PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXV CONGRESO MÉDICO NACIONAL SANTA ROSA DE COPÁN 2023

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL)

PRESENTACIÓN MODALIDAD PÓSTER

70TL. COMPORTAMIENTO CLÍNICO DE COVID-19 EN LA PACIENTE OBSTETRICA DEL OCCIDENTE DE HONDURAS: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES. Héctor Sandoval Tábora[1], Carlos Edgardo Claudino Fajardo[2]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía. [1,2]Médico Asistencial del Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Docente Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Centro Universitario Regional de Occidente. [3]Especialista en Ginecología y Obstetricia, Máster en Salud Pública, Clínicas Medicas de Copán, Santa Rosa de Copán, Jubilado de la Secretaría de Salud, Consultor en temas de Salud de la Mujer y Organización de Servicios de Salud.

Antecedentes: En Honduras el primer caso de COVID-19 fue una embarazada que se presentó en Tegucigalpa en marzo de 2020. En Copán fue una mujer que se presentó al Hospital de Occidente también en marzo del 2020. Dados los cambios adaptativos de la mujer embrazada se hipotetizó al inicio de la pandemia que las embarazadas cursarían con enfermedad respiratoria severa y mayor mortalidad. **Objetivo**: Identificar si el embarazo modifica la evolución clínica de la COVID-19. **Metodología**: Estudio de casos y controles. Comparamos la evolución clínica de mujeres en edad fértil obstétricas y no obstétricas hospitalizadas por su condición de infectada por SAR-CoV-2 en los años 2020 y 2021 en el Hospital de Occidente de Santa Rosa de Copán, Honduras. La información fue obtenida de expedientes clínicos. **Resultados**: Las manifestaciones clínicas y laboratoriales en las pacientes obstétricas fueron leves en comparación a las pacientes no obstétricas 37% vs 67% (OR=11.03, IC95% 4.07-33.28, p=0.000000). Las pacientes obstétricas requirieron menos terapia respiratoria y medicación de rescate en comparación con las no obstétricas 2% vs 25% (OR=0.0724, IC95% 0.003-0.41, p=0.0003216). **Conclusiones/ Recomendaciones:** Los presentes datos no sugieren un riesgo aumentado de enfermedad severa o muerte por COVID-19 en las pacientes obstétricas, tal y como teóricamente se supuso a inicios de la pandemia.

71TL. ANALIZANDO LA TASA DE OPERACIÓN CESÁREA SEGÚN CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN HOSPITAL DE OCCIDENTE, COPÁN, HONDURAS. Carlos Edgardo Claudino Fajardo[1]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Máster en Salud Pública, Clínicas Medicas de Copán, Santa Rosa de Copán.

Antecedentes: La cesárea es eficaz para prevenir morbilidad materna y perinatal. En 2015 la OMS afirmo que tasas más altas del 10% no están asociadas con reducción de la mortalidad materna y neonatal y sostiene que no existen beneficios adicionales por encima del 15%. En 2001 surgió una propuesta de clasificación de las cesáreas creada por Robson y col., con la intención de clarificar el diagnóstico e indicación de esta cirugía. **Objetivos:** Evaluar la tasa de operación cesárea en el Hospital de Occidente utilizando el modelo de Robson. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron los partos con embarazos de más de 22 semanas y/o feto vivo de más de 500 g en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre del 2017 a quienes se les practicó cesárea. Los datos se tomaron del Sistema Informático Perinatal (SIP) diseñado por CLAP/ OPS/OMS. **Resultados:** Se hicieron 7,961 cesáreas para un total de 35,134 partos (tasa de 22.66%). Se incluyeron 7,446 casos de 7,961 procedimientos realizados. Los grupos uno, tres y cinco de Robson son los que más cesáreas aportan a la tasa global del procedimiento en este hospital. Los grupos que más aportan a la tasa global de cesáreas concuerdan con lo esperado y reportado por otros hospitales en la literatura médica internacional y lo sugerido por la OMS y las directrices de Robson. **Conclusiones/Recomendaciones:** No parece haber un exceso de cesáreas en el Hospital de Occidente en el periodo analizado. Se requerirá de una auditoria clínica en estos casos del grupo uno, dos y tres de Robson para buscar opciones tendientes a la optimización de la tasa. La realización de este mecanismo de análisis es factible utilizando el Sistema Informático Perinatal.

72TL. INCENDIOS FORESTALES: IMPACTO EN LA SALUD. Polet Portillo-Cálix[1]. [1]Doctora en Medicina y Cirugía, Máster en Salud Pública, Docente Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana, Tegucigalpa.

Antecedentes: Los incendios forestales son un problema de salud pública que ha cobrado importancia debido a su creciente frecuencia e intensidad, exponerse al humo de los incendios forestales puede tener consecuencias para la salud. Lamentablemente más del 50% de los incendios son causados por el hombre, sin medir las repercusiones que se tendrán a corto o largo plazo. **Objetivo:** Analizar el impacto en la salud física a raíz de los incendios forestales, para mitigar los riesgos y desarrollar estrategias efectivas de prevención y mitigación. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo transversal, la información que se recopiló mide la percepción, experiencias, muestreo no probabilístico, por conveniencia, se instrumentó a través de una encuesta de preguntas abiertas y cerradas, se aplicó a 257 hondureños. **Resultados:** Se encontró 59.5% de

nuestra población encuestada pertenecía al rango de 18-25 años de edad, un 86.4% residen en el área urbana, 61.5% de la población encuestada pertenece al sexo femenino, el 62.4% de la población ha sido afectado por los incendios forestales, debido a diversas causas, el 52.9% afecciones en la salud, 7.8% pérdidas materiales, 2.4% pérdidas humanas, 3.1% quemaduras, 38% de las personas tuvo síntomas después de un incendio forestal, 73.7% creen que la causa de los incendios forestales es por quema de basura, negligencia, piromanía, siendo el más bajo causas naturales. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Los incendios forestales representan grandes riegos para la salud humana generando impactos que pueden afectar a las personas y al medio ambiente, fundamental adoptar e implementar estrategias efectivas, control de incendios, mejorar la monitorización y la respuesta rápida ante los incendios, educar a la población sobre los riesgos y medidas de protección necesarias para el bienestar integral y emocional.

73TL. DETECTANDO POSIBLE FALLA TERAPÉUTICA DE FORMA TEMPRANA. Ástrid Carolina Sevilla Fernández[1,2]. Cindy Gabriela Williams[1,3]. Elizabeth Casco Fúnez de Núñez[1,4]. [1]Doctora en Medicina y Cirugía. [2]Médico Asistencial, Clínica Privada. [3]Médico Asistencial, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula. [4]Doctora en Ciencias con orientación en Ciencias Administrativas e Investigación, Máster en Educación Superior, Máster en Prevención y Protección de Riesgos Laborales con Especialidad en Salud Ocupacional.

Antecedentes: Actualmente no existe una escala pronóstica de falla terapéutica de sepsis neonatal temprana (SNT), comprobada en pacientes hondureños. **Objetivo:** Determinar si tienen valor pronóstico de falla terapéutica los diferentes métodos utilizados para diagnóstico de SNT. **Metodología:** Estudio de tipo caso-control retrospectivo, realizado en el Hospital General Atlántida de julio a septiembre 2019. Se aplicó criterios de inclusión y exclusión a población de 1216 nacidos vivos, obteniéndose muestra de 102 recién nacidos, 94 controles sin falla terapéutica y 8 casos con falla terapéutica, definido como muerte o traslado del paciente a hospital de mayor complejidad. La exposición estudiada fueron los diferentes métodos diagnósticos. Referente a la escala NICE, se tomó como valor positivo, como mínimo: la presencia de una bandera roja o dos banderas no rojas; hipoalbuminemia definida como menor a 3g/dl, con muestra obtenida del cordón umbilical; los otros marcadores laboratoriales fueron obtenidos de vía periférica. Se realizó la prueba de chi cuadrado de Pearson a través de STATA 17.0. **Resultados:** Comparando a los pacientes que desarrollaron falla terapéutica con los que no, encontramos: Valor positivo en escala NICE (100% vs 33%, p<0.001), hipoalbuminemia (25% vs 5%, p=0.035), cociente neutrófilos inmaduros/neutrófilos totales obtenida luego de 24 horas (25% vs 17 %, p=0.57), neutropenia luego de 24 horas (13% vs 2%, p=0.096), PCR al ingreso (13% vs 2%, p=0.096), PCR a las 24 horas (0% vs 5%, p=0.50), confirmación por hemocultivo (25% vs 10%, p=0.18). **Conclusiones/ Recomendaciones:** Únicamente la escala NICE y la hipoalbuminemia fueron estadísticamente significativas. La escala NICE, aunque originalmente fue elaborada con fines diagnósticos de SNT, también se observa con potencial como predictor temprano de falla terapéutica, por lo que se sugieren estudios multiinstitucionales con mayor poder estadístico.

74TL. SÍNDROME DE MOYAMOYA: REPORTE DE CASO COMPLEJO. Francisco Ramón Somoza[1,2], Ramsés Daniel Amaya[1,3], Mauricio Edgardo Zavala[1,3], Francisco Jose Somoza[1,4]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía, [2]Especialista en Cardiología Intervencionista y Hemodinamia, Hospital CEMESA, San Pedro Sula (SPS), Honduras; SCAI, SOLACI, AHA, ACC. [3]Médico asistente, Unidad de Cardiología y Hemodinamia, Hospital CEMESA, SPS, Honduras. [4]Especialista en Medicina Interna, Cleveland Clinic, Estados Unidos.

Antecedentes: La enfermedad de moyamoya es una arteriopatía crónica y progresiva de origen desconocido, caracterizada por estenosis progresiva del segmento terminal de las arterias carótidas internas y cerebrales, provocando obstrucciones y eventualmente desarrollando accidente cerebrovascular isquémico, hemorrágico y/o convulsiones. Hay casi el doble de pacientes mujeres que de hombres. **Caso clínico:** Femenina de 51 años, de ascendencia afro-asiática, procedente de Islas Caimán, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial diagnosticada hace 16 años, diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada hace 11 años y dislipidemia tipo hipercolesterolemia. Al interrogatorio se conoce que ha presentado tres eventos cerebrovasculares isquémicos. Es remitida a Honduras al departamento de Hemodinamia e Intervencionismo con diagnóstico de referencia por oclusión crítica de arteria carótida interna izquierda para implante de stent en dicha zona. Previo al ingreso a la sala de Hemodinamia se realiza angio full body scan con fase simple y fase con contraste, donde se concluye compromiso marcado del sistema arterial, con hipoplasia del componente intimal, afectando ambas arterias carótidas internas, así como el sistema arterial anterior a nivel del polígono de Willis, con presencia de múltiples infartos supratentoriales. Durante procedimiento se valora entre médico hemodinamista, radiólogo intervencionista y neurólogo la conducta a tomar en la sala de cateterismo y se concluye que no sería efectiva la colocación de stent en arteria carótida para mejoramiento del flujo, ya que no es angiográficamente relevante y no representa placa significativa. Se dio egreso a paciente con manejo farmacológico. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La enfermedad de moyamoya se presenta con mayor frecuencia como un ataque isquémico transitorio o un accidente cerebrovascular. Además de los procedimientos de revascularización quirúrgica, se han utilizado medidas terapéuticas médicas como los agentes antiplaquetarios e incluso la anticoagulación para la prevención de una enfermedad cerebral.

75TL. INSTITUTO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITOLOGÍA ANTONIO VIDAL: RECONOCIENDO SU TRAYECTORIA DE TRES DÉCADAS (1993-2023). Jackeline Alger, MD, PhD;[1,2] Nelson Agudelo, MD;[1,3] Tito Alvarado, MD, MPH;[1] Lindsay Borjas, MQC, MSc;[1,2] Efraín Bu Figueroa, MD;[1] Elsy Cárcamo, MD, MSc;[1] Eleonora Espinoza, MD, MSP;[1,4] Jorge A. Fernández, MD, MSP;[1,5] Jorge García-Aguilar, MQC, MSc;[1,2] Carlos A. Javier, MD;[1,6]; Rina G. Kaminsky, MSc;[1] Edna Maradiaga, MD, MSP;[1,7] Karla Rivera, Licenciada Administración Empresas, Magister Gestión Proyectos;[1] Renato Valenzuela Castillo, MD;[1] Diana S. Varela, MD;[1,8] Concepción Zúniga, MD, MSc.[1,9] [1]Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa, Honduras; [2]Secretaría de Salud, Hospital Escuela, Departamento de Laboratorio Clínico, Tegucigalpa, Honduras; [3]University of Oklahoma Health Sciences Center, Department of Medicine, Section of Infectious Diseases, Oklahoma City, Oklahoma, Estados Unidos de América; [4]Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Instituto de Investigación en Ciencias Médicas y Derecho a la Salud, Tegucigalpa, Honduras; [5]Centro de Salud Integral Zoé, Tegucigalpa, Honduras; [6]Centro de Patología Clínica, Tegucigalpa, Honduras; [7]Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Tegucigalpa, Honduras; [8]Secretaría de Salud, Hospital Escuela, Departamento de Medicina Interna, Tegucigalpa, Honduras; [9]Secretaría de Salud, Hospital Escuela, Departamento de Vigilancia de la Salud, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal (IAV), fundado en 1993, reconoce la labor precursora en el campo de las enfermedades infecciosas del Dr. Antonio Vidal Mayorga, un médico y maestro ejemplar que se distingue por una obra impulsada por su capacidad de conjuntar clínica, epidemiología, laboratorio, salud pública, investigación, enseñanza y proyección social. **Descripción de la experiencia:** El IAV, fundación privada sin fines de lucro, está comprometida con el desarrollo y promoción de la investigación, formación y asesoría sobre enfermedades infecciosas y parasitología. Junto con sus colaboradores nacionales e internacionales ha desarrollado proyectos en los temas de equidad en la investigación sanitaria, enfoque ecosistémico, ética de la investigación, información de salud, innovación social en salud, integridad científica, salud sexual y reproductiva, formación de talento humano, abordando enfermedades como infecciones por parásitos apicomplexa intestinales, Enfermedad de Chagas, geohelmintiasis, malaria, Zika, entre otros. Sus principales colaboradores internacionales están localizados en Argentina (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria - IECS), Colombia (Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas - CIDEIM), Estados Unidos de América (Universidad de Tulane), Reino Unido (Healthcare Information For All; The Global Health Network), República Dominicana (Fundación Etikos). El trabajo en red le ha permitido realizar contribuciones importantes en número y calidad de publicaciones científicas nacionales (n=30) e internacionales (n=21). A partir de 2021 inició un programa de educación continua en colaboración con la Asociación Hondureña de Parasitología y el Colegio Médico de Honduras desarrollando seminarios web con expositores nacionales (n=6) e internacionales (n=9) y un total de 2,941 asistentes. **Lecciones aprendidas:** El IAV ha adquirido experiencia y capacidad para asistir a instituciones gubernamentales y académicas en sus funciones asistenciales, administrativas, técnicas y enseñanza, apoyando el diagnóstico clínico-epidemiológico, manejo, control y prevención de las enfermedades infecciosas y contribuir a mejorar la salud de las poblaciones afectadas.

76TL. UTILIDAD DE LA ESCALA NICE EN MANEJO DE SEPSIS NEONATAL TEMPRANA. Ástrid Carolina Sevilla Fernández[1,2], Elizabeth Casco de Núñez[1,3]. [1]Doctora en Medicina y Cirugía. [2]Médico Asistencial, Clínica Privada. [3]Doctora en Ciencias con orientación en Ciencias Administrativas e Investigación, Máster en Educación Superior, Máster en Prevención y Protección de Riesgos Laborales con Especialidad en Salud Ocupacional.

Antecedentes: El Instituto Nacional para la Excelencia en el Cuidado de la Salud (NICE, por sus siglas en inglés) presentó recomendaciones para el manejo de recién nacidos con factores de riesgo para sepsis neonatal temprana (SNT). Dichas recomendaciones se conocen colectivamente como la escala NICE, y podrían ser de utilidad, considerando que en Honduras una de las principales causas de mortalidad en el periodo neonatal es la SNT. **Objetivo:** Determinar la utilidad de la escala NICE en el manejo de SNT. **Metodología:** Estudio de tipo caso-control prospectivo, realizado en el Hospital General Atlántida de julio a septiembre 2019. La aplicación de criterios de inclusión y exclusión a población de 1216 nacidos vivos obtuvo muestra de 102 recién nacidos, que se dividieron en tres brazos de investigación así: 34 controles sanos, 34 con diagnóstico de egreso de SNT consignado en el expediente, y 34 con riesgo de infección neonatal (RIN) que no desarrollaron SNT, definición de grupos según establecido por el Protocolo de Manejo de Sepsis Nacional. La exposición estudiada fue la aplicación de la escala NICE. **Resultados:** El 100% de RIN y SNT recibió antibióticos. Según escala de NICE únicamente el 6% (n=5) de los RIN ameritaban la administración de antibióticos, lo que hubiera restringido así la exposición innecesaria a antibióticos en el 85% (n=29). Según la Escala NICE, los 34 pacientes con SNT, debieron recibir antibióticos, y ninguno de los controles debió recibir antibióticos, último dato que coincide con protocolo actual. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Debido a la alta especificidad y sensibilidad de las directrices NICE en el manejo de la SNT, se sugieren estudios con mayor poder estadístico, mayor extensión de tiempo, en diferentes hospitales nacionales para evaluar su valor pronóstico clínico nacional.

77TL. ACCESO UNIVERSAL A INFORMACION SANITARIA CONFIABLE: UNA CONSULTA GLOBAL DE HIFA, AGOSTO 2023. Jackeline Alger, MD, PhD;[1,2] Neil Pakenham-Walsh, MB, BS, DCH, DRCOG.[1,3] [1]HIFA Steering Group; [2]Instituto Antonio Vidal, Tegucigalpa, Honduras; [3]Global Healthcare Information Network, Oxfordshire, Reino Unido.

Antecedentes: Healthcare Information for All (HIFA, www.hifa.org), establecida en 2006, reúne a partes interesadas con la visión compartida de un mundo en el que todas las personas tienen acceso a la información que necesitan para proteger su propia salud y la de los demás. **Descripción de la experiencia:** La movilización de los resultados de la investigación a la política y la práctica depende de la integridad del ecosistema global de evidencia, que a su vez depende de la cooperación y el entendimiento compartido entre investigadores, editores, profesionales de las bibliotecas y la información, políticos responsables, sociedad civil, entre otros. Comunicar la investigación sanitaria para la formulación de políticas sigue siendo un reto importante e incluye múltiples dimensiones (síntesis de evidencia/estudios individuales; evidencias globales/locales; promoción de una cultura de evidencia), todo ello en medio de múltiples factores políticos y contextuales que pueden socavar el uso de la evidencia. HIFA y OMS colaboran en un plan de 10 pasos para acelerar el avance hacia el acceso universal a información sanitaria confiable. El primer paso es la realización de una encuesta global en línea en la cual todas las partes interesadas serán invitadas a contribuir a configurar el futuro de la asistencia sanitaria. La consulta se centra en una encuesta global en línea que se lanzará en agosto 2023 en paralelo con debates interactivos en los foros HIFA en inglés, francés, portugués, español. **Lecciones aprendidas:** Como comunidad de práctica multilingüe con 20,000 miembros a nivel global que representan a toda la gama de partes interesadas, HIFA está bien situada para llevar a cabo esta consulta global, pero requiere de la participación de todos. Las principales conclusiones contribuirán a fundamentar las futuras actuaciones de OMS, HIFA y sus socios para acelerar el avance hacia el acceso universal a información confiable sobre la atención sanitaria.

78TL. ORIGEN ANÓMALO DE LAS ARTERIAS CORONARIAS. REPORTE DE CASO. Francisco Ramón Somoza[1,2], Juan Fernando Toledo[1,4], Francisco José Somoza[1,3], Mauricio Edgardo Zavala[1,4], David Salomón Yanes[1,4]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía, [2]Especialista en Cardiología Intervencionista y Hemodinamia, Hospital CEMESA, San Pedro Sula (SPS); SCAI, SOLACI, AHA, ACC. [3]Especialista en Medicina Interna, Cleveland Clinic. [4]Médico Asistente, Unidad de Cardiología y Hemodinamia, Hospital CEMESA, SPS, Honduras.

Antecedentes: La anomalía coronaria es una morfología observada en menos de 1% de la población general. Puede producirse durante la cardiogénesis normal o patológica: en el primer caso, darían lugar a anomalías coronarias aisladas, como en el presente caso clínico; en el segundo se asocian con otras malformaciones cardiacas. **Caso clínico:** Femenina de 58 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial diagnosticadas hace más de 10 años, y tratadas con insulina glargina y valsartán 160 mg respectivamente. Es referida de centro médico de Roatán por epigastralgia crónica que no mejora con inhibidores de bomba de protones, ni antiácidos, de aproximadamente 1 día de evolución. Refiere presentar dolor en hombro izquierdo, de 8/10 en escala análoga del dolor, de 24 horas de evolución, mejorando levemente con opioides. Paciente no presenta inestabilidad hemodinámica. Se procede a realizar angiografía coronaria donde se observa origen anómalo de las arterias coronarias, observándose que la arteria descendente anterior (ADA), arteria circunfleja y arteria coronaria derecha se originan de un único tronco. Se observa lesión ateromatosa significativa en tercio medio de ADA, y se procede a realizar angioplastia con implantación de stent. El procedimiento se llevó a cabo exitosamente. Se dio egreso a la paciente con manejo farmacológico concomitante. **Conclusiones/Recomendaciones:** El origen de las arterias coronarias en el seno de Valsalva contralateral constituye el grupo de anomalías coronarias principalmente relacionado con la isquemia miocárdica y, en particular, con la muerte súbita. Se debe tener un elevado índice de sospecha de esta anomalía ante pacientes jóvenes con clínica de angina, disnea o síncope con el esfuerzo. Ante toda coronaria anómala se debe definir claramente el trayecto inicial por una coronariografía, apoyándonos para ello en técnicas de imagen como la ETT, la ETE o, preferentemente, la TAC con multidetectores.

79TL. FACTORES ASOCIADOS A LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL AL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN PERSONAL SANITARIO. SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL HOSPITAL NACIONAL DOCTOR MARIO CATARINO RIVAS 2019-2021. Laura Suiyen Ham Sarmiento[1], Pablo Andrés Mejía Rodríguez[1], Rosa Victoria Flores Bardales[1], Valeria María Escoto Alvarenga[1]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía. Profesionales independientes, Honduras.

Antecedentes: El personal sanitario es considerado un grupo de alto riesgo para adquirir infecciones durante el desempeño de sus actividades laborales, entre ellas el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). **Objetivo:** Identificar los factores asociados a la exposición ocupacional al VIH en el personal sanitario que asiste al Servicio de Atención Integral del Hospital Nacional Doctor Mario Catarino Rivas (HNMCR) en el periodo comprendido del 1 de enero de 2019 al 31 de agosto de 2021. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo correlacional, con unidad de análisis en hombres y mujeres del personal sanitario que laboran en Unidades de Salud de la zona norte. Muestra de 44 pacientes. Se evaluó factores de riesgo epidemiológicos y clínicos asociados a la exposición ocupacional al VIH. El procesamiento de datos se realizó con el programa SPSS, estimando frecuencias, porcentajes y correlación entre los factores y la exposición ocupacional. **Resultados:** El 56.8% eran adultos jóvenes, 61.36% mujeres, 2.7% residentes en San Pedro Sula. El HNMCR fue la unidad

asistencial en 72.7% específicamente la Sala de Emergencias en 18.1%, siendo 15.9% enfermeras auxiliares. La exposición percutánea en 90.91%, con lesión por punción en 86.36 % y con 18.2% en el dedo pulgar de mano izquierda. El tiempo trascurrido entre exposición y búsqueda de atención fue menor de 24 horas en 34.1%, con lavado del sitio anatómico con agua y jabón en 54.5%. El estado serológico del paciente fuente fue positivo en 63.6%. El 97.3% del personal expuesto recibió tratamiento profiláctico, con zidovudina, lamivudina, lopinavir/ritonavir en el 88.6%, cumpliendo esquema completo el 38.6%. De estos el 52.3% presentó efectos secundarios, siendo diarrea y náuseas los principales. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se propone la utilización de dispositivos médicos de seguridad y el adecuado desecho de materiales cortopunzantes.

80TL. CIRROSIS BILIAR PRIMARIA: PATOLOGÍA SUBDIAGNOSTICADA. Delmy Saraí Castillo Alvarez[1]. [1]Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Interna, Máster en Gestión de Servicios de Salud, Docente Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana; Médico Asistencial Instituto Nacional del Diabético, Tegucigalpa.

Antecedentes: La cirrosis biliar primaria es una enfermedad hepática crónica colestásica, autoinmune y progresiva que afecta a mujeres, caracterizada por inflamación y destrucción progresiva de los ductos biliares interlobulares, y que de forma insidiosa presenta aumento de las pruebas de función y excreción hepática. **Caso clínico:** Femenina de 70 años, diabética, hipertensa e hipotiroidea, lleva su consulta en el Instituto Nacional del Diabético, se observó en la bioquímica sanguínea, elevación de las transaminasas y de las bilirrubinas. Como únicos síntomas, leve dolor en hipocondrio derecho y astenia, no presenta ictericia, prurito, ni fiebre. Presentaba múltiples ultrasonidos con reportes de esteatosis hepática. Cursó con dislipidemia, razón por la cual se le estaba brindando estatinas, que se omitieron, considerando el daño hepático vinculado a ellas. Se investigo patología autoinmune como causa de disfunción hepática resultando títulos elevados de proteína C reactiva y velocidad de eritrosedimentación; anticuerpos anti núcleocitoplasmático por inmunofluorescencia indirecta positivo y anticuerpos antimitocondriales positivos. El reporte de Anatomía Patológica con lesión de patrón biliar, inflamación portal crónica, lesión ductal florida. hiperplasia regenerativa nodular, esteatosis macrovesicular grado 1. Con el análisis de los datos se brinda el diagnóstico definitivo de Cirrosis Biliar Primaria y se remite a Gastroenterología. **Conclusiones/Recomendaciones:** La cirrosis biliar primaria es una entidad patológica que requiere alta sospecha diagnóstica, además de la interpretación de estudios de bioquímica sanguínea, estudios inmunológicos, que nos orientan a plantearnos posibles diagnósticos diferenciales. Al final se debe lograr obtener el diagnóstico definitivo a través de biopsia hepática y la positividad de los anticuerpos antimitocondriales.

81TL. MACROPROLACTINOMA CON BUENA RESPUESTA AL TRATAMIENTO MÉDICO. Guillermo Villatoro Godoy[1,2], Lesby Marisol Espinoza Colindres[1,3]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía. [2]Especialista en Pediatría y Endocrinología Pediátrica, Médico Asistencial HMEP. [3]Especialista en Pediatría y Endocrinología Pediátrica, Médico Asistencial Hospital María de Especialidades Pediátricas (HMEP) e Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Tegucigalpa.

Antecedentes: El prolactinoma es el adenoma hipofisario funcional más común en los niños mayores de 12 años, es más frecuente en mujeres. Y tiene una prevalencia estimada de 100 casos/millón de personas. La hiperprolactinemia interrumpe la secreción pulsátil de la hormona liberadora de gonadotropinas e inhibe a las hormonas luteinizante (LH) y folículo estimulante (FSH). Se presenta con oligomenorrea o amenorrea, galactorrea, cefalea y alteraciones de campos visuales. Se clasifican en microadenoma (diámetro ≤10mm) y macroadenoma (diámetro >10mm). Los agonistas dopaminérgicos como la bromocriptina o la cabergolina son el tratamiento de elección. La cirugía está indicada si hay fracaso terapéutico farmacológico. La radioterapia es excepcional. **Caso clínico:** Femenina de 14 años. Menarquia a los 10 años, ciclos menstruales regulares cada mes; dieciocho meses después de la menarquia, presenta ciclos irregulares, posteriormente amenorrea y galactorrea. Niega hemianopsia. Examen físico: Peso: 48.7kg, Talla 151.8cm, IMC: 21.1kg/m2, PA: 100/70mmHg, fondo de ojo normal, tiroides normal, Tanner IV. Galactorrea bilateral. Prolactina: 100ng/ml. LH: 7.52mIU/ml, FSH: 5.57mIU/ml, Estradiol: 95pg/ml. Pruebas de función tiroidea, ciclado de cortisol, densidad urinaria y electrolitos normales. Resonancia magnética: Macroadenoma hipofisario de 13x10mm con degeneración quística o probable sangrado en su interior. Campimetría: Reducción generalizada de la sensibilidad bilateral y sutiles escotomas periféricos en ojo derecho. Tratamiento con cabergolina durante un año, con dosis acumulada de 60mg. A los 3 meses de tratamiento ciclos menstruales regulares, persistiendo la galactorrea la cual remitió un año después del tratamiento en los que también se evidenció normalización de los niveles de prolactina y el control de resonancia magnética de hipófisis fue normal. **Conclusiones/Recomendaciones**: En los macroprolactinomas en los que no hay signos de hipertensión endocraneana ni compromiso visual el tratamiento de elección inicial son los agonistas dopaminérgicos.

82TL. INTUSUSCEPCIÓN DE ÍLEON TERMINAL IDIOPÁTICA: CAUSA INUSUAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y HEMORRAGIA DIGESTIVA MEDIA EN UN ADULTO. Claudia Patricia Jaén Villanueva[1,2], Eumir Juárez Valdéz[1,3], Luis José Pinto García[1,4], Ricardo José Chicas López[1,5], Gustavo Ulises Castañón[1,2], Lizbeth Teresa Becerril Mendoza[1,6], Yanelly Estrella Morales Vargas[1,7], Valeria Yánez Salguero[1,8], Osvaldo Marche Fernández[1,4], Oscar Leonel García Rodas[1,9]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía. [2]Residente de Endoscopia Gastrointestinal. Hospital Juárez de México (HJM), Ciudad de México (CDMX). [3]Servicio de Gastroenterología, HJM, CDMX. [4]Residente de cuarto año de Medicina Interna, HJM, CDMX, Máster en Ciencias de la Salud. [5]Residente de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Monterrey, Nuevo León. [6]Servicio de Medicina Interna, HJM, CDMX. [7]Pasante de Servicio Social, HJM, CDMX. [8]Residente de Nefrología. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, CDMX. [9]Residente de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Manuel Gea González, CDMX.

Antecedentes: La intususcepción intestinal (II) es la invaginación de un segmento intestinal en otro adyacente. Poco frecuente en adultos, causa 1-5% de obstrucciones intestinales en ellos. La II tiene clínica inespecífica, presentando hematoquecia principalmente. Su localización más habitual es entero-entérica, de etiología maligna, benigna o idiopática. El diagnóstico se sospecha con clínica y tomografía, corroborando con histopatología. El tratamiento es resección quirúrgica. **Caso clínico:** Masculino de 46 años, sin antecedentes importantes, refiere cambios de consistencia en sus evacuaciones desde hace 3 meses, pérdida de peso y hematoquecia escasa 7 días previos, con aumento en últimas 24 horas llegando a inestabilidad hemodinámica y dolor abdominal. Exploración física: palidez, abdomen doloroso, peristalsis aumentada, sin datos de irritación peritoneal, hematoquecia al tacto rectal. Laboratorios que evidencian anemia. Endoscopia muestra hernia hiatal por deslizamiento y gastritis erosiva. Colonoscopia sin alteraciones. Tomografía que evidenció II entero-entérica de íleon terminal. Se decide realizar LAPE, se observa II a 125 cm de la válvula ileocecal, formando lesión polipoidea, que ocluía 80% de la luz, se realiza resección de la lesión con anastomosis. Se egresó sin complicaciones a las 48 horas. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La II idiopática en adultos es una condición muy rara y causa poco común de hemorragia del tubo digestivo medio.

83TL. TRAS LA HUELLA DEL CÁNCER LINGUAL: HALLAZGOS RADIOLOGICOS Y SEGUIMIENTO POR TOMOGRAFÍA. SERIE DE CASOS, INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL. Rina Díaz[1,2], Sara Sorto[1,2], Blanca Alemán[1,3], Claudia Medina[1,4]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía. [2]Residente de segundo año de Radiología e Imágenes Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Tegucigalpa. [3]Residente de cuarto año del postgrado de Radiología e Imágenes Médicas, UNAH, Tegucigalpa. [4]Especialista en Radiología e Imágenes Médicas, y alta especialidad en Cabeza y Cuello.

Antecedentes: El cáncer de lengua es de los más comunes en cabeza y cuello, y fumar, beber alcohol y la infección por el virus del papiloma humano son los principales factores de riesgo. Los estudios de imagen son necesarios para caracterizar, definir extensión y establecer niveles ganglionares afectados, para estadificar adecuadamente. La tomografía es primera línea para distinguir los procesos patológicos y proporciona una mejor evaluación de la afectación de ganglios y hueso. **Casos clínicos:** En mayo 2023 acudieron al IHSS tres pacientes con antecedente de cáncer de lengua para tomografía; mayores de 55 años, sin hábitos tóxicos. Primera, femenina, postoperada de hemiglosectomía izquierda, con diagnóstico de carcinoma de células escamosas; posterior al tratamiento quirúrgico recibió quimioterapia. Tomografía control: lengua sin evidencia de adenopatías sospechosas o infiltración a estructuras adyacentes. Segundo, masculino, se realizó resonancia magnética que reporta masa sólida en tercio posterolateral derecho de lengua; con posterior hemiglosectomía derecha y disección supraomohioidea del cuello. Biopsia reportó carcinoma epidermoide de borde lateral derecho. Tomografía control: áreas hipodensas en región lateral izquierda, en relación a cambios por infiltración grasa, y adenopatías de características sospechosas, en relación a áreas de necrosis, sin evidencia de infiltración a tejidos adyacentes. Tercera, femenina, con biopsia que reportaba lesión cancerígena de lengua; tomografía previo al tratamiento quirúrgico evidencia lesión infiltrativa en hemilengua izquierda, con reforzamiento al medio de contraste, cruza línea media e invade base de la lengua, afecta músculos intrínsecos y extrínsecos de la lengua, sin infiltración a estructuras óseas adyacentes. Actualmente en espera de tratamiento quirúrgico. **Conclusiones/Recomendaciones:** La tomografía es esencial en el diagnóstico del cáncer de lengua debido a su capacidad para proporcionar imágenes detalladas y precisas de las estructuras anatómicas y patológicas, puede ser utilizada para detección de recurrencia, evaluación de ganglios linfáticos, evaluación de la curación y seguimiento a largo plazo.

84TL. ANGIOSTRONGILIASIS, CAUSA POCO COMÚN DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL: REPORTE DE CASO. Jose Chavarría[1,2], Rodrigo Vaquero[1,3], Faviola Cálix[1,4]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía, [2]Residente de primer año de Cirugía General, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), San Pedro Sula (SPS). [3]Especialista en Cirugía General, Instituto Hondureño de Seguridad Social, SPS. [4]Máster en Epidemiología.

Antecedentes: *Angiostrongylus costaricensis* es un nemátodo que causa inflamación granulomatosa de pared intestinal (enterocolitis eosinofílica), afectando apéndice, intestino delgado distal y colon derecho; el humano adquiere accidentalmente la infección ingiriendo frutas, vegetales, caracoles o babosas crudas o poco cocidas con el parásito, los gusanos migran a arterias mesentéricas liberando huevos en tejidos intestinales, produciendo daño endotelial con vasculitis, trombosis y necrosis del tejido subyacente. Clínicamente, muchos pacientes son asintomáticos, pero dependiendo de la gravedad de la reacción inflamatoria se puede desarrollar fiebre, dolor abdominal, anorexia, vómitos, estenosis u obstrucción intestinal, isquemia mesentérica, perforación y casos de hemorragia gastrointestinal o fibrosis con tumoración. **Caso clínico:** Masculino de 29 años, procedente de El Progreso Yoro, que ingresa con dolor abdominal de 10 días de evolución en fosa iliaca derecha, con signos francos de irritación peritoneal; hematológico con Hb 12.7 g/dl, leucocitosis 11.1x10^3/Ul, neutrófilos 51.9% y eosinófilos 9.7%; ultrasonido: tumoración de 67x44x43 mm en flanco derecho del colon ascendente; tomografía computarizada: imagen de 53x51x46 mm secundaria a invaginación colónica, engrosamiento de pared de colon ascendente de 32x28 mm proximal al sitio de invaginación; colonoscopia: invaginación que no permite reducir ni avanzar a nivel de ciego. Se realiza laparotomía exploradora, encontrándose tumor en colon derecho 2x3 cm intraluminal, en ángulo hepático, que obstruye 100% de la luz; se procede con hemicolectomía derecha extendida a íleo transverso, anastomosis laterolateral con sutura mecánica. Biopsia reporta inflamación granulomatosa, marcada fibrosis, necrosis e isquemia, estructuras degeneradas de *Angiostrongylus*. Paciente con evolución satisfactoria. **Conclusiones/Recomendaciones:** No fue posible identificar el mecanismo de infección; en Honduras la información clínico-epidemiológica es limitada y el diagnostico se realiza postquirúrgico mediante estudio histopatológico.

85TL. PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO. Karel Iracema Escoto Pineda[1], Linda Vanessa Enamorado Cerna[1]. [1]Doctora en Medicina y Cirugía. [2]Residente de segundo año de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), San Pedro Sula.

Antecedentes: También llamada enfermedad de Moschowitz, de incidencia variable, en Latinoamerica 4 casos por millón, proporción mujer: hombre ~2.5:1. Caracterizada por deficiencia variable de ADAMTS13, metaloproteasa sintetizada en las células estrelladas hepáticas, podocitos, células epiteliales renales, plaquetas y células endoteliales; responsable de la escisión de multímeros del factor de von Willebrand ultragrande. La deficiencia grave de ADAMTS13 puede ser congénita (5%) o adquirida (95%). En consecuencia, los microtrombos ricos en plaquetas se forman espontáneamente dentro de arteriolas y capilares, lo que induce isquemia microvascular generalizada. El diagnóstico requiere la cuantificación de ADAMTS13 por debajo de 20%; existen métodos indirectos para un acercamiento diagnóstico: índice PLASMIC, escala francesa y escala ASAP. El tratamiento es de soporte inicialmente, y plasmaféresis como primera línea. **Caso clínico**: Masculino de 23 años, sin comorbilidades llevado por su madre por cefalea holocraneana intensa, no pulsátil, 8/10 en escala cuantitativa de dolor que no cede con AINES, fiebre y desorientación temporoespacial de 24 horas de evolución, convulsión tónico-clónica generalizada, con relajación de esfínteres. Se recibe con Glasgow 13 puntos (O4V3M6), sin signos meníngeos, cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen benigno, petequias en extremidades. Hemograma: leucocitosis con neutrofilia, anemia moderada normocítica-normocrómica, trombocitopenia severa; toxicológico negativo; LDH: 1158 U/L, TGO: 52 U/L, TGP: 41 U/L, creatinina 1.5 mg/dl, procalcitonina negativa, bilirrubina directa 0.45 mg/dl, bilirrubina indirecta 2 mg/dl, Coombs directo negativo, reticulocitos corregidos 6.1%. Frotis: glóbulos rojos crenados, policromatofilia y trombocitopenia severa, GR crenados 5%. Se realizó 7 sesiones de plasmaféresis, y completó rituximab 375 mg/m^2 IV c/semana x 4 semanas. Paciente egresa con cuadro clínico resuelto. **Conclusiones/Recomendaciones:** Es una patología poco conocida por su baja incidencia. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son cruciales para evitar complicaciones a largo plazo y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

86TL. LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA ASOCIADA A FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO: REPORTE DE CASO. Vilma Alejandra Gómez Lara[1,2], Reinaldo Alfonso Arita Castellanos[1,3], David Eleazar Cortés Padilla[1,4]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía. [2]Residente de primer año de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), San Pedro Sula (SPS). [3]Residente de tercer año de Medicina Interna, UNAH-VS, SPS. [4]Especialista en Hematología, Instituto Hondureño de Seguridad Social, SPS.

Antecedentes: La linfohistiocitosis hemofagocítica (LHH) es un síndrome caracterizado por actividad excesiva del sistema inmune e inflamatorio con mal pronóstico y mortalidad reportada del 50-70%. Se manifiesta como fiebre recurrente, citopenia, disfunción hepática y un síndrome similar a la sepsis que puede progresar a insuficiencia orgánica múltiple si permanece mal diagnosticado y el tratamiento adecuado no se inicia con prontitud. La LHH se clasifica como primaria (familiar) y secundaria (adquirida), siendo esta última el tipo más común en adultos. **Caso clínico:** Femenina de 52 años, con antecedentes de histerectomía total por neoplasia

intraepitelial cervical grado 3 a los 33 años, ingresada en el hospital con antecedente de 5 semanas de fiebre (cuantificada en 39°C). Ella negó cualquier otro signo o síntoma, con un examen físico normal. Las pruebas de laboratorio notables fueron hemoglobina 8.7 g/dL, plaquetas 124x10^9/L, ferritina 565 ng/ml, VSG 13 mm/h, fibrinógeno 306.74 mg/dL, IgM 17 mg/dL, IgG 554 mg/dL, PCR 81.69 mg/L, LDH 679 U/L, billirrubina total 0.37 mg/dL, Coombs directos negativos, y triglicéridos 541 mg/dL. Resto de pruebas inmunológicas e infecciosas negativas. Se realizan tres aspirados de médula ósea, evidenciándose en el último, hallazgos compatibles con linfohistiocitosis hemofagocítica. **Conclusiones/ Recomendaciones:** A pesar de la baja incidencia, su diagnóstico es desafiante porque tiene características clínicas que se superponen con otras afecciones. En el estudio de diagnóstico, la malignidad y las causas infecciosas deben descartarse con pruebas de laboratorio, imágenes de diagnóstico, estudios de médula ósea y biopsia si es necesario.

87TL. MIOSITIS VIRAL: REPORTE DE UN CASO. Enrique Adalberto Medina[1,2], Diana Ramírez[1,3], Giovanni Marie[1,4]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía. [2]Residente de tercer año de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), San Pedro Sula (SPS). [3]Especialista en Pediatría y Oncología Pediátrica, Docente de Pediatría, Instituto Hondureño de Seguridad Social, SPS. [4]Especialista en Pediatría y Cirugía Pediátrica, Coordinador del Posgrado de Pediatría, UNAH-VS, SPS.

Antecedentes: La miositis viral, descrita desde 1957 por Lunderberg, y también conocida como miositis viral de la infancia, se presenta luego de un cuadro de infección viral, principalmente influenza tipo A y tipo B; y se caracteriza por dolor bilateral en grupos musculares de miembros inferiores, de inicio súbito, autolimitado y sin ninguna alteración en el examen neurológico; posee una incidencia de 2.6/100,000 en fases epidémicas de procesos virales, principalmente en edades preescolares y escolares. **Caso clínico**: Escolar de 6 años, sin antecedentes patológicos de importancia, debuta con historia de fiebre de 2 días de evolución, continua, atenuada con el uso de acetaminofén; es llevado a la Emergencia Pediátrica al presentar en las últimas 8 horas dolor en miembros inferiores a la altura de ambas piernas generando incapacidad a la marcha correcta. No se identifica ninguna alteración al examen físico, hemograma sin anormalidades y antígeno positivo para influenza tipo A, CPK total 700 UI/L, se ingresa para vigilancia y manejo con analgesia con paracetamol. El cuadro mejora en 48 horas, y paciente logra ser egresado sin dolor ni fiebre y con CPK en 100 UI/L **Conclusiones/ Recomendaciones:** Ante la presencia de brotes epidémicos de influenza cada año, obliga a vigilar signos de dolor y tomar en cuenta la miositis viral con adecuado abordaje diagnóstico y generar adecuado tratamiento como vigilancia laboratorial necesaria.

88TL. EXTROFIA CLOACAL: MALFORMACIÓN ANORRECTAL COMPLEJA. María Alejandra Galindo Cueva[1,2], Giovanni Marie[1,3], Alex Milán Gómez[1,4]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía. [2]Residente de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), San Pedro Sula (SPS). [3]Especialista en Pediatría y Cirugía Pediátrica, Coordinador del Posgrado de Pediatría, UNAH-VS, SPS. [4]Especialista en Pediatría, Cirugía Pediátrica y Urología, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, SPS.

Antecedentes: La extrofia cloacal es un desorden congénito raro relacionado con un desarrollo anormal de la membrana cloacal, asociada a un fallo en el cierre del tracto urinario inferior. La extrofia cloacal también ha sido llamada complejo OEIS (onfalocele, extrofia, ano imperforado y defecto espinal). La prevalencia de esta patología está cerca de 1 en cada 200,000-400,000 nacidos vivos. El diagnóstico debería realizarse durante el abordaje prenatal por ultrasonido, sin embargo, su identificación puede ser desafiante. **Caso clínico**: Femenina recién nacida, referida de centro regional por presentar múltiples malformaciones congénitas. Madre de 20 años, secundigesta, con controles prenatales, y dos ultrasonidos prenatales sin anormalidades. El parto requirió evacuación abdominal por oligohidramnios y presentación pélvica. Nace producto a término, único, vivo, podálico, APGAR 8 y 9 al primer y quinto minuto, líquido amniótico meconial, pequeño onfalocele, sin anormalidades en placenta. Al examen físico se observa extrofia cloacal, cordón umbilical normal en hemi-abdomen izquierdo, genitales externos indeterminados, ano imperforado, pie equino varo bilateral y masa a nivel lumbar de 5 cm de diámetro que parece corresponder con un lipomeningocele, sin otros hallazgos. Se realiza ultrasonido abdominal, con hallazgos compatibles con extrofia cloacal. Se realiza intervención quirúrgica en su noveno día de vida por el servicio de urología pediátrica donde se encuentran los siguientes hallazgos: dos hemi-úteros, dos ovarios, dos hemi-vaginas, vía urinaria y genitales confluyentes en estructuras comunes con salida hacia periné en seno urogenital, intestino posterior termina en saco ciego distal dilatado, hidronefrosis izquierda y diástasis de sínfisis de pubis marcada. Paciente con evolución postquirúrgica favorable. **Conclusiones/Recomendaciones:** La rareza de la extrofia cloacal dificulta el desarrollo de equipos multidisciplinarios con buena experiencia en el manejo de la condición. Se debe reforzar la exposición ocasional a esta patología y así mejorar el pronóstico de los pacientes.

89TL. BRUCELOSIS RECURRENTE: REPORTE DE CASO. Elissa Daniela Hernández Maradiaga[1,2], Frances Michell Estrada Domínguez[1,3]. [1]Doctora en Medicina y Cirugía, [2]Especialista en Medicina Interna, Hospital Regional del Sur, Choluteca. [3]Hospital Regional del Sur y CMQ, subrogado del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Choluteca.

Antecedentes: La brucelosis es la zoonosis de origen bacteriano más prevalente en el mundo, asociada al consumo

de productos lácteos no pasteurizados. **Caso clínico:** Femenina de 34 años, quien ingresa a servicio subrogado del IHSS en Choluteca, por presentar fiebre de 40 °C, asociada a náuseas, vómitos, artralgias, mialgias, escalofríos y diaforesis, con antecedentes de consumo de lácteos no pasteurizados. PCR-rt SARS-CoV2 negativo, TAC pulmonar normal, examen de orina y hemograma normales. Se ingresa con imipenem-cilastatina, continuando con la misma sintomatología, pero presentando diarrea, por lo que se cambia cobertura a metronidazol más levofloxacino, con lo que presenta mejoría. Al completar siete días de antibióticos, reinicia síntomas, por lo que se envían antígenos febriles reportando *Brucella abortus* 1:40 y se descarta otras enfermedades infecciosas e inmunológicas. Se manejó con doxiciclina 100 mg VO c/12h, se le realiza anticuerpos para *Brucella*, reportando IgM 3.28 (positiva) e IgG 0.44. El servicio de Infectología agrega gentamicina 300 mg IV c/d por 7 días y continúa doxiciclina 100mg vo c/12h por 6 semanas. Tres meses posteriores a tratamiento: antígenos febriles con *Brucella abortus* negativo. Posteriormente, presenta tres cuadros de brucelosis tras el diagnóstico, y en el transcurso de 2 años, diagnósticada con IgM positiva para *Brucella*, tratada en dos recurrencias con doxiciclina 200 mg VO c/12h por 6 semanas y gentamicina 300 mg IV c/d por 7 días; la última recurrencia tratada con trimetoprim- sulfametoxazol 160/800 mg IV c/12h por 21 días y doxiciclina 200 mg c/12h VO por 6 semanas. **Conclusiones/Recomendaciones:** La brucelosis es una enfermedad febril que debe sospecharse en los pacientes con ingesta de lácteos no pasteurizados. En Honduras se desconoce la incidencia, pero en casos recurrentes, por la baja resistencia antibiótica, se puede repetir el esquema antibiótico previamente indicado.

90TL. HISTOPLASMOSIS DISEMINADA: A PROPÓSITO DE UN CASO. Enrique Adalberto Medina[1,2], Ana Gabriela Rodríguez Pavón[1,2,] Vanessa Orellana[1,3]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía. [2]Residente de tercer año de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), San Pedro Sula (SPS). [3]Especialista en Pediatría, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas (HNMCR), SPS.

Antecedentes: La histoplasmosis es una enfermedad infecciosa producida por el hongo *Histoplasma capsulatum*, que causa enfermedades en el humano al ser inhalado del polvo de las heces de murciélagos y pájaros. En Latinoamérica prevalece la variedad *capsulatum*, la cual en pacientes con inmunodeficiencia ocasiona una enfermedad diseminada. Se presenta en ambos sexos, hasta los 10 años de edad, predomina en los varones 4:1. La mortalidad de la histoplasmosis diseminada no tratada es del 80%. El tratamiento depende de la severidad de la enfermedad. **Caso clínico**: Escolar femenina de 8 años, procedente de Lempira. Referida al HNMCR por presentar historia de fiebre de dos meses de evolución, pérdida de peso, al inicio hepatomegalia y posterior desarrollo de ascitis; se recibe en unidad pediátrica, severamente emaciada; en exámenes de laboratorio: LDH 700 U/L, pancitopenia que requirió en varias ocasiones transfusiones sanguíneas. Se descartó tuberculosis y neoplasia abordando todos los criterios diagnósticos; luego de ser policultivada, con negatividad total y aspirado de médula ósea negativo, se realizó un segundo aspirado de médula ósea, solicitándose cultivo para hongos e histopatología, encontrando estructuras levaduriformes y hallazgos correspondientes con inflamación granulomatosa crónica e *Histoplasma spp.* Se inicia tratamiento intrahospitalario con anfotericina B, con evidente mejoría clínica. Logra ser egresada con plan nutricional, e itraconazol como tratamiento supresor. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El abordaje diagnóstico de la tríada clínica de fiebre, hepatoesplenomegalia y pancitopenia, sobre todo si se acompaña de elevación de LDH, debería incluir a la histoplasmosis diseminada en el diagnóstico diferencial, para iniciar un tratamiento precoz. El paciente con inmunodeficiencia debe continuar tratamiento profiláctico con itraconazol ya que esto reduce la enfermedad hasta en un 70%.

91TL. TORACOSCOPÍA MÉDICA EN EL MANEJO DEL DERRAME PARANEUMÓNICO COMPLICADO. Dylan Maldonado[1,2], Juan Fernando Suazo[1,3], Marco Antonio Quiñónez[1,4], Arodys Julianny Valle[1,2], Mario Valeriano[1,4]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía. [2]Residente de tercer año de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), San Pedro Sula (SPS). [3]Residente de Medicina Interna, Leeds Teaching Hospital, Reino Unido. [4]Especialista en Neumología, Jefe del Departamento de Terapia Intensiva, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, SPS. Centro de Neumología y Alergia, SPS.

Antecedentes: La toracoscopía es una técnica endoscópica desarrollada hace más de cien años por Hans-Christian Jacobaeus. Permite la visualización directa de la cavidad pleural, haciendo posible obtener biopsias de pleura parietal, drenaje de líquido, colocación de sonda pleural y pleurodesis. A pesar de ser un procedimiento principalmente diagnóstico, puede utilizarse para propósitos terapéuticos. **Caso clínico:** Masculino de 19 años, sin antecedentes, inicia cuadro de dolor pleurítico derecho, disnea súbita y un episodio de hemoptisis con signos clínicos y radiológicos de neumonía. Hospitalizado y tratado con ceftriaxona y azitromicina, sin mejoría luego de 48 horas, presentando mayor dificultad respiratoria siendo referido a hospital de especialidades. Ingresa con PA 120/60 mmHg, FC: 90 lpm, FR: 32 rpm, T: 36.7 °C y SpO_2: 92%. Radiografía inicial muestra hidroneumotórax derecho, se coloca sonda endopleural drenando 2000 ml de líquido serosanguinolento. Citoquímica reporta exudado neutrofílico con glucosa 3 mg/dl, LDH 1006 U/L, tinciones de Gram y Ziehl-Neelsen negativas. Continúa con ceftriaxona e inicia clindamicina por derrame paraneumónico complicado. Radiografía de tórax control 5 días después postcolocación sonda endopleural con succión muestra falta de expansión pulmonar con colección pleural derecha. Se realiza toracoscopía médica con toracoscopio rígido en sala de broncoscopía bajo anestesia local y sedación leve, encontrando múltiples adherencias de fibrina y colecciones pleurales. Se

realiza lavado y liberación de adherencias. Paciente presenta mejoría clínica y radiológica, es egresado tres días después del procedimiento. **Conclusiones/Recomendaciones:** La toracoscopía médica es una alternativa a la toracotomía, permitiendo remover de manera mecánica el material infectado, mediante aspiración del líquido purulento o removiendo adherencias de fibrina, facilitando la reexpansión pulmonar. Se reportan tasas de éxito de hasta 93% en manejo temprano del derrame paraneumónico y empiema, logrando evitar progresar a estadios más complicados que requieren de intervención quirúrgica mayor y tiempo de hospitalización prolongado.

92TL. HEPATITIS AGUDA POR INFLUENZA A: REPORTE DE CASO. Elissa Daniela Hernández Maradiaga[1,2], Fermín Andrés Zúniga Hernández[1,3]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía, [2]Especialista en Medicina Interna, Hospital Regional del Sur, Choluteca. [3]Médico Asistencial de Fuerzas Armadas de Honduras, Primer Regimiento de Caballería Blindada.

Antecedentes: La influenza A es causa importante de muerte en el mundo, el compromiso hepático es infrecuente, y los pacientes mayores de 60 años, embarazadas o enfermos con comorbilidades presentan mayor riesgo de cuadros graves. **Caso clínico:** Femenina de 86 años**,** con antecedentes de neumopatía obstructiva crónica, ingresa a clínica privada de Choluteca, con 6 días de fiebre, mialgias, artralgias, tos, y 3 días de somnolencia, confusión mental, dolor epigástrico y disnea. Se recibe en mal estado general, escala de Glasgow 10 pts, con PA: 100/60 mmHg, FC: 90 lpm, FR: 28 rpm, SO_2: 84%, T: 39 °C, con crépitos y sibilancias bilaterales; a la palpación abdominal, dolor en hipocondrio derecho y hepatomegalia leve; ictericia conjuntival y edema en miembros inferiores. Leucocitos: 13600 cel/mm^3, plaquetas: 172,000 cel/mm^3, albúmina: 3.1 g/dl, glucosa: 86 mg/dl, creatinina: 1.3 mg/dl, TGO: 86 U/L, TGP: 28 U/L, potasio: 2.9 mmol/l , sodio: 135 mmol/l, bilirrubina total: 3.4 mg/dl, bilirrubina directa: 2.8 mg/dl, bilirrubina indirecta: 0.6 mg/dl, amonio sérico: 134.1 umol/l, TP: 20 seg, TPT: 92 seg, INR: 1.73, proBNP: 872 ng/ml, serología por hepatitis A,B, y C negativos, antígeno SARS-CoV-2 negativo, antígeno por influenza A positivo. Tomografía cerebral: atrofia cerebral y cerebelosa; radiografía de tórax: aortoesclerosis, infiltrados intersticiales bilaterales de predominio periférico; tomografía abdominal: leve derrame pleural bilateral, hígado moderadamente aumentado de tamaño, con severa disminución difusa de la densidad del parénquima hepático que sugiere proceso inflamatorio, dos pequeños cálculos, vesícula de tamaño normal, masa sólida en polo superior del riñón izquierdo, subjetivo de proceso neoplásico; electrocardiograma: taquicardia sinusal. Se maneja con oseltamivir, levofloxacina, furosemida; a las 24h entra en insuficiencia respiratoria, los familiares no aceptan intubación y fallece a las 36h hospitalizada. **Conclusiones/Recomendaciones:** La influenza A causa epidemias estacionales, es prevenible, puede llegar a ser mortal en ancianos y la hepatitis es infrecuente.

93TL. REPORTE DE CASO: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. Robersy Medina[1,2], Jorge Cáceres[1], Caroline Andrade[1,3]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía, [2]Residente de tercer año de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa. [3]Especialista en Medicina Interna, Hospital Escuela, Honduras.

Antecedentes: La tromboembolia pulmonar (TEP) es la tercera causa más frecuente de mortalidad cardiovascular. Los factores de riesgo tradicionales incluyen la inmovilización, la neoplasia activa, los traumatismos, la insuficiencia cardiaca congestiva y otros, que explican el 74% de los casos de trombosis venosa profunda (TVP), dejando un 25% de casos sin explicación. El lupus eritematoso sistémico (LES) suele presentarse con fatiga, artralgias, artritis, mialgias y pérdida de peso, pero fuera del sistema musculoesquelético, el sistema pulmonar es el siguiente más comúnmente afectado. **Caso clínico**: Femenina de 21 años, con antecedentes de TVP y TEP en enero de 2023, asiste a la emergencia del Hospital Escuela con historia de sintomatología constitucional de un mes de evolución caracterizada por astenia, adinamia y pérdida de peso involuntaria de ±10 libras, acompañado de fiebre del mismo tiempo de evolución, no cuantificada, subjetivamente alta, intermitente, atenuada parcialmente con acetaminofén. Además, dolor articular de 4 meses de evolución, que inició en articulaciones interfalángicas de ambas manos, extendiéndose a muñecas, codos, rodillas, tobillos, asociado a calor, rubor, limitación funcional, sin predominio de horario, sin mejoría en reposo, que se exacerbó en los últimos 15 días previos a su ingreso, no relacionado con trauma. Al examen físico, se evidencia eritema malar y aumento de volumen en miembro inferior izquierdo sospechando una enfermedad autoinmune por lo que se indican estudios laboratoriales que confirman diagnóstico de LES. Se inicia manejo con hidroxicloroquina 200 mg c/d, azatioprina 50 mg c/d y prednisona 25 mg c/d, y se egresa. Se desconoce el estado actual de la paciente, ya que no asistió a cita de seguimiento. **Conclusiones/ Recomendaciones**: Es fundamental crear un sistema de seguimiento efectivo porque las complicaciones a corto y largo plazo de estas enfermedades pueden ser fatales y sus tratamientos incurren en costos elevados.

94TL. GLOMANGIOPERICITOMA NASOSINUSAL: A PROPÓSITO DE UN CASO, REVISIÓN DE LA LITERATURA Y ÉNFASIS EN DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES. Jorge García[1,2], Wilma Borden[1,2], Janeth Bu[1,3]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía. [2]Residente de Radiología e Imágenes Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa. [3]Especialista en Radiología y Neurorradiología, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

Antecedentes: El glomangiopericitoma es una neoplasia nasosinusal poco común con un fenotipo mioide perivascular, es un tumor indolente que tiende a surgir en el tracto nasosinusal de los adultos mayores, tiene un bajo potencial maligno con

excelente pronóstico después de la resección. **Caso clínico:** Femenina de 32 años, sin antecedentes conocidos, con historia de obstrucción nasal derecha progresiva, epistaxis y secreción nasal continua y sensación de masa en cavidad nasal de dos meses de evolución. Angiotomografía cerebral y angiorresonancia revelaron tumor sólido altamente vascularizado centrado en la cavidad nasal, con extensión a la nasofaringe y celdillas etmoidales posteriores. Se realizó embolización de arterias esfenopalatina y etmoidal posterior, que irrigaban al tumor, y se realizó exéresis. Hallazgos operatorios: masa tumoral lobulada muy vascularizada con lecho de implantación en cola de cornete superior derecho. Estudio histopatológico: proliferación subepitelial difusa, circunscrita de células fusiformes creciendo en láminas y fascículos cortos, con borramiento de las estructuras submucosas y epitelio superficial suprayacente intacto. No hubo complicaciones. La paciente se encuentra hasta la fecha libre de tumor. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El glomangiopericitoma nasosinusal es una neoplasia poco frecuente de cavidad nasal y senos paranasales. El estudio preoperatorio incluye endoscopia, angiografía y angiotomografia o angioresonancia. El análisis histológico es esencial. La escisión quirúrgica completa es el tratamiento de elección, con seguimiento a largo plazo.

95TL. SÍNDROME MEDULAR COMPLETO SECUNDARIO A MIELITIS INFECCIOSA CAUSADA POR *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS*. INFORME DE CASO. Sonya Denise Díaz[1,2], Daysi Nicolle Umanzor[1,2], Olga María Suazo Suazo[1,3]. [1]Doctora en Medicina y Cirugía. [2]Médico Asistencial en Emergencia Unificada, Hospital Escuela, Tegucigalpa. [3]Región Sanitaria Departamental de La Paz.

Antecedentes: La tuberculosis es un problema de salud pública a nivel mundial, y en América Latina continúa siendo una enfermedad endémica, pese a los avances en diagnóstico y tratamiento. Es causada por *Mycobacterium tuberculosis*, se transmite a través de gotas de aire y la presentación extrapulmonar afecta 5-45% de la población infectada. La tuberculosis de columna vertebral es una enfermedad crónica y progresiva, secundaria a la diseminación de un foco primario. **Caso clínico**: Masculino de 31 años, con fiebre de predominio nocturno de 4 días de evolución, acompañada de diaforesis, con atrofia muscular leve en miembros inferiores (MMII), y debilidad bilateral y progresiva de todas las extremidades, con puntaje según la escala de fuerza muscular de Daniels de 0 en MMII, y 1 en miembros superiores (MMSS); con ausencia de reflejos osteotendinosos en ambos pares de extremidades, nivel sensitivo en C4, y ausencia de control de esfínteres. Se realizó rayos de tórax que reporta derrame pleural bilateral del 30%. El diagn**ó**stico se estableció mediante toracocentesis, realiz**ándose en líquido pleural** GeneXpert y cultivo, con resultados positivo para tuberculosis y negativo para micobacteria resistente. En resonancia magnética con gadolinio, se identifica área hiperintensa cervical medular de C2 hasta C4, produciendo aumento en el diámetro de la m**é**dula espinal. Se inicio tratamiento con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. Cuatro semanas posteriores al comienzo de tratamiento paciente presenta mejoría de su puntaje de Daniels, con 2 en MMII y 3 en MMSS, continuando con terapia física. **Conclusiones/Recomendaciones**: La tuberculosis se presenta de maneras muy diversas y se debe tener presente en pacientes jóvenes sin antecedentes personales que presenten cuadros de fiebre inexplicada. En las formas extrapulmonares, donde la identificación plantea un reto, las pruebas microbiológicas y de imagen como GeneXpert y resonancia magnética, son de vital importancia para establecer un diagnóstico.

96TL. PREVALENCIA DE IMPEDIMENTOS VISUALES EN ESCOLARES DEL DISTRITO CENTRAL, HONDURAS DE OCTUBRE 2022 A MARZO 2023. Nicolle Alejandra Sánchez Artiles[1], Sandra Flores[1,2], Cira Pérez[1,2]. [1]Doctora en Medicina y Cirugía. [2]Especialista en Pediatría y Cuidados Intensivos Pediátricos. Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La Organización Mundial de la Salud estimó que, en América Latina, aproximadamente un 7% de los escolares tienen algún déficit refractivo que requiere corrección. Dentro de las principales causas de discapacidad visual, los trastornos visuales ocupan el primer lugar, y tienen su prevalencia más alta en la niñez. **Objetivo:** Identificar la prevalencia de impedimentos visuales de niños escolares en el Distrito Central entre octubre de 2022 y marzo de 2023. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Se evaluaron 288 niños escolares de edades entre los 6 y 12 años utilizando la cartilla de Snellen a 6 metros de distancia con apoyo de un oclusor visual y agujero estenopeico. El procesamiento de datos se realizó mediante formulario de Epi Info 7. **Resultados:** Se evaluó ambos ojos de manera independiente a los participantes. Se obtuvo una prevalencia de impedimentos visuales del 21.5%, dividido de la siguiente manera: impedimento visual leve en ambos ojos en un 6.9%, impedimento visual leve en solo un ojo con el 6.94%, impedimento visual moderado en ambos ojos con un 4.5%, e impedimento visual moderado en un ojo con el 3.1%. No se identificaron casos de impedimento visual severo ni casos de ceguera. Se observó la edad con mayor prevalencia fueron los 9 años, representando el 27.1% de los afectados. Según el sexo, el 23.5% de las afectadas por algún impedimento visual fueron mujeres. El 82.3% de los examinados jamás habían tenido una evaluación visual especializada previa. De los 288 evaluados, solo el 8.0% ya contaban con lentes prescritos previamente. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se recomienda reforzar el cumplimiento adecuado del Programa de Escuela Saludable, que incluye evaluación de la agudeza visual de forma anual en los escolares; y promover la educación sobre la importancia de la valoración oftalmológica temprana para la detección oportuna.

97TL. CONECTAR EXCELENCIA Y COMPARTIR CONOCIMIENTOS PARA MAYOR EQUIDAD EN LA INVESTIGACIÓN SANITARIA: EXPERIENCIA DE THE GLOBAL HEALTH NETWORK EN LATINOAMÉRICA Jackeline Alger, MD, PhD;[1,2] Lía Mondragón, MD, MSc;[1] Michelle López Santisteban, MD, MSc;[2] Diana Varela, MD;[1,2] María A. Ramos, MD;[2] Carlos Sánchez, MD;[2] Flavia Bueno, MSc, PhD;[3] Javier Bustos, MD, PhD;[4] Julio A. Canario, MSc;[5] Héctor García, MD, PhD;[4] Ezequiel García Elorrio, MD;[6] Vanessa Jorge, MD;[3] Agustina Mazzoni, MD;[6] Daniela Morelli, RN;[7] Lyda Osorio, MD, PhD;[8] Fernando Rubenstein, MD, MPH;[6] Mercedes Rumi, MD;[7] Cristiani Vieira Machado, MD, PhD;[3] Trudie Lang, PhD.[7] [1]Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Honduras; [2]Hospital Escuela, Honduras; [3]Fundación Oswaldo Cruz - Fiocruz, Brasil; [4]Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú; [5]Fundación Etikos, República Dominicana; [6]Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Argentina; [7]The Global Health Network, Universidad de Oxford, Reino Unido; [8]Universidad del Valle, Colombia.

Antecedentes: The Global Health Network (TGHN, https://tghn.org/) fue creada en 2010 para combatir la desigualdad en la investigación en salud en el mundo. Comenzó impulsando más y mejor investigación en todos los niveles de la atención sanitaria en África, fomentando el acceso igualitario a la información, herramientas y recursos. **Descripción de la experiencia**: TGHN evolucionó para trasladar su liderazgo al Sur Global, utilizando un modelo de consorcio apoyado por todos sus colaboradores y puesto en marcha mediante entidades descentralizadas en África, Asia, América Latina y Caribe (LAC). TGHN LAC engloba seis centros en Argentina, Brasil, Colombia, Honduras, Perú y República Dominicana, que desarrollarán un proyecto conjunto a cinco años, financiado por Wellcome Trust, para: 1) Construir una comunidad de práctica abierta y gratuita para todos los latinoamericanos interesados o actualmente realizando investigación en salud, 2) Movilizar el conocimiento ya existente que puede ser útil para otros grupos de investigadores globalmente, 3) Conectar y convocar la excelencia en la investigación de enfermedades infecciosas, 4) Entrenar a la comunidad investigadora latina en pasos y procesos comunes a todos los tipos de investigación sanitaria, 5) Fomentar el liderazgo científico regional, y fomentar la construcción de entornos amigables para la investigación en instituciones sanitarias. El proyecto ha comenzado, y será lanzado oficialmente en agosto de 2023. A través de trabajo multicéntrico y multidisciplinario, a la fecha se han preparado acuerdos de entendimiento, términos de referencia, perfiles; armonización de terminología y mapeo de intereses y capacidades. **Lecciones aprendidas**: Los principales retos afrontados por los equipos de investigación resultan de la inexistencia de mecanismos que faciliten su desarrollo y en general no varían según enfermedad o tipo de estudio. TGHN y grupo TGHN LAC están mejorando los mecanismos actuales para movilizar métodos y competencias y compartir exitosamente la excelencia entre organizaciones, regiones y áreas de enfermedad.

98TL. EFECTOS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EDADES PEDIÁTRICAS. Jesús Alberto Roa Saborit[1,2], Laura Teresa Mejía Cruz[1,3], Vianned Beatriz Morales Placencia[1,2], Rita Irma González Sábado[1,2]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía. [2]Facultad de Ciencias Médicas "Celia Sánchez Manduley", Manzanillo, Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Cuba. [3]Especialista en Endocrinología, Santa Rosa de Copán.

Antecedentes: La violencia familiar es uno de los problemas de salud más frecuentes en la actualidad, no siempre se denuncia, porque el miedo prevalece en las personas agredidas. **Objetivo:** Caracterizar los efectos de la violencia intrafamiliar en edades pediátricas. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el Hospital Provincial "Hermanos Cordové" durante los meses de enero de 2021 a enero de 2022. El universo lo constituyeron 213 casos atendidos en consulta y la muestra (n=91), se conformó por los pacientes que asistieron en ese período, en los que la causa o la consecuencia de su problema de salud fueran la violencia intrafamiliar en cualquiera de sus manifestaciones. Se utilizaron las variables, grupo etario, sexo, tipo de violencia contra los infantes y las consecuencias de estas. **Resultados:** La violencia intrafamiliar es más frecuente en el sexo femenino (67%), en el grupo etario de 15-19 años, la violencia física (47.2%) el sexo femenino (37.4%) es el más afectado. Los efectos más frecuentes encontrados en esta investigación fueron: la dificultad para el sueño y la alimentación en los pacientes de 1-4 años (7.7%), la agresividad (16.4%) para el grupo 5-14 años, la inapetencia y anorexia en los adolescentes (23.0%). **Conclusiones/Recomendaciones:** Sobresale como grupo de edad más afectado la etapa de la adolescencia por lo que se debe indicar un tratamiento adecuado a estas víctimas para evitar secuelas a mediano y largo plazo.

99TL. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y CLÍNICA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TUMORES CEREBRALES DE 2010 A 2022, HOSPITAL DE OCCIDENTE Y CENTRO MÉDICO SANTA ROSA, SANTA ROSA DE COPÁN, HONDURAS. Helen Pamela López López[1], César Omar Batres Cruz[1], Gloria Stefany Madrid Arita[1], David Enrique Díaz Mejía[1], Roberto Álvarez Rodríguez[1,2]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía. [2]Especialista en Neurocirugía, Hospital de Occidente, Centro Médico Santa Rosa, Santa Rosa de Copán, Honduras.

Antecedentes: La Organización Mundial de la Salud publicó en 1993 una clasificación patológica de tumores intracerebrales, que estableció tipificación y gradación de los mismos, dependiendo de la malignidad de la lesión; dicha clasificación es la más usada por neurocirujanos y patólogos. La última revisión del consenso fue publicada en 2016. Los tumores cerebrales son una patología poco estudiada en Honduras. **Objetivo**: Caracterizar sociodemográfica y clínicamente a los pacientes diagnosticados con tumores cerebrales en el Hospital de Occidente y Centro Médico Santa Rosa, Honduras en el periodo comprendido entre 2010 y 2022. **Metodología**:

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, transversal. La fuente de datos fueron expedientes clínicos. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de tumor cerebral, atendidos por el servicio de Neurocirugía, de 2010 a 2022. El tamaño de la muestra fue de 43 pacientes. Para el análisis se datos se utilizó STATA 16.1, se describen los resultados por estadística descriptiva. **Resultados**: La localización de los tumores cerebrales más frecuente fue intraaxial en 58% (n=25). El tipo de tumor cerebral con mayor prevalencia fue el meningioma. El rango de edad más frecuente fue de 21 a 30 años de edad. El método diagnóstico más utilizado fue la tomografía computarizada en un 70%. Al 100% de los pacientes se les realizó cirugía. Del total de pacientes, uno falleció, lo cual indica letalidad de 2.3%. **Conclusiones/Recomendaciones**: Los tumores cerebrales se presentaron con mayor frecuencia en el sexo masculino, en edades entre 21-30 años siendo un rango con buen pronóstico de vida. Se recomienda capacitar al personal de salud en atención primaria para reconocer signos de alarma y la tríada clásica de hipertensión endocraneana, la cual suele estar presente dentro de la sintomatología de un paciente con tumor cerebral.

100TL. PROPORCIÓN DE ESTRONGILOIDIASIS Y FACTORES ASOCIADOS: ANÁLISIS DE 13 AÑOS DE RESULTADOS DE LABORATORIO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE HONDURAS, 2010-2022. Jorge García-Aguilar, MQC, MSc,[1,2,3] Jackeline Alger, MD, PhD.[1,2,3] [1]Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras; [2]Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa, Honduras; [3]Asociación Hondureña de Parasitología, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La estrongiloidiasis, parasitosis causada por *Strongyloides stercoralis*, tiene una frecuencia variable, dependiendo del método diagnóstico utilizado y la población estudiada. En vista de que en Honduras hay poca información, el análisis de datos de laboratorio puede generar información que ayude a entenderla. **Objetivo:** Estimar la proporción e identificar factores asociados a la estrongiloidiasis, analizando los registros del laboratorio del Servicio de Parasitología del Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras, durante el periodo 2010-2022. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, analítico. El diagnóstico de laboratorio se realizó analizando muestras de heces con métodos directo (MD) y el método de Baermann modificado (MBM). Se estimaron frecuencias y porcentajes, la asociación estadística fue con Razón de Prevalencia (RP) e intervalos de confianza al 95% (IC95 %); para el análisis de datos se utilizó el programa R (4.2.0) y paquete epiR (2.0.46). **Resultados:** La proporción general de estrongiloidiasis fue 0.29%, siendo mayor con MBM (0.87%), entre pacientes masculinos (0.44%) y edades 20-40 años (0.41%) con MD y 41-61 años (1.14%) con MBM. La mayor proporción fue en pacientes masculinos mayores de 40 años con MBM (3.14%). Factores asociados: edad 20-61 años (RP=2.26, IC95%=1.53-3.31), sexo masculino (RP=2.31, IC95%=1.60-3.44), moco (RP=1.86, IC95%=1.22-2.83), cristales de Charcot-Leyden (RP=8.47, IC95%=5.14-13.96), heces líquidas (RP=2.39, IC95%=1.55-3.68), otras helmintiasis (RP=6.73, IC95%=3.98-11.38). Factores asociados a los casos detectados con MBM: Consulta Externa (RP=4.21, IC95%=1.91-9.28) y heces formadas (RP=3.99, IC95%=1.94-8.19). Factores asociados a los casos detectados con MD: Edad 20-40 años (RP=0.23, IC95%=0.06-0.92) y heces liquidas/diarreicas (RP=0.28, IC95%=0.10-0.76). **Conclusiones/Recomendaciones:** El MBM aumentó la proporción de estrongiloidiasis casi 4 veces, en comparación con MD, siendo necesaria su implementación en laboratorios de atención primaria. La mayoría de los casos se distribuyó entre pacientes masculinos adultos. Los casos diagnosticados exclusivamente con MBM tuvieron diferencias con los casos diagnosticados con MD. Es necesario realizar estudios poblacionales en Honduras.

101TL. INFECCIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y MENINGES: ROL DE LOS ESTUDIOS DE IMAGEN. SERIE DE CASOS DEL IHSS Y HEU TEGUCIGALPA. Jorge García[1,2], Jeaneth Bu[1,3]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía. [2]Residente de cuarto año de Radiología e Imágenes Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa. [3]Especialista en Radiología y Neurorradiología, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Tegucigalpa.

Antecedentes: Las infecciones vertebrales incluyen la afectación de las estructuras óseas, disco intervertebral y tejidos blandos paravertebrales (espondilodiscitis), duramadre y medula espinal, y son una causa poco común de dolor de espalda no traumático; sin embargo, están asociadas a una alta morbi-mortalidad, por lo que el diagnóstico precoz y tratamiento temprano son primordiales. Se presenta una serie de casos y se revisa la fisiopatología de la infección de la columna vertebral, así como los hallazgos de imagen utilizando radiografía simple, tomografía computarizada y resonancia magnética. **Casos clínicos:** Serie de casos de pacientes con infecciones de la columna vertebral: cuatro pacientes con espondilodiscitis lumbosacra complicadas, con abscesos prevertebrales y del músculo psoas, una con artritis sacrococcígea, otra tuvo afectación cervical y diseminación intracraneal que se manifestó como meningitis, y dos con abscesos epidurales lumbares. El desenlace fue fatal en cuatro de los casos, uno respondió favorablemente a la terapia médica, y en un caso fue necesaria una intervención quirúrgica, la cual fue exitosa. En todos los casos, los estudios de imagen fueron cruciales para el diagnóstico y valoración de la carga de la enfermedad. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las infecciones de la columna vertebral se asocian a una alta morbilidad y mortalidad, y la detección y el diagnóstico tempranos son de importancia crítica. Los hallazgos imagenológicos son característicos, juegan un papel crucial en el diagnóstico y tratamiento por lo que es necesario conocer y estar familiarizados con las indicaciones y el momento y contexto clínico apropiado en el que se deben solicitar.

102TL. LESIÓN TUMORAL EXTRADURAL A NIVEL DE VÉRTEBRAS CERVICALES C3-C5 EN PACIENTE PEDIÁTRICO. Ana Gabriela Rodríguez Pavón[1,2]. Belkis Eunice Martínez López[1,2]. Diana Ramírez[1,3]. Roberto Contreras[1,4]. Claudia Contreras[1,5]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía. [2]Residente de tercer año de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), San Pedro Sula (SPS). [3]Especialista en Pediatría y Oncología Pediátrica, Docente Pediatría, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), SPS. [4]Especialista en Neurocirugía, IHSS, SPS. [5]Especialista en Anatomía Patológica, IHSS, SPS.

Antecedentes: Los tumores de sistema nervioso central (SNC) son comunes en los pacientes pediátricos, y constituyen el segundo tipo de neoplasia en frecuencia en la niñez; sin embargo, los tumores de columna espinal son muy raros, del 1-10% de tumores de SNC en la infancia. Los schwannomas son tumores encapsulados, infrecuentes, y ocurren en diversos sitios anatómicos como piel y los tejidos subcutáneos; la relación hombre: mujer es 2:3. **Caso clínico**: Preescolar femenina de 2 años, sin antecedentes importantes, presenta caída de plano de sustentación de 8 días de evolución, y disminución de fuerza en miembros inferiores, predominantemente derecho. Al ingreso, hiperreflexia en hemicuerpo derecho, sin afectación facial; ninguna otra sintomatología. En resonancia magnética cerebral y de columna cervical, lesión intrarraquídea extramedular en forma de reloj de arena (26.5x24x11.6 mm) que se origina en los espacios neuroforaminales C3-C4 y C4-C5, se extiende en eje craneocaudal desde platillo superior de C3 hasta platillo inferior de C5, comprime contorno anterolateral izquierdo del cordón medular, comprometiendo raíz ventral emergente izquierda; compatible con lesión de vaina nerviosa (schawnnoma). Se realiza laminoplastía y resección tumoral, biopsia reporta cuerpos de Verocay. Positividad de células tumorales de PS100. Presenta buena evolución clínica. **Conclusión/ Recomendación:** Se trata de de tumor cervical en menor de 2 años, manejado quirúrgicamente, cuyo resultado histopatológico demostró un schwannoma. La presentación típica es una masa cervical asintomática, por lo que el diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica. Debido a la complejidad anatómica y baja incidencia, el tratamiento de tumores localizados en la base del cráneo dentro de la unión craneo-cervical en pediatría plantea desafíos terapéuticos únicos para neurocirujanos y el equipo de atención.

103TL. TUBERCULOSIS UROGENITAL, SIMULANDO UNA NEOPLASIA VESICAL, REPORTE DE CASO. Suyapa Sosa Ferrari[1,2], Laura Tábora[1,3], Gerardo Mejía[1,3], Juan Carlos Rodríguez[1,3], Guillermo Zaldívar[1,3]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía. [2]Especialista en Neumología, Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP), Coordinadora del Postgrado de Neumología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Tegucigalpa. [3]Residente de Neumología, UNAH, Tegucigalpa.

Antecedentes: La tuberculosis urogenital es una de las formas de diseminación hematógena de la tuberculosis pulmonar no tratada. Presenta manifestaciones clínicas insidiosas que pueden retrasar el diagnóstico y predisponer a complicaciones graves como insuficiencia renal. En áreas endémicas, se debe considerar a la tuberculosis como agente causal de todo cuadro clínico en estudio y principalmente en pacientes masculinos con sintomatología urinaria. **Caso clínico:** Masculino de 39 años, albañil, sin comorbilidades, consumo de tabaco y alcohol por 10 años, acude refiriendo hematuria y dolor lumbar bilateral de 5 meses de evolución, manejado como litiasis renal sin presentar mejoría clínica. Evaluado por urólogo con urotomografía que reportaba proceso neoplásico de vejiga a considerar carcinoma de células transicionales. Se le realiza cistoscopia más biopsia de pared vesical reportando proceso inflamatorio crónico granulomatoso necrotizante. Paciente también refería sintomatología respiratoria crónica, tos paroxística, disnea progresiva, fiebre intermitente sin predominio de horario y pérdida de peso no cuantificada. Radiografía de tórax con radiopacidades nodulares bilaterales que comprometían los ápices pulmonares; se sospechó metástasis pulmonares, por lo que fue referido al INCP. Tomografía de tórax reporta hiperdensidades nodulares difusas bilaterales que comprometen los lóbulos superiores. Se realizó broncoscopia flexible con biopsia transbronquial, con GeneXpert Ultra de lavado bronquioloalveolar, MTB detectado muy bajo y biopsia transbronquial con inflamación crónica granulomatosa caseificante severa. GeneXpert de orina MTB no detectado, pero con cultivo por medio Löwenstein-Jensen positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Se inició tratamiento antifímico, con mejoría clínica y radiológica. Radiografía de tórax control al completar primera fase de tratamiento antifimico muestra notable disminución de las radiopacidades nodulares bilaterales. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La tuberculosis urogenital tiene sintomas insidiosos e inespecificos, se debe sospechar en todo cuadro clínico, sobre todo en hombres con sintomatología urinaria y asi hacer un diagnóstico oportuno para evitar complicaciones fatales. La tuberculosis puede simular cualquier otra patología.

104TL. TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA: REPORTE DE CASO. Suyapa Sosa Ferrari[1,2], Laura Tábora[1,3], Gerardo Mejía[1,3], Juan Carlos Rodríguez[1,3], Guillermo Zaldívar[1,3]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía. [2]Especialista en Neumología, Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP), Coordinadora del Postgrado de Neumología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Tegucigalpa. [3]Residente de Neumología, UNAH, Tegucigalpa.

Antecedentes: La telangectasia hemorrágica hereditaria (síndrome de Rendu-Osler-Weber) es una enfermedad autosómica dominante, muy rara, y por ello, infradiagnosticada. Se caracteriza por malformaciones vasculares clínicamente significativas de piel y membranas mucosas de nariz, tracto gastrointestinal, cerebro, pulmón e hígado. **Caso clínico:** Femenina de 50 años, ama de casa, sin antecedentes de importancia, refiriendo disnea progresiva de medianos a pequeños esfuerzos y tos seca paroxística de 2 meses de evolución; tambien epistaxis bilateral intermitente desde la niñez.

Al examen físico, se identificaron telangectasias en mucosa oral, sin otra alteración. Se sospechó el diagnóstico de telangectasia hemorrágica hereditaria (síndrome de Rendu-Osler-Weber), al cumplir 2 criterios de Curacao que sugerían un diagnóstico probable. Se realiza nasofibrolaringoscopia, evidenciando también telangectasias en mucosa nasal. La angiotomografía de tórax reportó imágenes nodulares difusas en ambos campos pulmonares con realce al paso del medio de contraste, con canales vasculares tortuosos, con arteria de alimentación y vena de evacuación, compatible con malformaciones arteriovenosas pulmonares bilaterales. Se reinterroga a la paciente y refirió epistaxis en todos los familiares por consanguinidad materna, cumpliendo así los 4 criterios diagnósticos de esta entidad clínica. **Conclusiones/Recomendaciones:** El diagnóstico molecular de esta patología es de muy difícil acceso, por lo que la última actualización se enfoca en la clínica y los antecedentes personales y familiares; con el apoyo de los criterios de Curacao, una minuciosa anamnesis puede hacer sospechar esta patología tan infrecuente. Se establece el diagnóstico con 3 de los 4 criterios. En el caso de esta paciente cumplía los 4 criterios, confirmando así el diagnóstico.

105TL. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA SÍNDROME METABÓLICO EN FUNCIONARIOS DE LA POLICIA NACIONAL, DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICIAL, AGOSTO A DICIEMBRE DE 2022, TEGUCIGALPA, HONDURAS. Mario Rolando Yescas Paz[1], Bertha Lizeth Rivera Rivera[1], Elías Alberto Elvir Godoy[1], Israel Estuardo López Sarmiento[1], Johan Josué Maldonado Aguilar[1], Elizabeth Casco Fúnez de Núñez, PhD[1,2]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía. [2]Doctora en Ciencias con orientación en Ciencias Administrativas e Investigación, Máster en Educación Superior, Máster en Prevención y Protección de Riesgos Laborales con Especialidad en Salud Ocupacional.

Antecedentes: El síndrome metabólico (SM), un conglomerado de factores de riesgo cardiovascular (trastornos lipídicos, glucosa alterada, obesidad e hipertensión), afecta globalmente. En América Latina, 1 de cada 3-4 adultos tiene el síndrome. En Honduras, la alta incidencia y la relación con estilos de vida son evidentes. El SM plantea desafíos a la salud pública y necesita enfoques multidisciplinarios. **Objetivo**: Calcular la prevalencia y establecer los factores de riesgo modificables y no modificables para SM en funcionarios de la Policía Nacional en edades entre 20 a 59 años, atendidos en las clínicas de la Dirección de Sanidad Policial ubicadas en la Colonia John F. Kennedy y El Ocotal en el periodo comprendido del 1 de agosto al 31 de diciembre de 2022. **Metodología**: Estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, que incluye hombres y mujeres con criterios para el diagnóstico de SM; con muestreo no probabilístico. La muestra fue de 336 pacientes, se revisó el expediente clínico y los datos se ingresaron en una base de datos de Google Drive. **Resultados**: Los factores modificables identificados para SM son: sobrepeso (40.18%), perímetro abdominal elevado (64.58%), hipertrigliceridemia (51.49%) y glicemia en ayunas alta o diabetes tipo 2 (60.41%). El 59.52% niega hábitos tóxicos. Los adultos jóvenes (35.12%), hombres (66.07%), y aquellos con antecedentes patológicos (60.4%), así como cifras de presión arterial en rangos específicos (60.12%), son más afectados por factores no modificables. La promoción de un estilo de vida saludable es esencial, considerando que el 40.48% tiene hábitos tóxicos. **Conclusiones/Recomendaciones**: En la lucha contra el SM en Honduras, la colaboración es esencial. La empatía médica, la promoción de hábitos saludables, la detección temprana y el compromiso del paciente son pilares para enfrentar este desafío de manera holística y eficaz.

106TL. FACTORES SOCIOCULTURALES Y CLÍNICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS QUE ASISTEN A CONSULTA EN LOS CENTROS DE SALUD DE SAMBO CREEK, LA CEIBA, LA MISIÓN, GRACIAS, EL CILE, GRACIAS Y DANLÍ, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL – OCTUBRE 2019. Angélica Maradiaga[1,2], Bertha Canales[1,2], Fabián Pineda[1,2], Nancy Manchamé[1,2], Idixi Garmendia[1,2,3], Engels Sandoval[1,3], Elizabeth Casco Fúnez de Núñez, PhD[1,3,4]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía. [2]Especialista en Medicina Interna. [3]Máster en Epidemiología. [4]Doctora en Ciencias con orientación en Ciencias Administrativas e Investigación, Máster en Educación Superior, Máster en Prevención y Protección de Riesgos Laborales con Especialidad en Salud Ocupacional.

Antecedentes: Al evaluar las necesidades de salud de una persona mayor, no solo es importante tener en cuenta las enfermedades concretas que puede presentar, sino también cómo estas interactúan con el entorno y repercuten en las trayectorias de funcionamiento. **Objetivo**: Determinar los factores clínicos y socioculturales asociados a los trastornos del sueño en pacientes geriátricos que asisten a consulta en las unidades de salud de Sambo Creek, La Ceiba, Atlántida; La Misión y el Cile de Gracias, Lempira; y Hospital Gabriela Alvarado de Danlí, El Paraíso entre abril y octubre de 2019. **Metodología**: Estudio descriptivo transversal con muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó un formulario aplicado a los pacientes mayores de 60 años, el cual utiliza una escala con prueba de fiabilidad y puntuación de alfa de Cronbach de 0.474. Se utilizó la escala de Epworth, introducida en 1991 por el doctor Murray Johns del Hospital Epworth, en Melbourne, Australia. **Resultados**: El 64.93% se encuentran entre los 60 a 72 años. Se observó que la mayoría son mujeres con 61.40%, encontramos que el 48.8% tardan más de 30 minutos en conciliar el sueño. El 57.72% se siente cansado al levantarse. Solo el 11.20% son ama de casa. El 35.7% tienen un trastorno del sueño mayor de 8 puntos en la escala de Epworth y en trastornos del sueño en el adulto mayor. **Conclusiones/ Recomendaciones**: Nuestro paciente geriátrico con trastorno del sueño es mujer, soltera, padece hipertensión arterial, no bebe alcohol, ni fuma, no toma medicamentos para dormir, duerme 8 horas diarias, tarda una hora en conciliar el sueño, vive con sus familiares, no trabaja, considera que la situación económica es un problema que afecta el sueño, tiene una escala de Epworth menor de 8 puntos.