
RESÚMENES

C Conferencias

T Trabajos Libres

CONFERENCIAS

- 1C. Reseña histórica de las Jornadas Científicas y Congresos de Investigación como plataforma de intercambio y difusión de la producción científica para la salud en la sociedad hondureña.** Edna Maradiaga, Jackeline Alger, Yeny Chavarría, Iván Espinoza, Eleonora Espinoza, Mauricio Gonzales, Gustavo Moncada, Elizabeth Paguada, Denis Padgett, Manuel Sierra. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa.

Se concibe las Semanas, Jornadas o Congresos Científicos como espacios para difundir el conocimiento de las ciencias y para informar los resultados de los problemas que se investigan. También son concebidos como un espacio de participación, discusión y reflexión de la problemática nacional desde una perspectiva inter y transdisciplinaria y multicultural. La difusión de la producción científica se realiza a través de las presentaciones en los eventos y a través de documentos impresos o electrónicos que contienen resúmenes de las presentaciones y que incluso se encuentran disponibles en línea (Biblioteca Virtual en Salud de Honduras, www.bvs.hn). La Unidad de Investigación Científica (UIC) de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) desde el año 1993 ha coordinado las Jornadas Científicas, aún en el período en que con un criterio no académico se suspendieron las Semanas Científicas en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH, 1995). El vacío experimentado en los diferentes departamentos y unidades académicas del área de la salud propició la construcción de una alianza tácita entre docentes quienes aprovecharon el espacio que brindaba la FCM para dar a conocer los resultados de sus investigaciones. Posteriormente, la Dirección de Investigación Científica (DICU) retomó la coordinación de las Semanas Científicas y durante tres años (2004-2006) la UIC y la DICU aunaron esfuerzos para fortalecer la promoción y divulgación de la actividad científica universitaria. En el año 2007, la DICU descontinuó las Semanas Científicas adoptando otra modalidad en cuanto a la presentación y discusión de los temas, denominada Congreso Científico. En ese mismo año, la FCM incorporó la figura de Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud sin descontinuar las Jornadas. En el transcurso de 16 años se han presentado más de 500 trabajos libres y 200 conferencias, con un crecimiento progresivo en el número de trabajos libres. Entre las actividades más relevantes desarrolladas por los comités organizadores y la UIC para motivar la participación de los investigadores, dentro y fuera de la UNAH, se enuncian las siguientes: 1) Realización de actividades científicas y culturales pre-Jornada; 2) Realización simultánea de congresos nacionales o internacionales; 3) Participación de conferencistas de reconocimiento internacional; 4) Reconocimiento de horas crédito del Centro de Educación Médica Continua del Colegio Médico de Honduras; 5) Premiación a los mejores trabajos de investigación presentados; 6) Reconocimiento a docentes con trayectoria investigativa; 7) Denominación del evento científico con el nombre de un docente investigador cuyos aportes a las ciencias de la salud hayan sido notorios: H. Corrales Padilla (VI Jornada, 1999), EB Pineda (VIII Jornada, 2001), PJ Cambar (XI Jornada, 2004), J Almendares, EL de Alvarado (XV Jornada, 2008), RG de Kaminsky (XVI Jornada, 2009); 8) Suspensión de las clases; 9) Premiación con libros y equipo médico la permanencia de los asistentes; 10) Realización de actividades culturales intra y extra muros; 11) Realización de peñas artísticas con participación del talento docente y estudiantil. Es necesario continuar mejorando la calidad de los trabajos científicos y lograr una mayor participación de los estudiantes y docentes, tanto como expositores como audiencia.

-
- 2C. Sistemas Nacionales de Investigación para la Salud en América Latina: una revisión de 14 países.** Jackeline Alger,¹ Andrew Kennedy,² Francisco Becerra,³ Grupo Colaborativo de la Primera Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación para la Salud. ¹Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras y Hospital Escuela, Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras; ²Council on Health Research for Development (COHRED), Geneva, Switzerland; ³COHRED Latinoamérica, México DF.

Antecedentes. En abril de 2008, se celebró la Primera Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación para la Salud en Rio de Janeiro, Brasil, con el propósito de debatir la necesidad de desarrollar y/o fortalecer los sistemas nacionales de investigación para la salud (SINIS) en la región a fin de aumentar la contribución que la investigación hace a la salud y a la equidad en América Latina, así como buscar la cooperación regional para solucionar o afrontar problemas comunes, y analizar las diferentes modalidades de financiamiento y de desarrollo de recursos humanos para la investigación. De los 17 países que confirmaron su participación y que fueron invitados a preparar un documento descriptivo de sus respectivos SINIS, 14 lo entregaron. Los documentos descriptivos fueron elaborados por grupos nacionales con una amplia distribución de afiliaciones, incluyendo ministerios de salud, instituciones de ciencia y tecnología, universidades y organizaciones no gubernamentales. **Objetivo.** Proveer una recapitulación de los documentos descriptivos de los SINIS de 14 países de América Latina, exponiendo información básica de la situación de la investigación e innovación en la región. **Material y métodos.** Se revisó los documentos preparados por expertos de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Honduras, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Los documentos fueron elaborados en base a un formato común entregado por los organizadores del evento. La recapitulación se enfocó en tres aspectos: gobernanza, marco legal y priorización de la investigación en salud. **Resultados.** Seis países informaron poseer estructuras formales de gobernanza y gerencia de la investigación para la salud. En Brasil y Costa Rica estas estructuras son lideradas por el Ministerio de Salud. Argentina, Cuba, Ecuador y Venezuela, tienen estructuras mixtas en conjunto con el Ministerio de Ciencia y Tecnología. Brasil y Ecuador informaron poseer una política nacional dedicada e inclusiva de ciencia, tecnología e innovación para la salud. Nueve países informaron haber establecido prioridades de investigación para la salud (Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Panamá, Paraguay, Perú, Venezuela). Con respecto a la formación de recurso humano para la investigación en salud, Brasil fue el único país que informó contar dentro de su política nacional de ciencia, tecnología e innovación para la salud, con una estrategia de formación, capacitación y absorción de los recursos humanos, incentivando la producción científica y tecnológica. De los países restantes, solamente tres (Ecuador, Cuba y Costa Rica), incluyen estrategias que fortalecen la formación del recurso humano para la investigación en salud. **Conclusiones.** El análisis de los documentos demostró que aunque existen diversos grados de desarrollo en el SINIS de los países de la región, se han obtenido resultados concretos a corto y mediano plazo. La gobernanza y gerencia de los SINIS es una cuestión de Estado y se debe ejercer activamente a través de los ministerios de salud con apoyo de otros actores estatales y de la sociedad civil. Se espera que la información presentada sea útil para promover el desarrollo de los SINIS según las necesidades, recursos y oportunidades de cada país.

- 3C. Proceso de construcción de las líneas prioritarias de investigación para la salud en la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.** Gustavo Moncada, Jackeline Alger, Yeny Chavarría, Iván Espinoza, Eleonora Espinoza, Mauricio Gonzales, Edna Maradiaga, Elizabeth Paguada, Denis Padgett, Manuel Sierra. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa.

Dado que el financiamiento disponible para la investigación en salud es bajo en comparación con su alto potencial de beneficio, es necesario que se base en un proceso racional de establecimiento de prioridades. El uso de una metodología sólida y un proceso científico es indispensable para garantizar la identificación de las prioridades de investigación que maximicen la contribución para la salud de la población. Uno de los objetivos es procurar que el proceso de definición de prioridades se base en evidencia y que los escasos recursos disponibles para financiar los proyectos sean utilizados en la

forma más eficiente y efectiva posible. La Unidad de Investigación Científica (UIC) de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM), con el apoyo de un grupo técnico consultivo interdisciplinario lidera el proceso de desarrollo de las líneas prioritarias de investigación. Para este proceso se ha seleccionado como metodología el “Método de la Matriz Combinada (MMC) del Foro Mundial para Investigación en Salud”. El MMC es una herramienta que se enfoca en: 1) ayudar a clasificar, organizar y presentar toda la información que entra en el proceso de priorización; 2) identificar brechas en investigación en salud; y en base a esto, 3) identificar prioridades de investigación en salud, basadas en un proceso que debe incluir a los principales interesados e investigadores en salud. Los cinco componentes usados en el MMC para definir prioridades son: 1) Carga de la enfermedad; 2) Factores determinantes; 3) Nivel presente de conocimiento; 4) Costo y efectividad; y 5) Flujo de recursos. En la conferencia se expondrá la experiencia preliminar que han tenido los departamentos y unidades académicas de la FCM en el uso y llenado de la MMC como herramienta de trabajo para definir las prioridades de investigación.

4C. Como formular propuestas temáticas para un sistema de investigación en salud con enfoque participativo. Ana Corina Hernández Rodríguez. Postgrado Latinoamericano en Trabajo Social, UNAH.

Me convoca este foro para compartir mi vivencia como investigadora particularmente en la promoción de la salud ocupacional, especialmente colocar como marco de la exposición los grandes retos que competen a este campo de estudio. Llamaremos sistema de investigación en salud a un modelo de gestión para producir o generar conocimiento sobre los procesos en los que interviene la persona humana a la vez considerar que la misma persona como un complejo está constituida de múltiples sistemas: respiratorio, circulatorio, digestivo, nervioso, linfático entre otros. En ese sentido si nos referimos a la interacción de las personas, donde se pone en juego otro conjunto de subsistemas sean estos el de la familia, el de la comunidad donde se desenvuelve, el espacio laboral, ya sea en forma individual o grupal, nos remitirá a nuevas dimensiones que dirán de la complejidad de un megasistema. Colocando el interés en la investigación participativa nos concentramos en un paradigma, ó una forma de proceder en la construcción de saberes, en forma conjunta con actores y ó las personas sujetas de estudio. También se asocia a la posibilidad de empoderamiento social, es decir un proceso que desarrolla de capacidades en los y las participantes para plantear alternativas de solución a los problemas una vez que a éstos se les ha identificado su origen, desarrollo, dimensiones y características. Las que gran parte tienen solución en el cambio o modificación de prácticas y actitudes, en las que nos incluye a los mismos profesionales y técnicos involucrados(as) en los procesos de promoción de la salud. Y he aquí la virtud de la investigación, la posibilidad de conocer el fenómeno que se estudia y de transformar la mentalidad de quien lo investiga. Como iniciar un proyecto de investigación?. En programas de formación de postgrado nos referimos a los procesos de tesis y en los casos de carácter institucional los llamamos simplemente propuestas de investigación. En el ámbito universitario encontramos conceptos según niveles o grados académicos: Tesis doctoral, de maestría, de Licenciatura. Clasificación de los tipos de tesis: *Tesis de investigación documental* (teórica), *Tesis de investigación de campo* (práctica), *Tesis de investigación mixta*. Consideraciones para la elaboración de una tesis de grado: La elección del tema, La elección del área, La elaboración de la propuesta, La recopilación de los datos, Fuentes de información y referencias, El análisis de datos, Recursos financieros, El asesoramiento. La propuesta de investigación, ya sea para fines de tesis como requisito de graduación o para solicitar financiación ante algún organismo de cooperación, debe presentarse por escrito. En todo caso es importante conocer la normativa que establece el organismo ante el cual se solicitará el apoyo. Como mínimo una propuesta debe responder a: 1. Cuál es el problema a investigar, 2. Porqué es social y científicamente importante investigar el tema (justificación), 3. Qué objetivos se lograrán a través de la investigación, 4. Cómo se llevará a cabo el proceso (metodología), 5. Qué tipo de resultados se esperan de la investigación, 6. Quienes son los potenciales beneficiarios de esta investigación.

5C. Estudiar e investigar en Alemania. Información general sobre el Programa de Becas del DAAD. Corina Hernández,¹ Roberto Obdulio Tinoco,² Rafael Delgado. Servicio de Enlaces del DAAD (Servicio Alemán de Intercambio Académico). ¹Postgrado Latinoamericano en Trabajo Social; ²Facultad de Ciencias Médicas; UNAH, Tegucigalpa.

El Servicio Alemán de Intercambio Académico (DAAD) es una asociación a la que pertenecen más de 230 universidades alemanas, así mismo existen universidades del centro del norte y del sur de América. Tiene como objetivos principales: 1) Promover la calificación individual a través de la movilidad académica, 2) Fomentar la cooperación académica y científica entre universidades, 3) Promover el idioma y la cultura alemana y proporcionar información sobre las universidades alemanas y extranjeras. La ciencia y la investigación en Alemania gozan de una larga tradición. Muchas instituciones de la Educación Superior cuentan con una historia de varios siglos. En las últimas décadas, el área de investigación, ha venido experimentando un auge notorio. En la actualidad existen más de 300 centros de Educación Superior que hacen investigación prioritaria para el mundo en el país. Los interesados en estudiar en Alemania, pueden elegir entre una gran cantidad de universidades, tanto técnicas como en ciencias aplicadas, escuelas superiores de arte, música, medicina y otras. Las Universidades Alemanas están abiertas para estudiantes de todo el mundo. Desde hace una década, se ofrecen en Alemania, nuevas carreras internacionales, bachilleratos universitarios, maestrías, y doctorados bilingües (inglés-alemán). Becas de investigación para doctorandos y jóvenes científicos. Este programa ofrece becas para tres opciones. Doctorado completo de 3 a 5 años en Alemania. Estadías de investigación y perfeccionamiento sin optar a un título académico. Doctorado en el país de origen (modelo sándwich). Cursos de Postgrado para países en vías de desarrollo. Este programa ofrece becas principalmente para maestrías, doctorados, cursos de perfeccionamiento en varios campos incluyendo la medicina, estos cursos van dirigidos a países en vías de desarrollo con estudios universitarios completos; requisitos entre otros: Título universitario, experiencia laboral, Toefel del idioma inglés, edad límite entre 31 y 35 años. El DAAD ofrece además becas de sub-especialización en medicina, biología y otros campos, así como la dotación de libros y equipo a su regreso al país de origen. Los hondureños tenemos un trato especial en Alemania, No es necesaria una visa para viajar a ese país. Al llegar deben realizarse las gestiones para la residencia, según el tiempo que necesiten los estudios. Información adicional a: Dra. Corina Hernández Telefax (00504)2394225. Lic. Rafael Delgado (00504)4410742. Dr. Roberto Obdulio Tinoco (00504)2311978). Embajada de la República Federal de Alemania. (00504) 2323161/62.

6C. Presente y futuro de las drogas antiparasitarias. Tito Alvarado. Servicio de Infectología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Las infecciones provocadas por protozoos y helmintos constituyen una importante causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Muchas drogas antiparasitarias fueron desarrolladas primero, para uso animal, con excepción de los antimaláricos y antischistosomiásicos. La adopción de ivermectina y albendazole para tratar la filariasis es un ejemplo de ello. La quimioterapia es importante, no sólo en el tratamiento individual de pacientes sino que, combinada con las medidas de salud pública y de control vectorial, reduce la transmisión de estas infecciones. Actualmente no disponemos de vacunas efectivas para prevenirlas y el conocimiento científico necesario para desarrollar estas drogas es deficiente; igualmente, sus mecanismos de acción son pobremente entendidos. Si la situación de las drogas antibacterianas es poco prometedora, las antiparasitarias presentan un problema aún más desalentador, ya que los incentivos de producción de éstas para combatir enfermedades prevalentes en un mundo tropical empobrecido, son limitados. No obstante, el advenimiento del SIDA se encuentra ligado a infecciones oportunistas letales de origen parasitario, lo que promueve la investigación de nuevas drogas. La susceptibilidad de los parásitos a las drogas existentes corresponde en gran medida a su taxonomía y metabolismo. Un primer grupo son los protozoos que habitan el intestino y la vagina; aunque provienen de diferentes grupos taxonómicos, comparten un sistema similar de adaptación y metabolismo: *Entamoeba*, *Giardia*, *Trichomonas* y ciliados. El segundo grupo, apicomplexas: *Plasmodium*, *Babesia*, *Toxoplasma*, *Cyclospora*, *Isoospora* y *Cryptosporidium*, estos últimos causantes de enfermedades en pacientes inmunocomprometidos; y el tercer grupo de protozoos patógenos de

enfermedades tropicales: tripanosomiasis (Enfermedad de Chagas y del sueño) y leishmaniasis. La susceptibilidad de los helmintos a las drogas también se relaciona con su taxonomía: nematodos que habitan en el lumen intestinal (*Ascaris*, *Trichuris*, *Enterobius*, anquilostomas, etc.) y los que habitan en tejidos: tremátodos y céstodos. Algunas drogas sólo actúan contra géneros de un mismo grupo como el metronidazol y tinidazol contra *Entamoeba*, *Giardia* y *Trichomonas*; la cloroquina, mefloquina, quinina y primaquina, contra *Plasmodium*; la clindamicina y espiramicina contra apicomplexas; el mebendazol y el pamoato de pirantel sólo contra nemátodos; en cambio, otras drogas actúan contra varios grupos de parásitos: el praziquantel contra tremátodos y céstodos; el albendazol, contra nemátodos y céstodos; la ivermectina, contra nemátodos y artrópodos que succionan sangre (garrapatas, pulgas, etc.) y la nitazoxanida, efectiva contra protozoos y helmintos intestinales. Sin embargo, así como las bacterias desarrollan resistencia a los antibióticos, también los parásitos lo han hecho contra las drogas antiparasitarias en humanos y animales: *Trichomonas* resistentes al metronidazol; cloroquina y mefloquina, a *Plasmodium*; imidazólicos y pamoato de pirantel, a nemátodos intestinales y la ivermectina a nemátodos en ovinos. ¿Cómo debemos prepararnos para combatir las enfermedades parasitarias presentes y futuras? Algunas acciones: a) Iniciando el proceso de desarrollo de nuevas drogas con incentivos al sector privado y público; b) Empleando la ciencia como un arma eficaz para desarrollar nuevas drogas, particularmente los adelantos en la biología molecular; c) Encontrando maneras de fortalecer la infraestructura de salud pública, la prevención y control de estas enfermedades; d) Desarrollando un uso sostenible de los recursos naturales; y e) Coordinando esfuerzos de trabajo integral entre trabajadores de la salud humana y animal.

7C. Epidemiología de la Enfermedad de Chagas en Honduras, año 2004 - 2008. Concepción Zúñiga,¹ Jiro Nakamura,² Ken Hashimoto.² ¹Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis, Secretaría de Salud; ²Agencia de Cooperación Internacional de Japón – JICA; Tegucigalpa, Honduras.

La Enfermedad de Chagas se conoce en Honduras desde los años sesenta, pero es reconocida como un problema de salud pública solo a fines de los setenta y comienzos de los ochenta, cuando se realizaron estudios seroepidemiológicos y entomológicos a nivel nacional, que demostraron la presencia de *Rhodnius prolixus* y *Triatoma dimidiata*, su asociación con el tipo de vivienda y la seroprevalencia de *Trypanosoma cruzi* en diferentes zonas de Honduras. Se estima una prevalencia de 6.2% de serología positiva en población general y 4.7% en escolares rurales. Actualmente la prevalencia en donantes de sangre es de 1.4%. La problemática de esta parasitosis es multicausal y entre los factores condicionantes se destacan la presencia de dos especies de vectores de importancia médica: *T. dimidiata* y *R. prolixus*. El 83% de la población del área rural es pobre. La carencia de servicios básicos, vivienda digna y falta de educación sanitaria, agudizan la problemática. Los vectores se encuentran en un rango de altitud entre 600 y 1,600 metros sobre el nivel del mar. En 1944 se dio a conocer la existencia de *T. dimidiata* en varias localidades del país. Ésta especie se encuentra distribuida en 17 departamentos, tanto a nivel silvestre como en el domicilio. En 1960 se informó por primera vez la presencia de *R. prolixus* y actualmente se encuentra distribuido en 13 departamentos. El control de la transmisión transfusional de *T. cruzi* se realiza en el 100% de los Bancos de Sangre del país. Este control es mandatorio por la Ley de Control de Agentes Infecciosos Transmisibles por Transfusiones Sanguíneas aprobada en 1985. El control se inició en 1987, alcanzando el 100% de cobertura en 1991. Ante la eficacia de este control se han fortalecido los vínculos de referencia clínica y epidemiológica de los donantes de sangre seropositivos, que garanticen una oportuna y adecuada atención de los mismos. La detección de la infección reciente por *T. cruzi* en menores de 15 años, para administración de tratamiento etiológico, se realiza mediante búsqueda activa a través de encuestas serológicas en áreas endémicas con transmisión vectorial interrumpida. El Programa ha venido realizando actividades para la eliminación de *R. prolixus* y control de *T. dimidiata*; diagnóstico y tratamiento etiológico a menores de 15 años; y vigilancia con participación comunitaria. En estos momentos el Programa está en proceso de certificación de la eliminación de *R. prolixus*. Se ha logrado realizar un abordaje de la Enfermedad de Chagas de manera integral, formando alianzas con organizaciones no gubernamentales, instituciones del estado, agencias de cooperación externa, gobiernos locales y población de las diferentes comunidades. Hemos logrado llevar las acciones de

eliminación de *R. prolixus* hasta el punto de la certificación. Es necesario el control de *T. dimidiata*, ya que ha estado ocupando los espacios dejados por *R. prolixus*.

8C. Epidemiología, control y prevención del Cáncer. Flora Duarte, Jacqueline Figueroa, Mario Sánchez. Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas Tegucigalpa, Honduras.

El cáncer produce cada año más de 10 millones de casos nuevos y es la principal causa de mortalidad a nivel mundial, con 7,9 millones de defunciones ocurridas en 2007 según la OMS, por lo que se ha convertido en uno de los padecimientos más devastadores del mundo. Se estima que en la actualidad más de 20 millones de personas padecen cáncer en todo el mundo y que para el año 2020, este número será de aproximadamente 30 millones. Cerca del 23% del total de defunciones en los países desarrollados se deben al cáncer, y el número de muertes por cáncer en los países subdesarrollados gradualmente superará las defunciones por esta misma causa en los países desarrollados debido a la diseminación global de patrones de consumo de tabaco y hábitos dietéticos poco saludables. Los tipos de cáncer más frecuentes a nivel mundial son: pulmón, estómago, hígado, colon-recto, esófago y próstata en hombres; y en mujeres el de mama, pulmón, estómago, colon-recto y cuello uterino. De acuerdo al documento Indicadores Básicos 2003, en Honduras la tasa de morbilidad por tumor maligno es de 73.88 por 100,000 habitantes y la mortalidad hospitalaria por la misma causa es de 5.10 por 100,000 habitantes. Más del 80% de los casos de cáncer se atribuyen al consumo de cigarrillos, exposición a químicos cancerígenos, radiaciones ionizantes, rayos ultravioletas, y carcinógenos biológicos (virus del Papiloma Humano, virus de la Hepatitis). Otro factor importante es el envejecimiento ya que la incidencia de cáncer aumenta con la edad. El estilo de vida tiene una gran influencia y el cáncer se relaciona más con factores modificables y prevenibles como ser consumo de tabaco, alcohol, malos hábitos alimenticios, obesidad, infecciones, ingesta insuficiente de frutas y hortalizas y sedentarismo. La falta de acceso y el acceso tardío a servicios de salud son la principal causa de morbilidad y mortalidad por cáncer especialmente en países subdesarrollados. A nivel mundial los programas nacionales de control de cáncer están poniendo mucho énfasis en las acciones de prevención, lo cual implica eliminar o reducir al mínimo la exposición a las causas de cáncer con el fin de disminuir el riesgo individual frente a los efectos de tales causas. Este enfoque ofrece el mayor potencial para la salud pública y la posibilidad de conseguir de manera más económica el control del cáncer a largo plazo. La prevención debe incluir entre otras acciones, el aumento de la cobertura y el acceso a servicios de salud, la reducción del consumo de tabaco, alcohol, el sobrepeso y la obesidad, mejorar los hábitos alimenticios y hacer ejercicio así como evitar la exposición al Virus de Papiloma Humano mediante conducta sexual responsable y programas activos de vacunación. Se recomienda además la educación y programas de detección temprana que incluyan citología cérvico-vaginal, mamografía, auto examen, PSA, examen de sangre oculta en heces.

9C. Traqueotomía: manejo. Roberto O. Tinoco. Enlace Servicio Alemán de Intercambio (DAAD)-UNAH, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

La traqueotomía es la abertura temporal de la tráquea para habilitar la vía aérea en caso de insuficiencia aguda del paso de aire a los pulmones. Las primeras traqueotomías fueron realizadas: 2000 A.C - 1000 A.C. Libro sagrado de la India. En 1921 Chevalier Jackson hizo la descripción técnica recomendando no seccionar cartílago cricoides ni primer anillo traqueal. Las indicaciones de traqueotomía son: espasmo agudo de laringe, laringitis aguda, epiglotitis, laringomalasia, estenosis, sub-glótica, hemangioma, sub-glótico quistes laríngeos, laringocele, compresión congénita de laringe obstrucción respiratoria aguda del recién nacido, edema agudo de laringe, edema angio-neurótico, trauma cráneo facial, tumores de nasofaringe y laringe. La técnica quirúrgica consiste en 1) Incidir piel y tejido celular subcutáneo 2 cm por arriba de la horquilla esternal; 2) Diseccionar músculos infra hioideos e istmo de la glándula Tiroides; 3) Ubicarse en cartílago Cricoides y los tres primeros anillos traqueales; 4) Incidir el segundo cartílago en adultos y el tercero en niños dependiendo del tamaño de la cánula a utilizar (10 y 7 mm,) metálicas, polivinilo, sirlatic. 5) Todas con su conductor y su respectiva endocánula. Se indican los siguientes consejos: 1) Anestesia general Intubado, 2)

Historia y diagnóstico exacto, 3) Exámenes de laboratorio urgente, 4) Intubación urgente, 5) Traslado urgente del paciente al quirófano previa notificación del caso al anestesiólogo de guardia o MR y al ORL de guardia, 6) Que el equipo de aspiración funcione al 100%, 7) Que los tubos de traqueotomía tengan su endo-cánula ideal bien colocada, 8) Doble fijación de la cánula al cuello, 9) Que los adaptadores del sistema de oxígeno a la cánula sean suficientemente largos y que adapten bien, 10) Las sondas para aspiración deben ser atraumáticas, 11) Aspiración cada 15 minutos PM, 12) Desinflar el balón 10 minutos cada 45 minutos para evitar necrosis de mucosa, 13) Aspirar boca e hipofaringe así como tráquea y bronquios, 14) Retirar y asear endocánula.

10C. Quinolonas fluoradas en vía aérea superior. Raúl Zelaya Rodríguez. Servicio de Otorrinolaringología, Departamento de Cirugía, Hospital Escuela.

Las quinolonas integran una familia de antibióticos conocida desde la década de los 60, a partir de la investigación de antimaláricos. La primera quinolona usada en la clínica fue el ácido nalidíxico, introducido en 1962 junto con el ácido pipemídico, obtenido en 1973, integran la primera generación de quinolonas. Así en las últimas tres décadas, se produjo el desarrollo farmacoterapéutico de las quinolonas. El primer producto, que se incorporó al comercio en el año 1965, fue el ácido nalidíxico (quinolona de primera generación) y luego, se sintetizaron muchos derivados modificando primariamente la posición N-1 y las posiciones C-6, C-7 y C-8 sobre el anillo quinolona-naftiridona. Es así que en 1984, debido a la introducción de uno o varios átomos de flúor en el núcleo básico, aparecen las primeras 4-fluorquinolonas, también llamadas quinolonas de segunda generación encabezadas por la norfloxacin y seguida por la pefloxacin, ofloxacin, ciprofloxacina, fleroxacin y temafloxacin. Los cambios estructurales incorporados en los nuevos compuestos aumentaron las propiedades farmacodinámicas y mejoraron los perfiles farmacocinéticos.

11C. Reseña histórica de la endocrinología pediátrica en Honduras y perspectivas de un servicio de atención especializada en el Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa. Guillermo Villatoro, Lesby M. Espinoza. Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Nuestra historia data desde 1977 con el regreso a Honduras del Dr. José Reyes Noyola (QDDG), habiendo terminado sus estudios de Endocrinología Pediátrica en el Hospital Jackson Memorial de Miami, Florida, EUA. En ese momento el Dr. Reyes (Chepito) fue asignado al Servicio de Recién Nacidos del Hospital Materno Infantil iniciando paralelamente las primeras consultas en la especialidad de Endocrinología Pediátrica. Posteriormente fue trasladado a la Sala de Medicina Pediátrica donde fungió como médico base y luego médico jefe por más de 20 años, beneficiando con esto a sus compañeros de trabajo, alumnos del pre y post-grado de pediatría y sobre todo a los niños que tuvieron la dicha de ser sus pacientes. Durante prácticamente 25 años fue el único Endocrinólogo Pediatra para los niños referidos de todo el país. Como digno ejemplo a seguir e influenciados por tan distinguido maestro y apoyados en todo momento por las autoridades del Departamento y del Post-grado de Pediatría, dos egresados del Post-grado de Pediatría deciden realizar sus estudios de subespecialidad en Endocrinología Pediátrica, quienes al regresar al país se integran al Departamento de Pediatría formando un verdadero equipo de trabajo con quien fuera previamente su mentor, además de la incorporación de la Lic. en Enfermería Cecilia Pavón y juntos suman esfuerzos y energía y comienzan a vislumbrar la creación de lo que hoy es el Servicio de Endocrinología Pediátrica. Se reconoce y agradece el apoyo incondicional de las autoridades actuales del Departamento de Pediatría. Es así como después de múltiples gestiones y el apoyo desinteresado de amigos, pacientes, colegas y familiares, nuestro Servicio fue inaugurado el 11 de junio del 2004. Desde entonces hemos avanzado ampliando la gama de estudios de laboratorio para el diagnóstico, realización de pruebas dinámicas de estimulación hormonal, diagnóstico por biología molecular de algunas patologías con la contribución de centros de investigación extranjeros, instauración del plan de educación diabetológica, creación de la Fundación del Niño con Diabetes, tratamiento con Hormona de Crecimiento y Acetato de Leuprolide a niños que de otra manera no tendrían acceso al mismo, publicaciones en el ámbito

nacional e internacional. En la función académica a nivel del Post-grado de Pediatría estamos actualmente contribuyendo en la formación más integral de los futuros pediatras a partir de la generación del 2009, a través de una rotación por nuestro servicio de los residentes de último año. Pero aun hay mucho por hacer y tenemos nuevas metas a alcanzar como el proyecto de tamizaje para detección de hipotiroidismo congénito, la cocina experimental para desarrollar talleres de alimentación con los pacientes obesos y con diabetes, incentivar la formación de recursos específicamente educadores en diabetes, completar todos los protocolos de atención y manejo de las 10 patologías más frecuentes en endocrinología de niños, estudios colaborativos de investigación con otras Universidades. Estamos convencidos que con el esfuerzo de todo nuestro equipo de trabajo lograremos ofrecer una atención de calidad y con calidez que merecen los niños de Honduras.

12C. Desarrollo de un modelo de atención integral en VIH/SIDA. Marco Urquía,¹ Sandra Núñez,¹ Ramón Jeremías Soto,^{1,2} Freddy Tinajeros.³ ¹Departamento de ITS/VIH/SIDA, Secretaría de Salud; ²Visión Mundial Honduras; ³Centros para el Control de Enfermedades (CDC), Atlanta, EUA.

En 2008, 0.65% fue la prevalencia de VIH estimada en Honduras (población 15-49 años), la epidemia es generalizada en la costa norte (0.91%) y concentrada en el resto (0.59%). Entre el 2000 y 2007, las muertes hospitalarias por VIH disminuyeron de 4.9% a 2.8%, lo cual coincide con la implementación de la TARGA a partir del 2002. La disponibilidad de servicios de atención integral (CAI) ha aumentado de 50% a más de 85% (No. de CAI según No. de regiones). Según estimaciones oficiales, 9369 PVIH requerían TARGA en 2008, el 67% la recibe. En 2008, se realizaron más de 28,000 pruebas voluntarias de VIH con consejería, pero esta cifra sigue siendo insuficiente. El programa de PTMH se implementa en más 500 US, así el 86% de hospitales y el 100% de CESAMO, pero solo el 16% de CESAR. En 2009, bajo el marco de la reforma del sector salud, la SSH inicia un proceso para la revisión del modelo de atención integral en VIH/SIDA. Esto ha requerido la realización de un estudio diagnóstico con proveedores de los CAI, la conformación de un equipo conductor liderado por el Dpto. ITS, VIH/SIDA e integrado por expertos de diferentes organizaciones de la sociedad civil, academia y cooperación externa (en apoyo para la reorientación y/o diseño de un modelo de atención integral, MAI, acorde a las actuales circunstancias de la epidemia de VIH), una evaluación cualitativa de la calidad de servicios, así como una valoración de los diferentes componentes del Modelo de Atención Integral (MAI) con los actores clave tanto desde su rectoría, implementación como desde la perspectiva de los usuarios. El MAI parte de la concepción impulsada por la OPS según escenarios y niveles que dio lugar a los Centros de Atención Integral (CAI), haciendo una revisión exhaustiva de los diferentes componentes y subcomponentes que integran un modelo deseado desde una perspectiva multisectorial e interdisciplinaria. Evidentemente el modelo bajo los CAI ha sido superado y se requiere un replanteamiento o nuevo diseño, donde la integración a los servicios de salud del estado es un requisito clave, y las funciones de regulación y rectoría deben quedar claramente establecidas desde la SSH.

13C Definiendo un paquete básico de servicios de atención integral. Mayte Paredes,¹ Elsa Y. Palou E.² Departamento ITS/VIH/SIDA, Secretaría de Salud,¹ Proyecto Fondo Mundial, CHF Internacional, Honduras; ²Centro de Atención Integral, Instituto Cardiopulmonar, Tegucigalpa.

Honduras implementa, como parte de la respuesta institucional al VIH/Sida, un modelo de atención integral piloto para la atención en VIH con financiamiento nacional y del proyecto Fondo Mundial en el año 2002. A través del mismo se logró avanzar de 84 personas en terapia antirretroviral en el 2002 a más de 7,000 para el 2008 y de tres a 32 Centros de Atención Integral (CAI) respectivamente. Este modelo ha dado respuesta a las necesidades de atención en el país evidenciando funcionalidad y buen suceso; sin embargo, actualmente se requiere de una revisión y redefinición del mismo ante nuevos retos. Con el objetivo de identificar estrategias que permitan integrar el modelo de manera sistematizada en el marco del proceso de reforma de los servicios de salud, el Departamento

ITS/VIH/SIDA ha realizado un diagnóstico del modelo cuyo resultado nos permite conocer su estado actual con sus debilidades, fortalezas y retos para diseñar y redefinir las acciones estratégicas, consolidarlo y sistematizarlo a un mediano plazo. Asimismo se ha realizado un proceso de revisión estratégica del modelo vigente y se ha sugerido un replanteamiento del mismo, concluyendo con un modelo con componentes y subcomponentes definidos en los aspectos de prevención, atención integral y rehabilitación con participación de agentes comunitarios y sociales para cada uno de los niveles comunitario, municipal, departamental y nacional. Como parte del proceso de definición del paquete básico de servicios de atención integral se han tenido talleres regionales de validación del modelo con representantes de la sociedad civil (ASONAPVSIDAH, personas viviendo con VIH/Sida, y grupos vulnerables); organizaciones no gubernamentales y gubernamentales; cooperación internacional, y prestadores de servicios en los CAI.

14C. Retos y oportunidades para el nuevo modelo de atención integral. Rolando Pinel. Departamento ITS/VIH/SIDA, Secretaría de Salud, Proyecto AIDSTAR-One Honduras.

En 2009, bajo el marco de la reforma del sector salud, la Secretaría de Salud a través del Programa Nacional de SIDA inicia un proceso para la revisión del modelo de atención integral en VIH/SIDA lo que ha requerido una serie de análisis de los logros obtenidos a la fecha y los desafíos al futuro. De acuerdo a una exhaustiva revisión de documentos, estrategias y estudios sugerimos y desarrollamos los siguientes retos y oportunidades para lograr un modelo que se consolide a largo plazo y garantice la sostenibilidad: 1) Inserción del modelo de prestación de servicios de VIH/SIDA en el marco amplio de la Reforma del Sector Salud. A través de un proceso de mediano plazo los servicios de VIH/SIDA deben ser integrados a los servicios esenciales del paquete de intervenciones garantizadas en los diferentes niveles de intervención del sistema de salud de Honduras. Esta inserción establece una definición de los diferentes roles de rectoría y de provisión de servicios. 2) Revisión del planteamiento estratégico de abordaje de las diferentes áreas programáticas del nuevo modelo. Un desafío importante es la definición clara de las siguientes interrogantes: ¿qué vamos a hacer?, ¿cómo lo vamos a hacer?, ¿dónde y con quién hacerlo? 3) Uno de los retos más importantes es el desarrollo del Recurso Humano que quizás es uno de los pilares más olvidados en el modelo de prestación de servicios. Entre las áreas prioritarias de este aspecto están la definición de competencias necesarias para cada uno de los miembros del personal multidisciplinario y el entrenamiento necesario para poder tener un desempeño adecuado, definiendo necesidades de entrenamiento pre-servicio a nivel de las instituciones formadoras del recurso humano o en programas certificados de entrenamiento en servicio. 4) Monitoria y Evaluación: es necesario retomar la cultura de medir y valorar lo que los diferentes niveles de prestación de servicios contribuyen a la obtención de los logros globales de país y cómo se evalúa el desempeño de cada uno de los servicios. 5) Financiación: un reto importante es la definición clara del costeo unitario de los servicios, análisis de costo-efectividad y el costo-beneficio de la tercerización de servicios entre otros.