Revista MEDICA Hondureña

ARTÍCULO ORIGINAL

Prevalencia de anomalías congénitas en un hospital público del Occidente de Honduras, 2015-2023

Prevalence of congenital anomalies in a public hospital in Western Honduras, 2015-2023

Deysi Daniela Ramírez Alvarado[1] https://orcid.org/0000-0003-1858-4254, **Dilcia Lizeth Elvir Ochoa**[2] https://orcid.org/0009-0007-6160-0893, **Patricia Yadira García Vásquez**[3] https://orcid.org/0000-0003-4190-2695.

[1]Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado de Neonatología; Tegucigalpa, Honduras.
[2]Centro Integral de Salud Dr. Pablo Moncada, Consulta Externa; Olancho, Honduras.
[3]Hospital Enrique Aguilar Cerrato, Departamento de Epidemiología; Intibucá, Honduras.

RESUMEN. Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Anomalías Congénitas (AC) como anomalías estructurales, funcionales o metabólicas, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de anomalías congénitas y describir las características sociodemográficas de la población en estudio en el Hospital Enrique Aguilar Cerrato, ubicado en el departamento de Intibucá, durante el período 2015–2023. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo; se incluyeron todos los recién nacidos RN con diagnóstico de anomalías congénitas registrados en la ficha de vigilancia epidemiológica institucional entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2023. Posteriormente se realizaron los análisis de las variables en el paquete estadístico Epi Info versión 7.2.4.0. **Resultados:** Durante el periodo de estudio se atendieron 40,370 nacimientos y de estos se notificaron 481 recién nacidos con AC, con prevalencia de 11.91 por 1,000 nacimientos. Entre las características sociodemográficas de las madres de los RN con AC, el 46.9% tenían entre 20 y 30 años, el 79.6% procedían del departamento de Intibucá y el 45.1% eran nulíparas. El 57.7% de los RN fueron de término, con peso promedio de 2599.86 g (DE +/- 693.79), el 60.4% del sexo masculino y 68.5% fueron nacimientos vía vaginal. **Discusión:** Estos resultados evidencian una alta prevalencia de nacimientos con AC en este departamento, hijos de madres jóvenes que no coinciden con la literatura mundial, lo que resalta la necesidad de estudios como el presente para generar intervenciones preventivas.

Palabras clave: Anomalías congénitas, Prevalencia, Recién nacido, Honduras.

INTRODUCCIÓN

Las Anomalías Congénitas (AC), también conocidas como defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas, corresponden al capítulo XVII de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).[1] Se han identificado más de 8,000 defectos congénitos, cuya gravedad es variable, pudiendo ser leves o complejos, y pueden dar lugar a discapacidad física o mental.[2]

Las AC constituyen un problema importante de salud pública, incluyéndose entre las principales causas de mortalidad infantil. A nivel mundial, se ha reportado una incidencia de 25–62 por cada 1,000 nacidos vivos.[3] Asimismo, se estima que afectan aproximadamente al 6% de los lactantes, lo que provoca la muerte de 240,000 recién nacidos durante los primeros 28 días de vida y de otros 170,000 niños entre 1 y 59 meses de edad anualmente.[4]

En América Latina y el Caribe, el 57% de las muertes en menores de cinco años se concentran en los primeros 28 días de vida, mientras que a nivel mundial esta cifra es del 47%. Las principales causas de muerte incluyen la prematuridad, la asfixia, la sepsis y las AC.[5] Se estima que alrededor del 94% de las AC graves ocurren en países de ingresos bajos y medios, donde existe una mayor proporción de mujeres en edad fértil con acceso limitado a una alimentación adecuada y mayor exposición a factores de riesgo.[6]

Aproximadamente el 50% de las AC no tienen una causa específica identificable.[7] No obstante, se han descrito factores de riesgo de origen genético y ambiental. Entre los factores

Recibido: 29-10-2025 Aceptado: 03-06-2026 Primera vez publicado en línea: 11-06-2026
Dirigir correspondencia a: *Deysi Daniela Ramírez Alvarado*
Correo electrónico: *ddrama144@gmail.com*

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: *Ninguna.*

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: *Ninguna.*

Forma de citar: Ramírez-Alvarado DD, Elvir-Ochoa DL, García-Vásquez PY. Prevalencia de anomalías congénitas en un hospital público del Occidente de Honduras, 2015-2023. Rev Méd Hondur. 2026; 94(1): 46-51. DOI: https://doi.org/10.5377/rmh.v94i1.23037

© 2026 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es

genéticos se incluyen alteraciones cromosómicas numéricas o estructurales, así como herencia monogénica o multifactorial. Entre los factores ambientales se encuentran la exposición a sustancias teratogénicas, infecciones y consumo de alcohol. Entre los factores de riesgo más frecuentemente reportados se encuentran la edad materna avanzada, edad paterna ≥40 años, el no consumo de ácido fólico, el consumo de alcohol, ciertos medicamentos (captopril, ácido valproico, litio, ácido retinoico, tetraciclinas), radiaciones, químicos teratogénicos, consanguinidad y endogamia.[8]

Es importante destacar que no todas las AC tienen la misma frecuencia e impacto epidemiológico, siendo las más frecuentes a nivel global las cardiopatías congénitas, los defectos del tubo neural, el síndrome de Down, las hemoglobinopatías y la deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa.[9]

En América Latina, la distribución de las AC por sistemas es variable. En México, se ha reportado mayor afectación de los sistemas genitourinario, osteomuscular y circulatorio.[10] En Colombia, predominan las anomalías del sistema osteomuscular, seguidas del sistema nervioso central y circulatorio.[11] En Guatemala, las anomalías más frecuentes fueron hidrocefalia, mielomeningocele, cardiopatías congénitas y pie equinovaro.[12]

En Honduras, existen estudios previos que describen la distribución de las AC. En el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas se reportó una prevalencia de 4.3%.[13] En el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) se ha documentado la ocurrencia de anomalías congénitas, describiéndose un predominio de anomalías del sistema nervioso, de cabeza y cuello.[14]

A pesar de la existencia de estos estudios, no se dispone de información publicada en el occidente del país que caractericen la magnitud y distribución de las AC,[15] lo que resalta la necesidad de generar evidencia local. Asimismo, el presente estudio no evalúa factores de riesgo específicos, por lo que su enfoque se limita a la estimación de la prevalencia y la caracterización sociodemográfica. Es importante señalar que en el contexto institucional donde se desarrolló el presente estudio no se realiza tamizaje metabólico neonatal, lo cual limita la identificación de AC que pueden no ser evidentes clínicamente al nacimiento.

Por lo anterior, se realizó el presente estudio en el Hospital Enrique Aguilar Cerrato, con el objetivo de determinar la prevalencia de anomalías congénitas y las características sociodemográficas durante el período 2015–2023.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo sobre AC registradas en recién nacidos atendidos en el Hospital Enrique Aguilar Cerrato, ubicado en el departamento de La Esperanza, Intibucá, Honduras, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2023.

El diagnóstico se basó en la evaluación clínica neonatal documentada en los expedientes médicos y en los formularios de vigilancia epidemiológica. En el caso de anomalías cromosómicas, estas fueron identificadas mediante hallazgos clínicos y fenotípicos sugestivos, debido a la ausencia de confirmación mediante estudios citogenéticos (cariotipo u otras pruebas moleculares), limitación relacionada con la disponibilidad diagnóstica del centro durante el período de estudio.

El universo estuvo constituido por todos los RN cuyo parto fue atendido en la sala de labor y parto del hospital durante el período de estudio. No se realizó cálculo de tamaño de muestra, ya que se incluyeron todos los casos disponibles con diagnóstico de AC registrados en la base de datos institucional de vigilancia epidemiológica, por lo que el muestreo fue de tipo censal. Los casos de AC fueron identificados a partir de los registros de la Unidad de Epidemiología Institucional.

Las variables analizadas incluyeron características sociodemográficas maternas (edad, procedencia, municipio y paridad), así como variables neonatales (edad gestacional, peso al nacer, sexo, vía de nacimiento, tipo de embarazo y condición de egreso), además de la clasificación de las anomalías congénitas según sistemas afectados. El número de controles prenatales no fue incluido dentro de las variables analizadas, debido a que la ficha de vigilancia epidemiológica institucional utilizada como fuente de datos no contemplaba este apartado durante el período de estudio.

Los datos fueron consolidados en una base de datos en Microsoft Excel versión 2013 y posteriormente analizados mediante el paquete estadístico Epi Info versión 7.2.4.0. Para el análisis de variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas y relativas. Para variables cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central. La prevalencia de AC se calculó utilizando la fórmula: número de casos de AC entre el total de nacidos vivos en el período de estudio, multiplicado por 1,000. Este indicador se expresó como casos por cada 1,000 nacidos vivos.

Asimismo, se realizó el análisis de prevalencia anual según los nacimientos registrados por año durante el período de estudio. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Mortalidad y el Comité de Ética institucional del Hospital Enrique Aguilar Cerrato, bajo el código RUPS 8753. Todos los investigadores contaban con certificación en el curso de “Conducta Responsable en Investigación” de la plataforma The Global Health Network. Dado que se trabajó con registros secundarios y bases de datos institucionales sin intervención directa en pacientes, no se requirió consentimiento informado individual, garantizando en todo momento la confidencialidad y anonimato de los datos

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se atendieron 40,370 nacimientos, de los cuales se notificaron 481 recién nacidos con AC, lo que corresponde a una prevalencia de 11.9%.

En cuanto a las características sociodemográficas maternas, el 46.9% (226) de las madres tenían entre 20 y 30 años. El 79.6% (383) procedían del departamento de Intibucá, mientras que el 25.4% (122) eran originarias del municipio de Intibucá. El

45.1% (216) de las madres eran nulíparas (**Cuadro 1**).

Respecto a las características neonatales, el 57.7% (270) de los recién nacidos con AC presentaron una edad gestacional entre 37 y 40 semanas de gestación (SG). En relación con el peso al nacer, el 66.3% (311) se encontraban entre 2,499 y 4,200 g, con una media de 2,599.86 g (DE ± 693.79). El 60.4% (281) de los recién nacidos fueron de sexo masculino, el 68.5% (322) nacieron por vía vaginal y el 97.7% (461) correspondieron a embarazos únicos (**Cuadro 2**).

En cuanto a la distribución de las AC según sistemas afectados, el sistema musculoesquelético fue el más frecuente, representando el 35.3% de los casos. En segundo lugar, se encontró el sistema nervioso central con 19.3%, incluyendo principalmente defectos del tubo neural y alteraciones del desarrollo cerebral, los cuales fueron considerados dentro del mismo grupo diagnóstico. Otras anomalías observadas correspondieron a malformaciones auriculares y de la línea orofacial (10.2%), anomalías cromosómicas clínicamente diagnosticadas (7.3%) y cardiopatías congénitas (5.8%) **(Cuadro 3)**. La prevalencia anual de anomalías congénitas mostró variación durante el periodo de estudio, siendo el año 2015 el de mayor prevalencia con 15.93 casos por cada 1,000 nacidos vivos (**Cuadro 4**).

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las madres de los recién nacidos con anomalías congénitas atendidos en el Hospital Enrique Aguilar Cerrato, Intibucá, 2015-2023. n=481.

Características maternas	n	(%)
Edad en años		
10 - <20	114	(23.7)
20 - <30	226	(46.9)
30 - <40	122	(25.4)
40 - <50	19	(3.9)
Procedencia (departamento)		
Intibucá	383	(79.6)
La Paz	62	(12.9)
Comayagua	28	(5.8)
Lempira	8	(1.7)
Municipio		
Intibucá	122	(25.4)
Yamaranguila	56	(11.6)
Jesús de Otoro	39	(8.1)
Masaguara	24	(4.9)
Siguatepeque (Comayagua)	24	(4.9)
Marcala (La Paz)	24	(4.9)
Otros	192	(39.9)
Paridad		
Nulípara	216	(45.1)
Multípara	212	(44.3)
Gran multípara	51	(10.6)
Gestas		
Media	2.26 ±1.84	

Fuente: Base de datos, Unidad de Epidemiología, Hospital Enrique Aguilar Cerrato.

Cuadro 2. Características de los recién nacidos con anomalías congénitas atendidos en el Hospital Enrique Aguilar Cerrato, Intibucá, 2015-2023. n=481.

Características del recién nacido	n	(%)
Edad gestacional al nacer (SG)		
40 - <43	118	(25.2)
37 - <40	270	(57.7)
32 - <37	58	(12.4)
28 - <32	13	(2.9)
22 - <28	9	(1.9)
Media	37.9 ± 2.98	
Peso al nacer en gramos		
0 - <1000	13	(2.8)
1000 - <1499	24	(5.1)
1499 - <2449	121	(25.8)
2499 - <4200	311	(66.3)
Media	2599.86 g±693.79	
Sexo del recién nacido		
Mujer	184	(39.6)
Hombre	281	(60.4)
Vía de nacimiento		
Cesárea	148	(31.5)
Vaginal	322	(68.5)
Tipo de embarazo		
Múltiple	11	(2.3)
Único	461	(97.7)
Condición de egreso		
Vivo	368	(81.4)
Muerto	52	(11.5)
Referencia	32	(7.1)

Fuente: Base de datos, Unidad de Epidemiología, Hospital Enrique Aguilar Cerrato. SG: semanas de gestación.

DISCUSIÓN

Durante el periodo de estudio se atendieron 40,370 nacimientos, de los cuales 481 recién nacidos presentaron AC, lo que representa una prevalencia de 11.91 por 1,000 nacidos

Cuadro 3. Anomalías congénitas por aparatos y sistemas de los recién nacidos atendidos en el Hospital Enrique Aguilar Cerrato, Intibucá, 2015-2023. n=481.

Tipo de anomalía congénita	n	(%)
Anomalía congénita por sistemas		
Musculoesqueléticas	170	(35.3)
Sistema nervioso central	93	(19.3)
Malformaciones auriculares y de la línea trago oral	49	(10.2)
Anormalidades cromosómicas	35	(7.3)
Malformaciones del tubo digestivo	31	(6.4)
Cardiopatías congénitas	28	(5.8)
Malformaciones urogenitales	22	(4.6)
Malformaciones de piel y anexos	21	(4.4)
Malformaciones del aparato respiratorio	12	(2.5)
No aplica	11	(2.3)
Malformaciones oftalmológicas	8	(1.7)
Otras	1	(0.2)

Fuente: Base de datos, Unidad de Epidemiología, Hospital Enrique Aguilar Cerrato.

Cuadro 4. Morbilidad neonatal por anomalías congénitas en recién nacidos atendidos en el Hospital Enrique Aguilar Cerrato, Intibucá, 2015-2023. n=481.

Año	AC	RN vivos	Prevalencia*
2015	58	3640	15.93
2016	63	4098	15.37
2017	48	4291	11.19
2018	64	4729	13.53
2019	40	4677	8.55
2020	50	4404	11.35
2021	45	4928	9.13
2022	62	4952	12.52
2023	51	4651	10.97
Total	481	40370	11.91

Fuente: Base de datos, Unidad de Epidemiología, Hospital Enrique Aguilar Cerrato *Por 1000 nacidos vivos. AC=anomalías congénitas, RN= recién nacidos.

vivos. Esta cifra se encuentra dentro del rango reportado a nivel mundial, aunque con variabilidad respecto a otras series, lo que puede explicarse por diferencias en los sistemas de vigilancia epidemiológica, criterios diagnósticos y subregistro de casos en países de ingresos medios y bajos.[1,12,13]

En América Latina, las AC representan una causa importante de mortalidad neonatal, concentrándose una proporción significativa de muertes en los primeros 28 días de vida, lo cual refuerza su relevancia como problema de salud pública.[13] En este contexto, la prevalencia observada en el presente estudio es comparable con reportes regionales, aunque superior a algunas series hospitalarias nacionales, lo que sugiere posibles diferencias en captación de casos y calidad del registro clínico.[4,10]

En el presente estudio, la mayoría de las madres de RN con AC se encontraban en edad reproductiva joven entre los 20 y 30 años, lo que difiere de la literatura que señala la edad materna avanzada mayor a 35 años, como principal factor de riesgo.[5,15] Sin embargo, otros estudios regionales han demostrado que no solo la edad materna avanzada constituye un factor determinante, sino también la exposición a factores ambientales, acceso limitado al control prenatal y condiciones socioeconómicas adversas. Lo que respalda el carácter multifactorial en el origen de las AC.[6,7]

En estudios realizados en el IHSS, tanto en el periodo 2002–2004 como en análisis posteriores, se ha documentado la influencia de factores maternos, metabólicos y ambientales en la aparición de AC, destacando la importancia del contexto epidemiológico local.[3,14,16] El predominio de madres procedentes del departamento de Intibucá 79.6% se explica por la condición del Hospital Enrique Aguilar Cerrato como centro de referencia regional, lo cual genera concentración de casos provenientes de áreas rurales y de difícil acceso, patrón similar al observado en otros hospitales de seguridad social en Honduras.[2,3]

En cuanto a la paridad, la mayoría de las madres eran nulíparas. Este resultado contrasta con estudios previos en los que se ha descrito mayor frecuencia de AC en mujeres multíparas, lo que sugiere que la paridad por sí sola no constituye un factor aislado, sino que debe interpretarse en conjunto con otros determinantes biológicos y ambientales.[4]

Respecto a los recién nacidos, fueron de término, hallazgo consistente con la literatura que indica que las AC no se restringen exclusivamente a la prematuridad, sino que pueden presentarse en cualquier edad gestacional.[7,17,18] El peso al nacer presentó una media de 2,599.86 g, inferior a lo reportado en recién nacidos sin malformaciones, lo cual podría sugerir un impacto de las AC sobre el crecimiento intrauterino o la coexistencia de factores maternos no evaluados en este estudio, como infecciones, malnutrición o enfermedades metabólicas.[4,17] El predominio del sexo masculino fue consistente con lo descrito en otras series nacionales e internacionales, donde se ha observado una ligera mayor afectación en varones, posiblemente asociada a susceptibilidad biológica diferencial en el desarrollo embrionario.[4,12]

En relación con la distribución por sistemas, el musculoesquelético fue el más afectado, seguido del sistema nervioso central. Asimismo, los sistemas de vigilancia epidemiológica en Centroamérica han evidenciado variaciones en la frecuencia y distribución de las anomalías congénitas entre diferentes poblaciones, lo que pone de manifiesto la influencia de factores demográficos, ambientales y de acceso a los servicios de salud en la presentación de estas condiciones.[19] Este patrón difiere de otros estudios realizados en Honduras, donde predominan anomalías del sistema circulatorio, digestivo y nervioso central,[3,4,16] así como de reportes de otros países latinoamericanos donde se observa predominio de defectos específicos como hidrocefalia, mielomeningocele y malformaciones genitourinarias.[9,10] Estas variaciones pueden explicarse por diferencias en

los criterios de clasificación diagnóstica, capacidad de confirmación etiológica, disponibilidad de estudios complementarios y calidad del sistema de vigilancia epidemiológica hospitalaria.[2,3] Adicionalmente, estudios internacionales han demostrado que una proporción importante de AC graves ocurre en países de ingresos bajos y medios, donde existe mayor exposición a factores teratogénicos como infecciones, alcohol, medicamentos y deficiencias nutricionales, lo que refuerza la importancia del contexto socioeconómico en la etiología.[1,6,13] En el presente estudio se identificaron defectos potencialmente prevenibles, particularmente defectos del tubo neural, lo que coincide con la evidencia que destaca la efectividad de la suplementación con ácido fólico como estrategia de prevención primaria.[6,18]

La evidencia disponible en Honduras, incluyendo estudios del IHSS, hospitales de referencia y series regionales, demuestra una variabilidad importante en la presentación de AC, lo que sugiere la necesidad de sistemas de vigilancia estandarizados y fortalecidos para mejorar la detección, notificación y prevención de estos eventos.[2,3,14,16]

Estos hallazgos son consistentes con reportes previos nacionales, como el realizado en la Unidad Materno Infantil del IHSS de Tegucigalpa, donde ya se evidenciaba variabilidad en la frecuencia y presentación de las anomalías congénitas externas en el país.[20] A diferencia de este estudio en el que se reportó una prevalencia, por individuo fue de 11.9 por 1,000 nacimientos. Además, las anomalías musculoesqueléticas representaron el grupo más frecuente, lo cual difiere de algunos reportes latinoamericanos y nacionales. Esta diferencia podría estar relacionada con factores ambientales y ocupacionales presentes en la región occidental del país, estado nutricional, deficiencia de vitaminas y enfermedades maternas caracterizada por una alta actividad agrícola y potencial exposición a pesticidas. Lo que resalta la necesidad de investigaciones futuras que permitan explorar estas asociaciones.

Entre las principales limitaciones del estudio, están algunas AC, especialmente las cromosómicas, que fueron diagnosticadas solo con criterios clínicos, sin confirmación citogenética mediante cariotipo u otros estudios moleculares, ni con estudios de imagen especializados en todos los casos, lo que podría generar clasificaciones imprecisas. Asimismo, al tratarse de un diseño retrospectivo basado en registros secundarios, la información dependió de la calidad de la ficha de vigilancia epidemiológica, que no incluyó variables como número de controles prenatales, ocupación materna ni exposición ambiental. Además, la ausencia de tamizaje metabólico neonatal limitó la detección de anomalías metabólicas y cromosómicas subclínicas; por ello, los resultados deben interpretarse con cautela. Como menciona Lammens la importancia de las AC como causa de mortalidad perinatal ha aumentado a medida que han disminuido las muertes por problemas en el parto y por enfermedades infecciosas, así como que ha mejorado la supervivencia de los RN con bajo peso al nacer debido a una mejor atención neonatal.[17]

Entre las principales fortalezas del estudio destacan que constituye el primer análisis epidemiológico publicado sobre AC en el occidente de Honduras, abarcando un período prolongado de nueve años y un elevado número de nacimientos. Asimismo, el uso de registros institucionales permitió estimar la prevalencia y describir características sociodemográficas relevantes, generando evidencia local que puede orientar la planificación de intervenciones preventivas y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica. Con base en los hallazgos del estudio, se recomienda fortalecer la ficha de vigilancia epidemiológica institucional incorporando variables como número de controles prenatales, ocupación materna y del jefe de familia, antecedentes maternos relevantes y exposición a factores ambientales o laborales. La inclusión de estas variables permitiría mejorar la vigilancia de anomalías congénitas y facilitar futuros estudios analíticos orientados a la identificación de factores de riesgo en la región.

CONTRIBUCIONES.

Todos los autores participaron en el diseño del estudio, adquisición, análisis e interpretación de los datos, además redactaron el trabajo y realizaron la revisión crítica del contenido y se llegó a unánime aprobación final de la versión para ser publicada. Todos los autores estamos de acuerdo en ser considerados responsables de todos los aspectos presentados en el manuscrito.

AGRADECIMIENTOS

Se le agradece a la Unidad de Estadística de la Subdirección de Gestión de la Información del Hospital Enrique Aguilar Cerrato, por su contribución.

DETALLES DE AUTORES

Deysi Daniela Ramírez Alvarado, médica residente del segundo año del posgrado de Neonatología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ddrama144@gmail.com
Dilcia Lizeth Elvir Ochoa, médica general; dilcia958elvir@gmail.com
Patricia Yadira García Vásquez, licenciada en enfermería, máster en epidemiología; epidemiologiaheac@gmail.com

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Congenital disorders. Ginebra: OMS; 2023 [citado 10 enero 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects
2. Ministerio de Salud Argentina. Las anomalías Congénitas - Cómo prevenirlas, reconocerlas, tratarlas y acompañar a las familias. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2020 [citado 10 enero 2025]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/05/anomalias-congenitas-discapacidad-equipos-salud.pdf
3. Márquez González RM, Gutiérrez Padilla JA, Pérez Rulfo ID, Rodríguez Ochoa J, Márquez Amezcua JM, del Villar Vilchis JD et al. Malformaciones congénitas: visión epidemiológica 2012-2015 en terapia intensiva neonatal. Rev Med MD. 2018;10(3):226-232.
4. Li XY, Hou MJ, Kong XM, Lv JJ, Yang CH, Li DT et al. The congenital birth defects burden in children younger than 14 years of age, 1990 - 2019: An age-period-cohort analysis of the global burden of disease study. J Glob Health. 2024;14:04012.
5. Organización Panamericana de la Salud. Encouraging trends and persistent challenges: Analysis of under-five mortality and prospects in Latin America and the Caribbean. Washington DC: OPS; 2024 [citado 11 noviembre 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/en/news/14-5-2024-encouraging-trends-and-persistent-challenges-analysis-under-five-mortality-and
6. Cajina JC, Aguilar R. Malformaciones congénitas: representación en Nicaragua. Managua: OPS; 2015 [citado 22 abril 2025]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54204/boletinmalformaciones_spa.pdf
7. Valdés Silva Y, Sánchez Ramírez E, Fuentes Arencibia S. Malformaciones congénitas relacionadas con los agentes teratógenos. ccm. 2018; 22(4):652-666.
8. Torres-Hernández D, Fletcher-Toledo T, Ortiz-Martínez RA, Acosta-Aragón Mª A, Moreno-Montenegro LL, Otalora-Perdomo MF. Factores asociados al desarrollo de anomalías congénitas en la población neonatal atendida en un hospital de alta complejidad en Colombia: estudio de casos y controles. Rev Chil Obstet Ginecol. 2021;86(3):301-303.
9. Larrandaburu M, Teresa Vieira M, Luiz F, Nacul L, Schuler L. Anomalías congénitas frecuentes en Uruguay entre 2011 y 2014: importancia de un registro para la evaluación de las necesidades de salud. 2022; Arch. Pediatr. Urug. 93(1): e202.
10. Calderon-Alvarado ab, Rojas-Villegas MS, Dehesa-López E. Prevalencia de malformaciones congénitas detectadas al nacimiento en un hospital de segundo nivel en Sinaloa. Acta pediatr. Méx. 2017;38(6):363-370.
11. González-Landeros BM, Gutiérrez-Padilla JA, Márquez-González RM, Zalapa-Gómez MF, Sánchez-Esqueda G, González-Díaz A. Prevalencia de anomalías congénitas en municipios del estado de Jalisco durante el periodo 2015-2018. Salud Jalisco. 2022;9(2):89-97.
12. Giraldo Villegas E, Jaimes Montaña IC. Malformaciones congénitas: incidencia y prevalencia en el departamento de Caldas, Colombia 2016-2017. Rev Fac Cienc Salud. 2022;25(2):193-204.
13. Pazzetti Pineda A, Marie Aguilar GH, Alas Pineda C, Deras Chacón GJ, Peñalva Matute D. Malformaciones congénitas en recién nacidos hospitalizados en la sala de neonatología del Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, 2019. Acta Pediatr Hondur. 2021;12(1): 1208–1215.
14. Marleni Montes S, Beltran B, Escalante D, Castellanos Giron JA. Malformaciones congénitas en hospital de referencia de seguridad social en Honduras: propuesta de vigilancia modificada. Rev Med Hondur. 2025;93(1):38-44.

ABSTRACT. Introduction: The World Health Organization (WHO) defines congenital anomalies (CA) as structural, functional, or metabolic abnormalities that occur during intrauterine life and are detected during pregnancy, at birth, or later in life. **Objective:** To determine the prevalence of congenital anomalies and describe the sociodemographic characteristics of the study population at the Enrique Aguilar Cerrato Hospital, located in the department of Intibucá, during the period 2015–2023. **Methods:** This was an observational, descriptive, retrospective study. All newborns diagnosed with congenital anomalies and registered in the institutional epidemiological surveillance system between January 1, 2015, and December 31, 2023, were included. Data analysis was subsequently performed using the Epi Info statistical package, version 7.2.4.0. **Results:** During the study period, 40,370 births were attended, and of these, 481 newborns with CA were reported, with a prevalence of 11.91 per 1,000 births. Among the sociodemographic characteristics of the mothers of newborns with CA, 46.9% were between 20 and 30 years old, 79.6% came from the department of Intibucá, and 45.1% were nulliparous. 57.7% of the newborns were full-term, with an average weight of 2599.86 g (SD +/- 693.79 g), 60.4% were male, and 68.5% were vaginal births. **Discussion:** These results demonstrate a high prevalence of births with congenital heart disease in this department, children of young mothers, which does not align with the world literature, highlighting the need for studies like this one to generate preventive interventions.

Keywords: Congenital anomalies, Prevalence, Newborn, Honduras.

15. González E, Álvarez D, Sauceda Acosta D, Callejas A, Solórzano S. Factores de riesgo para malformaciones congénitas en recién nacidos de Honduras. Acta Pediatr Méx 2025;46 (2):157-167.
16. Corsello G, Giuffrè M. Congenital malformations. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012;25(Suppl 1):25-29.
17. Lammens M, Bekker M, Willemsen M, Bugiani M, Bokhoven H, Kamphuis-van Ulzen K, et al. Causes of Congenital Malformations. En: ten Donkelaar HJ, Lammens M, Hori A. editores. Clinical neuroembryology: development and developmental disorders of the human central nervous system. 3rd ed. Singapore: Springer; 2023. p. 171-248.
18. Aguilar Aroche GR. Caracterización de pacientes con hijos diagnosticados con malformaciones congénitas. Rev Cienc Multidiscip CUNORI. 2019;3(1):19-28.
19. Ministerio de Salud Pública de Guatemala. Caracterización de malformaciones congénitas en recién nacidos del sistema de vigilancia epidemiológica, Guatemala, 2018. Rev Med Guatemala. 2019;29(2):45-53.
20. Rodríguez DC, Alvarenga-Calidonio R. Frecuencia de malformaciones congénitas externas en la Unidad Materno Infantil del Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa. Rev Med Post UNAH. 1999 [citado 21 abril 2026];4(3):258-263. Disponible en: https://www.bvs.hn/RMP/pdf/1999/pdf/Vol4-3-1999-15.pdf