enfermedad. Se aplicó cuestionario conteniendo CORE Set electrónico basado en Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF-OMS) adaptado para COVID-19 en primera y última consulta médica (finalizar programa de rehabilitación ambulatoria), conteniendo escalas para valorar función (cognitiva, energía e impulsos, afectiva, sueño, fuerza musculoesquelética mediante dinamometría y pulmonar calculando VO₂ pico y tolerancia al ejercicio derivado de caminata de 6 minutos), estructura (medición de perímetro sural y tomografía pulmonar) y actividad/participación (andar en terreno llano, pendientes, autocuidado y trabajo) generando puntuación final para identificar el grado de severidad de discapacidad. Fue aprobado por el Comité de Ética del IHSS, se solicitó consentimiento informado a los pacientes. La información se analizó con programa STATA 14.0 calculando frecuencias y porcentajes en variables cualitativas evaluando evolución mediante Test McNemar; medidas de tendencia central y dispersión en variables cuantitativas haciendo comparaciones mediante T Student pareada o Wilcoxon según normalidad, se hizo regresión logística entre variables cualitativas clínicas con discapacidad final. **Conclusión:** Debe identificarse la discapacidad residual tras la COVID-19 para ofrecer tratamiento mediante rehabilitación oportuna.

TL19- REHABILITACIÓN HOSPITALARIA EN PACIENTE AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO. José Ricardo Bulnes¹, José E. Sierra² ¹ Médico Residente II Año, Postgrado de Medicina de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH; ² Profesor del Posgrado de Medicina Física y Rehabilitación, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)

Antecedentes: La COVID-19 es enfermedad reciente que puede requerir hospitalización según gravedad provocando limitaciones en el funcionamiento. **Descripción del caso:** Masculino de 54 años, procedente de El Paraíso, médico general, historia de fiebre, mialgias, artralgias y debilidad iniciando el 16 de marzo de 2021 ingresando al Hospital Escuela el 19 de marzo por exacerbación de síntomas (dificultad respiratoria, Saturación de Oxígeno SO₂=88% y taquicardia), compromiso pulmonar del 36% por tomografía requiriendo oxígeno mediante mascarilla con reservorio, confirmándose COVID-19 positivo mediante antígenos en sala, refiriendo nivel funcional grado I para actividades de autocuidado, Proteína C Reactiva (PCR=44 mg/l), ligera alteración en pruebas hepáticas, resto de exámenes sin alteración. Antecedente de sobrepeso, Índice de Masa Corporal (IMC: 27Kg/m²), niega

consumo de tabaco o alcohol, realiza más de 90 minutos/semana de actividad física. Examen físico, con fuerza muscular +4 en miembros superiores y 4 en miembros inferiores (Escala National Research Council), pulmones con crépitos basales bilaterales. Caminata 6 minutos (PC6M) el 31 de marzo realiza distancia esperada en 38% (200/525 metros) utilizando oxígeno en puntas nasales (4L/min), tos, disnea, $SO_2=88\%$, percepción de esfuerzo (BORG=4), y Frecuencia Cardíaca (FC=122 por minuto) al finalizar prueba, se inicia rehabilitación: ejercicios respiratorios, fortalecimiento activo libre en extremidades y estiramiento muscular más PC6M. Tras una semana se valora PC6M, sin oxígeno suplementario, con distancia esperada en 52% (276/525 metros), y $SO_2=92\%$, BORG=2, FC=92 latidos al finalizar prueba. **Conclusiones:** La rehabilitación intrahospitalaria de pacientes con COVID-19 puede mejorar el desacondicionamiento y tolerancia al ejercicio producto de la enfermedad iniciándose una vez el paciente tenga estabilidad lo cual puede traducirse en mejor calidad de vida una vez egresado y disminución de la discapacidad temporal, con mejores posibilidades de una reinserción laboral temprana.

TL20- REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON COVID-19, CENTRO PROVISIONAL POLIDEPORTIVO UNAH, JUNIO 2020 - MAYO 2021. Maria Fernanda Calderón, Karla Ramírez, Raxá Aguilar, Jessica Galeas. Médico Fisiatra, Unidad Universitaria Medicina de Rehabilitación (UUMR), Profesor Posgrado de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas (FCM-UNAH), Tegucigalpa.

Antecedentes: La rehabilitación tiene como objetivo principal optimizar la funcionalidad de los pacientes y como resultado disminuye la estancia y costos hospitalarios y facilita el retorno al trabajo. Este proyecto de vinculación surge como iniciativa de la Unidad Universitaria de Medicina de Rehabilitación (UUMR) para brindar atención médica especializada a pacientes con COVID-19 ingresados en el Centro Provisional Polideportivo-UNAH durante la fase 1 de la enfermedad, cuando las instituciones de salud ofrecían solo servicios de emergencia. **Descripción de la experiencia:** En junio del 2020, un equipo de fisiatras y fisioterapeutas elaboraron dos protocolos de atención en rehabilitación a pacientes con la enfermedad COVID-19. El primero se trata de una Guía Básica de ejercicios aeróbicos y respiratorios para casos de enfermedad leve-moderada y el segundo orientado a la atención médica por videollamada a personas con afectación moderada-severa. Se han beneficiado más de 60 pacientes con mejoría de la función respiratoria, aumento de la independencia en autocuidado y disminución del efecto del reposo prolongado. **Lecciones aprendidas:** El uso adecuado de la virtualidad como herramienta para evaluación de pacientes, favorece ampliamente a vencer los obstáculos provocados por la pandemia. La rehabilitación beneficia al trasape y retiro de oxígeno suplementario, disminuye la sensación de fatiga y disnea, disminuye la estancia hospitalaria y mejora la funcionalidad reduciendo el impacto de la enfermedad sobre las actividades y participación. El personal de salud debe trabajar en equipo para optimizar el manejo del paciente y garantizar una recuperación oportuna.

TL21- PLATAFORMA TODOS CONTRA EL COVID-19 Elsa Palou ^{1,2,3}, Fausto Muñoz ^{1,3}, Lysien Zambrano ^{1,4}, Tito Alvarado ^{1,2}, Ivette Lorenzana ^{1,5}, Manuel Sierra ^{1,2,4,6}, Arturo Corrales ^{1,7,1} Plataforma Todos Contra el Covid-19, Tegucigalpa, Honduras; ² Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; ³ Departamento de Medicina Interna, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ⁴ Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ⁵ Centro de Investigaciones Genéticas, Facultad de Ciencias, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ⁶ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana, Tegucigalpa, Honduras; ⁷ Ingeniería Gerencial, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. La Plataforma Todos contra el COVID-19 se instaló el 17 de marzo del 2020 como respuesta a una solicitud del Presidente de Honduras enviada a un grupo de profesionales hondureños, de reconocida trayectoria académica, para que, de forma voluntaria, asesorara la respuesta nacional a la pandemia por SARS-CoV-2. **Descripción de la experiencia.** Dentro de las principales contribuciones de La Plataforma a la respuesta nacional se enumeran: 1) Elaboración conjunta con sociedades médicas y actores claves de diversos sectores nacionales, de guías y protocolos de manejo clínico y epidemiológico; 2) Recomendaciones brindadas a la sociedad hondureña y las autoridades sobre el manejo de la pandemia plasmados en más de 30 informes que han sido colocados en el sitio web; 3) Entrenamiento a personal de salud del sector público y no público en el manejo clínico y epidemiológico de la enfermedad y de la pandemia; 4) Preparación del personal médico del 911; 5) Diez publicaciones científicas en revistas indexadas en diferentes temas de la pandemia; 6) Asesoría al Comité Nacional de Vacunas; 7) Monitoreo permanente mundial, regional y nacional de la pandemia. **Lecciones aprendidas.** La pandemia ha sido un amplificador que ha evidenciado, a nivel mundial y especialmente en Honduras: inequidades y desigualdades sociales, falencias y fragmentación de los sistemas de salud, debilidades en los sistemas de vigilancia epidemiológica, corrupción e impunidad, estigma y discriminación, acaparamiento de insumos críticos por parte de los Estados que controlan la economía mundial, polarización ideológica, violaciones DDHH, politización, militarización de la sociedad y un pobre liderazgo gubernamental y no gubernamental. La crisis ocasionada por la pandemia puede ser una oportunidad mundial y nacional para reconstruir una nueva sociedad justa, equitativa, basada en el derecho, con respeto a la diversidad y a la sostenibilidad. La participación empoderada de la ciudadanía es vital para lograr estos cambios.

TL22- COMITÉS DE BIOÉTICA EN TIEMPOS DE PANDEMIA: LA EXPERIENCIA PANAMEÑA. Argentina Ying B. ^{1, 2, 3} ¹Comité Nacional de Bioética de la Investigación; ²Comité de Bioética de la Universidad de Panamá; ³Profesora Titular de la Cátedra de Parasitología Humana de la Facultad de Medicina, Departamento de Microbiología de la Universidad de Panamá.

Antecedentes. El Comité Nacional de Bioética de la Investigación de Panamá (CNBI) en febrero de 2020, aprobó el Procedimiento Operativo Estandarizado 0-26 para la evaluación ética de investigaciones en situaciones de desastres y brotes de enfermedades de acuerdo a la pauta 20 del Consejo de las Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). La investigación en estas circunstancias, había sido evaluada anteriormente por el Comité de Bioética Institucional (CBI) del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Ante la Covid-19 el Ministerio de Salud emitió la Resolución 373 de abril de 2020, que centraliza la revisión ética en emergencias en el CNBI, define las responsabilidades de los diferentes actores, y establece los tiempos de respuesta de la revisión acelerada en horas. **Descripción de la experiencia.** Durante la Pandemia, se evaluaron 111 estudios 14 de ellos de ensayos clínicos. La centralización en el CNBI, la respuesta en horas, y la prolongación de la pandemia, congestionó el sistema principalmente en las responsabilidades de la secretaría técnica.

Para descongestionarlo, se derivaron estudios a los CBI acreditados además de solicitar el apoyo de sus secretarios técnicos. Ante los temas complejos recurrimos a expertos y evaluadores externos de países con más experiencia. La priorización de respuesta acelerada exigió dedicación de los miembros del CNBI casi a tiempo completo con reuniones de hasta 8 horas tres veces a la semana, postergando algunas funciones del comité. Las dificultades incluyeron la incapacidad de monitorear in situ los estudios aprobados, por falta de presupuesto, riesgo sanitario y disponibilidad de tiempo de los miembros del CNBI. **Lecciones aprendidas.** Aceptamos el desafío de la evaluación ética virtual. Hace falta cambiar los tiempos de respuesta a días hábiles y clasificar los tipos de investigación de acuerdo a su complejidad y riesgo, para descentralizar la evaluación y que el CNBI solo revise ensayos clínicos en situaciones de emergencia sanitaria.

TL23- REVISIÓN ÉTICA EN TIEMPOS DE COVID-19: LA EXPERIENCIA DEL CEI-MEIZ, ESCUELA DE MICROBIOLOGÍA, UNAH. Wendy Murillo, PhD^{1, 2}, Cynthia Rodríguez^{1,2}, MSc. David Martínez^{1, 3}, MSc. Judith Bulnes¹, BAL. ¹Comité de Ética de Investigación, Maestría en Enfermedades Infecciosas y Zoonóticas, Escuela de Microbiología, Facultad de Ciencias, UNAH; ²Escuela de Microbiología, Facultad de Ciencias, UNAH; ³Escuela de Biología, Facultad de Ciencias, UNAH.

Antecedentes: Los desafíos éticos ante la pandemia de COVID-19 son complejos, especialmente para aquellos que tienen que tomar decisiones y actuar en medio de la urgencia. En un contexto de incertidumbre científica es un deber moral realizar investigaciones que generen evidencia para mejorar la atención de la salud y la toma de decisiones políticas para el manejo y mitigación de la pandemia. Es necesario adaptar y buscar alternativas a los procesos ordinarios de revisión ética reduciendo al máximo los obstáculos prácticos para la realización de las investigaciones y dar una respuesta eficiente a los tiempos y necesidades de la emergencia sanitaria. **Descripción de la experiencia:** El CEI-MEIZ continuó con sus actividades durante la pandemia, entre enero de 2020 y mayo de 2021 hemos revisado 12 proyectos, seis de los cuales han sido investigaciones con seres humanos relacionadas con COVID-19. Tres proyectos son estudios multicéntricos, dos con apoyo internacional y uno nacional. De estos proyectos, solo uno realiza acciones de intervención con tratamientos ya aprobados y no se ha reportado ningún efecto adverso. Otro es un estudio de seguimiento sin intervención, el resto no completaron o no han completado la revisión ética. A través del proceso de revisión ética observamos algunas deficiencias conceptuales y metodológicas del proceso de investigación y revisión ética. **Lecciones aprendidas:** Todos los procesos de revisión ética se realizaron de manera virtual; utilización de archivos digitales; flexibilización de los mecanismos y procedimientos de revisión, por ejemplo, la no utilización del formulario de revisión; sistema de comunicación más directo y eficiente con los investigadores y los miembros del CEI; utilización de consentimientos informados electrónicos y diferidos. Los mayores retos experimentados fueron dar respuesta en tiempos oportunos sin perder la objetividad de la revisión ética y enfrentarnos con la falta de conocimiento del proceso de revisión ética de algunos investigadores.

TL24- PROCESO DE REVISIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVID19, COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS, TEGUCIGALPA, HONDURAS. Eleonora Espinoza, Jackeline Alger. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Comité de Ética en Investigación Biomédica de la FCM-UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB), de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH, dictamina protocolos desde el año 2000; cuenta con registro internacional FWA 00003872, IRB 00003070. El 10 de marzo de 2020 se notificó en el país el primer caso confirmado por COVID-19 (<https://covid19honduras.org/>). Desde el 12 de marzo la UNAH cerró las instalaciones físicas y se inició la revisión en línea en el mes de abril. **Descripción de la experiencia:** Hasta el 12 de marzo de 2020 se habían recibido 20 protocolos de investigación, los cuales interrumpieron el proceso de revisión. A partir del 1ro de abril, por demanda de los investigadores e interés de los miembros del CEIB, se comenzó a recibir protocolos por vía correo electrónico. Se cuenta con la Plataforma ProEthos (revisión en línea), pero aún no se ha implementado para revisión por parte de todos los miembros (<https://www.paho.org/es/plataforma-proethos-para-revision-etica-investigacion-sujetos-humanos>). En el período 1-4-2020 a 30-4-2021 se han recibido 79 protocolos, 19 (24.0%) sobre la temática de COVID-19, incluyendo 7 ensayos clínicos y 12 estudios observacionales, con institución responsable incluyendo Secretaría de Salud, Cruz Roja Hondureña y los diferentes Postgrados Clínicos de la FCM-UNAH. **Lecciones aprendidas:** A más de un año de confinamiento y trabajo remoto en UNAH, se redujo en más de un 50% el número de protocolos dictaminados. Para una facultad con 6 carreras profesionales (medicina, enfermería, nutrición) y técnicas (terapia física, fonoaudiología, radiología), el número de protocolos dictaminados a la fecha es escaso. Aunque el CEIB inició un proceso para establecer el dictamen ético en línea mediante la herramienta ProEthos en el año 2015, no se ha logrado su implementación plena. Es necesario implementar la revisión en línea en este período de pandemia en el cual es de vital importancia la investigación con la participación de seres humanos.

TL25- DIÁSTASIS DE LA SÍNFISIS DEL PUBIS POSTPARTO. REPORTE DE UN CASO, AÑO 2021: Cesia Gisella Maradiaga Valladares,¹ Carlos Fernando Rosales Ordoñez² Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Servicio de Maternidad del Hospital General San Felipe,¹ Estudiante de Séptimo año de Medicina de la Universidad Católica de Honduras.²

Antecedentes: La diástasis de la sínfisis del pubis es una amplitud entre ambas ramas púbicas mayor o igual a 10 mm que se asocia con una lesión sintomática de los ligamentos. Es una complicación infrecuente del embarazo con una incidencia variable desde 1 por cada 300 a 1 por cada 30,000 partos vaginales. **Descripción del Caso Clínico:** primípara de 35 años con 39+2 semanas de gestación ingresa a la Maternidad del HGSF por ruptura prematura de membrana. Al primer tacto vaginal se encontró PA: 110/70mmHg, FC: 80lpm, una contracción en 10 minutos, presentación cefálica, membrana amniótica rota sin meconio, FCF: 155lpm, dilatación cervical 2cm, borramiento cervical 60%, altura de presentación -3, consistencia del cuello uterino blanda y posición del cuello uterino anterior; con una escala de bishop de 7 se decide conducción con 5 unidades de oxitocina a 2,5 mU minuto. Diez horas después del primer tacto nace neonato femenino con peso 3580 g, perímetro cefálico 37 cm, longitud 48.5cm, APGAR 8/9. No hubo necesidad de episiotomía se reparó desgarró grado 2. En la recuperación del parto paciente presentó un dolor agudo, desgarrante, intenso, localizado a nivel suprapúbico, se sospecha diástasis de la sínfisis del pubis por lo que se decide manejar el dolor con desketoprofeno 50mg

IV y realizar radiografía anteroposterior de pelvis confirmando la diástasis de la sínfisis de pubis por una separación de 28mm de las ramas púbicas. Se le realiza interconsulta con ortopedia el cual da alta con un tratamiento conservador multidisciplinario de cinturón pélvico, ejercicios pélvicos y analgésicos, a los dos meses se observa disminución de la separación de la sínfisis del pubis a 9mm. **Conclusión/ Recomendación:** Ante un dolor pélvico de gran intensidad en una paciente embarazada, durante el parto o puerperio inmediato, debe considerarse la posibilidad de diástasis de la sínfisis del pubis.

TL26- SITUS INVERSUS TOTALIS: REPORTE DE CASO. Mario Santamaria¹, Julián Martínez Fernández¹, Israel de Jesus Duron¹, Esther Pinel¹, Erick Rodriguez². ¹Facultad de Medicina y Cirugía General, Universidad Católica de Honduras, Tegucigalpa Honduras; ²Cirujano General, Hospital y clínicas San Jorge, Tegucigalpa Honduras.

Antecedentes: El situs inversus es una transposición en espejo de los órganos abdominales y torácicos, teniendo una incidencia de 1/20.000. Los pacientes se someten a una exploración física y se diagnostican mediante radiografía, ultrasonografía o tomografía computarizada. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 39 años de edad, ingresa por dolor abdominal de 5 días de evolución en cuadrante superior izquierdo, se irradia a la región interescapular, intensidad 9/10, se exacerba con la ingesta de alimentos y se atenúa con analgésicos. Se acompaña de vómitos 9 episodios de contenido bilioso. Niega acolia, coluria y fiebre. Examen físico abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación, ruidos hidro aéreos presentes. Exámenes de laboratorio se destaca hematocrito de 28%, leucocitos de 14,441 mm³ de predominio neutrófilos 89,9%. Se realizó radiografía simple de tórax postero anterior donde se observa la silueta cardíaca en el hemitórax derecho de forma y tamaño normal. Se realizó una tomografía abdominal simple donde se observó disociación de la anatomía secundaria a situs inversus con evidencia de la lateralización derecha del ápex cardíaco a nivel de las bases pulmonares. Se realizó un barrido ultrasonográfico de abdomen total, se observa todos los órganos de lado opuesto (imagen en espejo). Hígado localizado en hipocondrio izquierdo, de forma y ecogenicidad normal. Bazo localizado en hipocondrio derecho forma tamaño y ecogenicidad normal. Se inicia terapia con diclofenac 75mg vía oral cada 12 horas para el dolor, buena respuesta al tratamiento en su seguimiento. **Conclusiones/ Recomendación:** Situs inversus totalis es una entidad poco común, y no es una patología con mala expectativa de vida, esta suele detectarse a edades tempranas con una radiografía de tórax. Se buscaron otras alteraciones congénitas, como: Síndrome de Kartagener, Ivemark, Yoshikawa y tetralogía de Fallot, las cuales nuestro paciente no presento. Se recomienda hacer diagnóstico diferencial con las patologías mencionadas anteriormente.

TL27-¿ES NECESARIO CAMBIAR EL ENFOQUE DE LA FORMACIÓN MÉDICA EN EL PAÍS? UN ANALISIS EN BASE A EDUCACIÓN MÉDICA. Jhiamluka Zservando Solano Velásquez.¹ ¹Doctor en Medicina y Cirugía, UNAH, Embajador Internacional del Colegio Médico de Honduras, Diploma de Postgrado en Educación Médica, maestrante de segundo año de Educación Médica en South Wales University, Gales, Residente de primer año de Medicina Interna, Blackpool Victoria Hospital, Inglaterra, Reino Unido.

Antecedentes: La Educación Médica se desarrolla poniendo al paciente como eje central para crear metodologías que proporcionen el ambiente necesario para desarrollar las competencias mínimas necesarias para ejercer una profesión en el área de la salud, en esta ocasión me centrare en la carrera de medicina. **Descripción de la experiencia aprendida:** El rol de la formación médica se ha ido distorsionando a medida que los cambios demográficos de la población superan la oferta de los servicios

públicos de salud. Las competencias clínicas pueden ser evaluadas a través de la pirámide de Miller en 4 niveles. Los médicos en formación poseen un acceso a un conocimiento básicos conocido como el “sabe” (1), este conocimiento se integra para entender los conceptos básicos de razonamiento clínico y alcanzar el siguiente nivel, el “sabe cómo” (2). Una vez adquirido este conocimiento y mediante mentoría se procede a desarrollar el siguiente nivel, “demuestra como” (3). Este último requiere de un diseño metodológico importante incluyendo simulaciones de eventos de la vida real ya que representa el puente entre el ejercicio profesional supervisado y el conocimiento base. Una vez concluido este proceso se procede al ultima nivel, el “hace” (4). Este nivel representa el paso previo al inicio de una práctica clínica independiente. **Lecciones aprendidas:** En Honduras podemos interpretar que los años que representan el tercer nivel de la pirámide se centran en clases magistrales y carecen de metodologías como el aprendizaje basado en problemas debido a la gran demanda de estudiante y poca oferta docente. El 7mo año se aleja del último nivel ya que el rol formativo de los estudiantes y docentes es superado por un sistema de salud colapsado. Por tanto, es importa una reforma curricular que centre sus esfuerzos en la formación de médicos con competencias mínimas para ejercer medicina con altos estándares.

TL28- REGISTRO DE MUERTE SÚBITA CARDIACA Y CAPACIDAD DE RESPUESTA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO. Raúl E. Salgado-Herrera,¹ Gustavo A. Moncada-Paz MD. PhD² ¹ Médico general, Servicio de emergencia de adultos, Hospital Católico Santo Hermano Pedro Betancourth, egresado de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ² Cardiólogo Intervencionista, Servicio de Cardiología, Instituto Hondureño del Seguro Social, Profesor Titular, Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH).

Antecedentes: la muerte súbita cardiaca es aquella que se produce por un fallo cardiaco progresivo que conduce a colapso circulatorio antes de que se presente el paro cardiaco, se considera súbita al haberse observado vivo al paciente en las ultimas 24 horas. Se desconoce cuál es la incidencia de muerte súbita cardiaca en la población hondureña. **Objetivos:** determinar el porcentaje de muerte súbita natural en base a los registros poblacionales y/o clínicos, y la capacidad de respuesta de la red de servicios de salud, en el Hospital General San Francisco, del municipio de Juticalpa, Olancho, durante el periodo Agosto 2015 – Agosto 2016, con el propósito de evaluar el conocimiento de esta condición por parte del personal de salud, así como la capacidad de respuesta de la red de servicios de salud frente al fenómeno. **Metodología:** Se llevó a cabo un estudio epidemiológico observacional, descriptivo – retrospectivo. El universo correspondió a toda persona con edad mayor o igual a dieciocho años de edad que hubiera muerto dentro del área de influencia del Hospital General San Francisco; con autorización institucional como principio ético, se analizaron las defunciones registradas durante un año (noviembre de 2015 – noviembre de 2016), utilizándose como fuente los registros de mortalidad, actas de defuncion y expedientes clínicos. **Resultados:** Se registraron un total de 156 muertes, de las cuales 153 correspondieron a muertes naturales; 25 fueron causadas por el síndrome de muerte súbita, de las cuales 16 eran hombres y 9 eran mujeres. El hospital cuenta con el equipo para realizar la reanimación cardiopulmonar. Los médicos especialistas estaban entrenados y certificados para brindar de forma adecuada la reanimación cardiopulmonar. **Conclusión:** Se encontró una incidencia de muerte súbita cardiaca de 16.2% (25/154), 64% eran hombres (16/25) con una edad media de 71 años, encontrando como principal causa el infarto agudo de miocardio, 96% (24/25) de las muertes súbitas naturales. El Hospital Regional San Francisco cuenta con el equipo tecnológico para responder a la muerte súbita natural, pero solo el personal médico especializado se encuentra capacitado para atender este fenomeno.