

**XXVII Jornada Científica / XIV Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud /
I Congreso Virtual de la Unidad de Investigación Científica**

21-25 DE SEPTIEMBRE DE 2020

RESUMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES

Investigación para la Salud en Tiempos de Pandemia

Diseño Metodológico en Respuesta al Trabajo Remoto

- C1 Diseño Metodológico en Respuesta al Trabajo Remoto en el Contexto de la Pandemia de COVID-19.** Alejandro Carías, Perla Simons, Jackeline Alger, Bomar Méndez; Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Tegucigalpa.

El trabajo virtual producido por el confinamiento debido a la pandemia de COVID-19 promueve que las investigaciones se centren en recursos accesibles remotamente; por ejemplo, análisis secundario de bases de datos de estudios, de sistemas de vigilancia epidemiológica o de recursos bibliográficos publicados. La síntesis del conocimiento, a través de revisiones narrativas (bibliográficas), utiliza métodos para identificar, seleccionar y evaluar los estudios. La revisión tipo *scoping review*, que aquí llamaremos bibliométrica, explora sistemáticamente las publicaciones disponibles en un tema, identificando conceptos claves, teorías, fuentes de evidencia y brechas en la investigación. Por otra parte, una *revisión sistemática* permite sintetizar los resultados de varios estudios con el fin de responder a una pregunta de investigación. El *meta-análisis* va un paso más allá al sintetizar, comparar y tabular, medidas descriptivas y de asociación obtenidas de estudios epidemiológicos y realizar *pooled análisis*, obteniéndose resultados basados en datos de diferentes regiones con mayor tamaño muestral. Los tipos de estudio revisados y analizados pueden incluir ensayos clínicos aleatorizados (ECA), estudios observacionales analíticos y estudios cualitativos. Las revisiones sistemáticas y los meta-análisis generan información útil para el personal sanitario, docentes y estudiantes, y los tomadores de decisiones, ya que mejoran el conocimiento de los temas de interés. Por medio de estos análisis detallados, es posible identificar si una vacuna, fármaco, método diagnóstico o intervención educativa, se pueden utilizar en un grupo de personas con iguales características y necesidades. En el caso de los ECA, contrasta la información de al menos dos grupos de estudio, confrontando el análisis de los riesgos y las magnitudes de los eventos, para saber si existe evidencia necesaria o no, y de existir evidencia, si esta es beneficiosa o perjudicial para las personas. Una estrategia para formular la pregunta de investigación es la denominada pregunta PICO (P=paciente, I=intervención, C=comparación, O=resultados o “outcomes”).

Innovación Social para la Salud en el Contexto del COVID-19

- C2 Innovación Social para el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud hacia la Salud Universal.** Dra. Amalia Del Riego, Unidad de Sistemas de Salud y Acceso; Equipo de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud del Equipo de Manejo de Incidentes – COVID-19. OPS Washington DC, Estados Unidos de América
- C3 Creando Capacidad Regional para la Investigación en Innovación Social en Salud: Hub Latinoamericano de Innovación Social en Salud (SIHI-LAC HUB).** María Isabel Echavarría, Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas (CIDEIM), Cali, Colombia.

La innovación social (IS) es un proceso participativo que propone e implementa ideas novedosas, con el fin de solucionar problemas sociales y generar valor agregado a la sociedad. Con este fin, aplicada específicamente al área de la salud, nace en 2014 la Iniciativa SIHI del TDR OMS (<https://socialinnovationinhealth.org/>), como una apuesta por mejorar el acceso y calidad de la salud en países de bajos y medianos ingresos, mediante la conformación de una red de Hubs (6) en diferentes países. En 2017 CIDEIM (<http://www.cideim.org.co/cideim/>) en colaboración con la Universidad Icesi (<https://www.icesi.edu.co/es/>) y OPS/OMS, apoyado por TDR, se convierte en Hub de innovación social en salud (ISS) para Latinoamérica y el Caribe con 3 objetivos centrales: 1) generar conocimiento y visibilizar iniciativas de ISS, 2) fortalecer capacidades de investigación en ISS y 3) articular esfuerzos interdisciplinarios e interinstitucionales para el aprendizaje colaborativo, la escalabilidad y sostenibilidad de iniciativas en la región. En los últimos años, este Hub ha identificado seis iniciativas de ISS, que ofrecen soluciones comunitarias a enfermedades infecciosas y a problemas de acceso a salud, al tiempo que reducen brechas de desigualdad social. Además, ha ofrecido espacios formativos para el fortalecimiento de capacidades en investigación de base comunitaria, y ha creado la red ALACISS (Alianza Latinoamericana y del Caribe en Innovación Social para la Salud) como plataforma para generar espacios de aprendizaje y trabajo colaborativo a través de encuentros presenciales o virtuales como el “café virtual”. La ISS representa una oportunidad para resolver problemas de salud en contextos particulares con participación activa de la comunidad afectada y puede tener un rol determinante en tiempos de crisis como los que plantea la pandemia actual. Esfuerzos colaborativos son necesarios para identificar alternativas de base comunitaria en la región.

- C4 La Innovación Social para la Salud y la Apropiación del Conocimiento desde las Comunidades, para Avanzar hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible.** Dr. Luis Gabriel Cuervo, unidad de sistemas de salud y acceso. OPS Washington DC, Estados Unidos de América.

Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas están interrelacionados. Es común que diferentes sectores y actores centren su trabajo alrededor de un objetivo particular. A nivel de las comunidades suelen integrarse los enfoques y las poblaciones desarrollan acciones con un enfoque integrador. Se considera que las decenas de iniciativas que han participado en los tres llamados de la iniciativa de innovación social en salud en las Américas, las 8 ganadoras, y los 42 estudios de caso hechos mundialmente y que son fuente de conocimiento para la replicación, adaptación, y escalamiento, son fuente de reflexión e inspiración. Se destacan ejemplos de cómo estas iniciativas fortalecen los sistemas salud tal y como fueron planeadas y también en la respuesta a la pandemia de COVID-19 que obligó a realizar adaptaciones. Se reconoce la gran oportunidad que representa el Nodo Honduras de SIHI-LAC para los países

miembros de la COMISCA, así como la experiencia que traen los actores locales y las iniciativas SIHI-LAC ya destacadas en esta región.

C5 Herramientas de E-HEALTH para mejorar la Atención Primaria en Salud en Zonas Remotas: La Experiencia de la Fundación EHAS (Enlace Hispano Americano de Salud). Dr. Ignacio Prieto Egido, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España.

Las zonas rurales de los países con ingresos bajos o medios se caracterizan por la falta de recursos, la baja densidad de población y la escasez de infraestructura de comunicaciones. Estas circunstancias dificultan la prestación de servicios de salud adecuados. Para superar estas barreras, las Fundación EHAS (Enlace Hispano Americano de Salud) lleva más de 15 años investigando en soluciones innovadoras para mejorar la atención primaria en áreas aisladas mediante el uso adecuado de tecnologías de la información y la comunicación (TIC). En estas investigaciones se han desarrollado procesos y obtenido resultados relevantes. En primer lugar, EHAS siempre colabora con los sistemas públicos de salud para identificar sus necesidades de comunicación e información. A partir del análisis de necesidades, EHAS investiga sobre tecnologías apropiadas para brindar comunicación en cada contexto y sobre sistemas de información adecuados a las necesidades del personal de salud. En paralelo, EHAS trabaja para proporcionar aplicaciones de telemedicina que, haciendo uso de los servicios de comunicaciones instalados o existentes, puedan mejorar los servicios de salud en estas zonas remotas. En esta línea, se han desarrollado y validado soluciones para mejorar la vigilancia epidemiológica o para brindar servicios de e-Health (como un estetoscopio digital o un sistema de tele-microscopía). También se han propuesto nuevos protocolos de atención que aprovechen las ventajas que ofrecen las herramientas de e-Health para la mejora de los controles prenatales. En todos los casos, EHAS ha trabajado para evaluar el impacto de los sistemas desplegados y para proponer modelos sostenibles de implantación adaptados a diferentes contextos. Estas evaluaciones han demostrado que algunas soluciones de e-Health contribuyen a mejorar los procesos de atención en los sistemas públicos de salud de zonas remotas, e incluso reducir algunos indicadores de salud como la mortalidad materna.

C6 Salud Digital: Acercando la Salud a la Población. Dr. Manuel Espinoza, MosquitiaMed, Gracias a Dios, Honduras.

“Si la única herramienta que tienes es un martillo, todo se ve como un clavo.” Abraham Maslow 1966. La verdadera innovación suele acompañarse de una gran dificultad de mostrar el potencial futuro, porque nos basamos en lo que vemos en el presente. En el contexto del departamento de Gracias a Dios, Honduras, es uno de los lugares donde es más difícil acceder a los servicios de un médico. Aproximadamente 75% de la población vive fuera del área de influencia de un establecimiento de salud. Existen 4.3 médicos por cada 10,000 habitantes, menos de un tercio del promedio nacional (CONADEH 2019). Con frecuencia sus pobladores se debaten entre la muerte o la bancarrota. Sólo en 2018 se realizaron 1,025 referencias a centros hospitalarios fuera del departamento (ASIS 2018). Considerando el alto costo promedio de traslado, esto se constituye en un gasto catastrófico en la mayoría de casos. En estas circunstancias es difícil imaginarse que la salud digital pueda prosperar. Sin embargo, es acá dónde se gesta una de las estrategias de telemedicina más importantes de Honduras. El caso del grupo MosquitiaMed, un proyecto que realizó un pilotaje de telemedicina asincrónica en comunidades rurales de Gracias a Dios entre

2015 y 2018, es un ejemplo de cómo acercar la salud a la población mediante plataformas digitales. La metodología incluye análisis cualitativo que utilizó el marco conceptual de Tanahashi (OMS 1978) para identificar las brechas en el acceso a salud y posibles oportunidades de implementación de tecnologías de la información y comunicación mediante entrevistas y grupos focales. A pesar de las limitantes tecnológicas y presupuestarias, este proyecto se ha fusionado exitosamente con otros para crear una red de servicios de telemedicina que incluye varias especialidades y ha promovido una cultura impulsada por los datos en sus contrapartes.

- C7 SIHI LAC, Nodo de Honduras: Fortaleciendo la Capacidad para la Investigación en Innovación Social en Centro América.** Dra. Jackeline Alger, Dr. Alejandro Carías, MSP. Perla Simons; Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Tegucigalpa, Honduras.

La Iniciativa de Innovación Social para la Salud en América Latina y el Caribe (SIHI LAC, <https://socialinnovationinhealth.org/americas-esp/>) tiene el propósito de mejorar la calidad y el acceso a la atención de salud a través de la creación de capacidad y la colaboración interinstitucional para la investigación en innovación social para la salud en la región. La iniciativa, lanzada en mayo 2017, es coordinada por CIDEIM, Cali, Colombia, el Centro Regional de Entrenamiento de TDR/OMS para las Américas (<http://www.cideim.org.co/cideim/>). El nodo de Honduras, lanzamiento septiembre 2020, tiene el propósito de implementar la iniciativa en Centro América. La Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas UNAH, alberga el nodo con la disponibilidad de un equipo interdisciplinario que promueve y participa en proyectos de investigación con colaboradores dentro y fuera de la UNAH y un compromiso establecido con la institucionalización y difusión de la formación en buenas prácticas de investigación para la salud como socio de la red de CIDEIM. Adicionalmente, cuenta con una red de socios dentro y fuera de la universidad y en Centroamérica que pueden integrarse efectivamente a la iniciativa. Las prioridades estratégicas identificadas para desarrollarse en el primer año incluyen comprender los factores contextuales y los actores involucrados en la innovación social para la salud en la UNAH, promover la visibilidad de la iniciativa entre las partes interesadas en la UNAH y más allá de la academia con otros socios en Honduras y en Centroamérica y construir la sostenibilidad de la iniciativa a través de la institucionalización de la innovación social para la salud en el currículo de investigación de programas de grado y posgrado. Las actividades iniciales incluyen fortalecer la capacidad de investigación basada en la comunidad e identificar iniciativas de innovación social para la salud en Honduras, especialmente en el contexto de la pandemia de COVID-19.

- C8 Desempeño histórico de la Unidad de Investigación Científica en el fortalecimiento de la investigación Científica en la FCM – UNAH.** Dra. Edna Maradiaga

En 1988 durante la decanatura del Dr. Raúl Felipe Cáliz, se crea la Unidad de Investigación Científica(UIC), adscrita al decanto, y pionera en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), con el propósito de gestionar el conocimiento en la Facultas de Ciencias Médicas (FCM), con el tiempo la UIC evoluciono y amplio su misión: contribuir al desarrollo de la investigación para la salud en Honduras, desde la FCM, a través de la gestión del conocimiento científico, tecnológico, humanístico y ético, mediante procesos de investigación, docencia,

asistencia, y vinculación con la sociedad, en el contexto de los problemas prioritarios de salud. Entre las principales funciones y actividades que la UIC ha desarrollado en estos 32 años desde su fundación tenemos: gestionar y promover las investigaciones del grado y el posgrado; en el grado, la realización de proyectos de investigación a nivel nacional, como requisito de graduación, para los estudiantes de la carrera de medicina, en la actualidad se han desarrollado aproximadamente 44 estudios en problemas prioritarios en salud. En los posgrados clínicos se desarrolla docencia, tutoría en metodología y ética de la investigación; tiene bajo su tutela al Comité de Ética e Investigación Biomédica (CEIB) el cual capacita en ética y dictamina proyectos de investigación al interior de la FCM, UNAH, Secretaría de salud, Escuela Agrícola Panamericana, OPS-OMS entre otros; Contribuir con la identificación y la priorización de las líneas prioritarias de Investigación en la FCM y otras instituciones como la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional Cardiopulmonar; la realización de Jornadas y Congresos de Investigación de las Ciencias de la Salud; capacitación a docentes de las carreras de la FCM en Planeación y Evaluación Efectiva de Proyectos, Análisis y manejo de Datos, Investigación cualitativa y cuantitativa, Estadística, redacción de artículos científicos; Vinculación Universidad-Sociedad: como jornadas de prevención para la salud cardiovascular en población general, patrocinio del diplomado de Prevención de Discapacidades Prenatales, y la creación de Nodo Subregional de SIHI LAC en Honduras para Centroamérica como Iniciativa de Innovación Social en Salud entre otras.

Aspectos Clínicos y Epidemiológicos de la Pandemia COVID-19

- C9 Panorama Epidemiológico de SARS-COV2 en Honduras.** Dr. Ramón Jeremías Soto Hernández, Maestría en Epidemiología, Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa.

El SARS CoV2 es el virus que causa la enfermedad por coronavirus (COVID-19). En Honduras los primeros casos se registraron oficialmente el 11 de marzo de 2020 en dos personas procedentes de Europa; unas semanas después se estableció la transmisión comunitaria en varios puntos del país. Con la notificación oficial de COVID-19, el gobierno decretó la emergencia sanitaria y se activó SINAGER (Sistema Nacional de Gestión de Riesgos) para coordinar la respuesta a la pandemia. La aplicación de medidas no farmacéuticas ha sido inconstante por parte de la población. El gobierno se enfocó inicialmente en un confinamiento estricto con el consiguiente impacto económico principalmente en la población más vulnerable. Con ello, se mantuvo cierto enlentecimiento de la dinámica de transmisión. Pero, con la primera reapertura económica, gran parte de la población no acató las medidas de bioseguridad, dándose el repunte de casos entre junio y julio que hizo colapsar al sistema hospitalario, provocando una alta mortalidad. La COVID-19 afecta más a hombres, personas mayores de 50 años y a quienes sufren de otras enfermedades crónicas, en quienes la severidad, complicaciones y muerte es más frecuente. La epidemia ha afectado más los centros urbanos constituyéndose en epicentros de la epidemia principalmente San Pedro Sula y Tegucigalpa. La vigilancia se ha basado en la confirmación de los casos con la prueba PCR; sin embargo, en la medida que la demanda se incrementó por la cantidad de casos sospechosos, la capacidad de los laboratorios nacionales se vio rebasada, provocando un retraso promedio de 7 a 14 días en la entrega de resultados. Esto se ha reflejado

en el registro oficial de casos, con el cual no es posible contar con un panorama epidemiológico real de la pandemia. Se estima que por cada infectado puede haber 5 que se contagian y no se registran.

C10 Evolucion de la Evidencia en el Manejo Terapeutico del COVID-19. Dr. Efraín Bu Figueroa, Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas, Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa.

La enfermedad por Coronavirus (COVID-19), cuya etiología es el virus SARS-CoV-2, descrita en diciembre del 2019 surge en la ciudad de Wuhan, China, donde se expande rápidamente; subsiguientemente a todo el planeta, por lo que fue declarada el 11 de marzo, como pandemia por la Organización Mundial de la Salud. Dicha pandemia tomo desprevenido a los países del mundo, más de doscientos en la actualidad, habiéndose producido hasta el 30 de agosto 24,854,140 casos con 838,924 muertes. Desde la identificación del virus causal por la ciencia china, se comenzaron los estudios para obtener algún medicamento antiviral curativo y a medida se ha ido conociendo la evolución natural de la infección, nuevas terapias coadyuvantes para el manejo de la tormenta de citoquinas, se han ido sumando al tratamiento. El tratamiento de los coronavirus humanos ha sido tradicionalmente sintomático, dado que dicha infección es auto limitada. Desde el surgimiento como zoonosis del SARS-1 en el 2002 en China y luego el MERS-CoV en el 2012 en Arabia Saudita, ambos más letales que el actual SARS-CoV-2 pero menos contagiosos, se han ensayado numerosos medicamentos conocidos y de nueva síntesis. El SARS-CoV-2 ha acelerado la investigación para encontrar un tratamiento eficaz. Más de 1500 ensayos terapéuticos se realizan en el mundo. Hasta el momento no ha sido posible encontrar un medicamento antiviral eficaz. Medicamentos como Hidroxicloroquina, Lopinar/ritonavir, Ribavarina, Favipiravir, Remdesivir y otros han mostrado resultados no concluyentes. Hasta la fecha solo el Remdesivir ha demostrado una disminución de mortalidad. Entre los coadyuvantes, como los inhibidores de interleukinas, antiinflamatorios y anticoagulantes; dexametasona ha demostrado disminución de mortalidad en 35% en pacientes severos. Los estudios continúan bajo rigurosos criterios para demostrar no solo un efecto curativo sino también preventivo.

C11 Avances en la Vacuna Contra SARS-COV-2. Dr. Marco Tulio Luque, Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas, Tegucigalpa.

En diciembre de 2019 se reportaron los primeros casos de neumonía por SARS-CoV-2 en la ciudad de Wuhan provincia de Hubei en China, extendiéndose posteriormente por todo el mundo. Tan pronto como se descifro el genoma del SARS-CoV-2 en enero del 2020 inicio la carrera por obtener una vacuna, los primeros estudios clínicos de seguridad en humanos iniciaron en marzo. Existen múltiples plataformas para el desarrollo de la vacuna entre ellas, virus atenuados, virus inactivados, vectores virales, ácidos nucleicos, partículas similares a virus. Hasta el 31 de agosto del 2020, se han desarrollado más de 150 candidatos a vacunas, de las cuales 36 están en estudios clínicos en diferentes fases, 23 en fase 1, 14 en fase 2, 9 en fase 3. Actualmente tres vacunas han recibido aprobación temprana para uso limitado; la vacuna rusa Gam-Covid-Vac Lyo de Gamaleya Research Institute, que es una combinación de dos adenovirus Ad5 y Ad26 ambos

modificados con genes de Coronavirus, dos vacunas chinas una del laboratorio CanSino Biologics basada en Adenovirus Ad5 y otra de virus inactivados del laboratorio Sinovac Biotech. La vacuna “ideal” para la COVID 19, en términos clínicos tendrá que cumplir ciertas características: que genere anticuerpos neutralizantes duraderos contra el SARS-CoV-2, que induzca una potente inmunidad de linfocitos T y que sea segura. En términos logísticos que sea fácil de administrar preferiblemente que conste de una sola dosis, que sea fácil de almacenar y transportar y que su producción a gran escala sea factible. La introducción de la vacuna se hará de una manera paulatina definiendo inicialmente los grupos prioritarios a vacunar de acuerdo con los objetivos planteados por cada país. Actualmente existen mecanismos de acceso global que tienen el objetivo de que todos los países tengan un acceso justo y equitativo a las vacunas contra COVID 19.

Medidas de Bioseguridad para Protección de la Salud y Prevención de la Transmisión del COVID-19.

C12 Asistencia de Salud en Peligro, es Cuestión de Vida o Muerte: COVID-19. Killiam Alberto Argote Araméndiz. Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR).

La violencia contra pacientes y sus familias, profesionales sanitarios o sus instalaciones y vehículos, amenaza la vida de millones de personas y el costo humano es incalculable. Un estudio realizado en 16 países donde trabaja el CICR, entre julio de 2008 y diciembre de 2010, sobre dichos actos de violencia, fue publicado en 2011 con cifras alarmantes. Este estudio reporta 655 incidentes que afectaron la asistencia médica con saldo directo de 1,834 muertes o lesiones, donde el 20,1% estaban previamente heridos o enfermos y el 8,7% eran personal de salud. También se evidenció que instalaciones de salud sufrieron daños en el 17,7% de los eventos y las ambulancias en el 4,9%. Sin embargo, el efecto de estas acciones en los sistemas de salud es aún más devastador de lo previamente mencionado. La violencia física, amenazas, obstrucción, discriminación o la falta de seguridad que sufre el personal asistencial, causa directamente lesiones, muertes y daño psicológico; adicionalmente, se limita el acceso a los servicios de salud, afectando el crecimiento y desarrollo de poblaciones y desatendiendo enfermedades potencialmente prevenibles. Los escenarios en los que puede estar en peligro la asistencia de salud varían y van desde aquellos con un conflicto armado claramente definido hasta contextos urbanos caracterizados por otros tipos de violencia como es el caso de Honduras. Mundialmente los profesionales de salud respondiendo a la COVID-19 han encontrado apoyo y gratitud, lamentablemente también se han presentado incidentes de estigmatización, condenamiento público, acoso y amenazas acusándolos de propagar el virus, buscar beneficios económicos o negar la atención. Es importante visibilizar esta problemática y proteger integralmente al personal de los actos violentos y de otros riesgos como es la actual pandemia.

C13 Precauciones Estándares y Adicionales en la Prevención del COVID-19 Licda. Sylvie Pouit, Médicos Sin Fronteras / Francia

Se desarrolla una orientación general y recomendaciones, tanto generales como específicas, respecto de las medidas de Precauciones Estándares para contribuir a la Prevención y Control de la infección por el COVID19 a nivel de las estructuras de salud en un contexto de transmisión activa comunitaria. Confirmado está el cúmulo de carencias de medios diversos al seno de nuestros Sistemas Nacionales de Salud para el control de infecciones; sin embargo, también sospechamos cómo, cierto relajamiento en la aplicación de medidas de higiene por parte del personal sanitario, pudo haber contribuido a la expansión infecciosa del COVID-19 entre quienes atendieron a pacientes infectados. Reafirmar que las Precauciones Estándares son fundamentales para prevenir la transmisión y contagios de infecciones patógenos y particularmente durante la prestación de atención médica a pacientes con una infección, sospechada o confirmada, del virus COVID-19, todas las medidas de precauciones estándares deberán ser aplicadas por todos los equipos implicados en la respuesta a la pandemia COVID19. Además, es importante, tener presentes los riesgos que representan la transmisión y adquisición de agentes infecciosos capaces de producir contagios del virus COVID19 u otras enfermedades infecciosas hacia la comunidad y por el personal de salud. Los trabajadores de la salud corren constantemente el riesgo de contraer infecciones, así también pueden convertirse en fuente de infección para los pacientes; por esto, ambos deben ser protegidos para contrarrestarlas o para no transmitir las aplicando las medidas recomendadas como parte de la respuesta continua a la pandemia COVID19.

C14 Prevención y Control del COVID-19 en el Personal de Salud en los Servicios Pre Hospitalarios y Hospitalarios de la Comunidad de Madrid. España. Yolanda Barrios de la Fuente, Enfermera de Urgencias y Emergencias de la Comunidad de Madrid. SUMMA 112. Uvi móvil y Helicóptero Sanitario. Coordinadora de Salud del Hospital EMT2 START de la Agencia Española de Cooperación Internacional y Desarrollo AECID.

La Covid-19 ha puesto en evidencia las capacidades del sistema sanitario español desde el punto de vista de la gestión de los recursos y del personal. El aumento de la demanda asistencial ha provocado la reestructuración de los hospitales y de los servicios de urgencias pre hospitalarias y ha cambiado la forma de trabajar de los profesionales sanitarios. El Equipo de protección individual (EPI), ya forma parte de la uniformidad diaria y la prevención y control de la enfermedad ha pasado a ser una prioridad entre los profesionales de la salud y entre la población en general. Al inicio de la pandemia en España, se vivieron situaciones muy dramáticas por el alto número de contagios y fallecidos entre la población en general y entre el personal sanitario en particular, por la falta de equipos de protección individual adecuados y en cantidad suficiente. Nueve meses después, el número de casos continúa en aumento y el personal sanitario, a pesar de las dificultades y del riesgo, continúa al frente de la pandemia en primera línea, realizando importantes esfuerzos para adaptarse a la nueva forma de trabajar sin disminuir la calidad. Pero para que esto ocurra y hasta que se comercialice una vacuna que nos de un poco de tregua, hay que exigir a la población que cumpla las medidas dictadas por las autoridades

sanitarias para evitar que el número de contagios siga aumentando y a las instituciones que aseguren los EPIs y los recursos necesarios para trabajar con seguridad.

Desafíos en Infraestructura Sanitaria ante la Respuesta al COVID-19

C15 Objetivos de Desarrollo Sostenible, Factores Ambientales y Discapacidad: Un Desafío. Enma Molina Amaya, Departamento de Medicina de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa.

En 2015 se estableció la Agenda 2030 de Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS). El tercero de estos hace referencia a la Salud Universal. Ello requiere entre otras cosas, un acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades, y mejorar la provisión de medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias. Las personas con discapacidad, independientemente de su condición social –pero sobre todo los más pobres- suelen sufrir importantes barreras físicas para recibir servicios de salud que necesitan y merecen. Eliminar barreras, entre ellas las arquitectónicas y de tecnología es una condición imprescindible para lograr la Cobertura Universal. En 2015 el Posgrado de Medicina de Rehabilitación y la Unidad de Investigación Científica (UIC) de la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH investigaron acerca de las condiciones arquitectónicas y el equipamiento de 176 Establecimientos de Salud –Hospitales y Unidades de Atención Primaria (UAP)- en 17 departamentos del país. Las mayores barreras fueron la información ineficaz de rutas: 150 (97.4%) UAP y 20 (90.9%) hospitales; la carencia de soportes en los baños: 152 (98.7%) UAP y 20 (90.9%) hospitales; la inaccesibilidad a personas en sillas de ruedas: 129 (83.8%) UAP y 9 (40.9%) hospitales. La actual pandemia causada por el nuevo coronavirus (COVID-19) ha puesto a prueba a los sistemas de salud más fuertes y a los débiles los está dejando al desnudo. Reconocer las debilidades y comenzar con nuevo impulso es una posibilidad, pero requiere compromiso y reconocimiento del valor de las personas. Asegurar el acceso a la salud de calidad para las personas con discapacidad es fundamental para cumplir la Agenda 2030: ODS y para gozar de todo el bien que pueden hacer las personas con diferentes limitaciones físicas, sensoriales y mentales si tienen las condiciones para hacerlo.

C16 Barreras para el Acceso a la Salud: Experiencias Durante la Pandemia COVID-19. Luis Estrada, Carrera de Arquitectura, Facultad de Humanidades y Artes, UNAH, Tegucigalpa.

Se presenta un paralelo entre la realidad de los hospitales públicos y las leyes vigentes sobre discapacidad en la República de Honduras, especialmente en Tegucigalpa, M.D.C. Aunque existe legislación a favor de los derechos de las personas con discapacidad, el goce efectivo de la salud pública es mínimo. Por un lado, la educación, el transporte y el trabajo ofrecen oportunidades muy limitadas a las personas con capacidades especiales y si a esto le sumamos los problemas de accesibilidad, las condiciones sociales se tornan aún peores. Todos los centros de atención en salud pública fueron construidos antes de 1980; son alrededor de 1,700 edificaciones en todo el país. Según el Comisionado Nacional de los Derechos Humanos, CONADEH, casi 25% de estos centros son inaccesibles, no poseen facilidades para personas con alguna discapacidad poder circular, a pesar de que contamos con leyes de más de 15 años, tanto nacionales como municipales. Los hospitales del Instituto Hondureño de Seguridad Social en Tegucigalpa son especialmente

características arquitectónicas, que limitan la circulación de quien usa silla de ruedas, tiene problemas visuales o auditivos. Existen elementos físicos que impiden la movilización fluida dentro de los ambientes que el paciente visita. Este es uno de los mayores inconvenientes que enfrentan las personas con movilidad reducida, además de problemas en el estacionamiento, acceso al edificio, circulación vertical y la infraestructura sanitaria. Estas barreras afectan nuestras vidas, en cuanto es complicado y en muchas ocasiones, hasta imposible desenvolverse correctamente. El país necesita avanzar en el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad, evitar toda clase de discriminación y marginación, garantizando una mejor calidad de vida para todos. Implementar las leyes para que nuestros edificios públicos sean accesibles. Usar la Accesibilidad Universal.

C17 ¿Qué se Necesita para que el Diseño y la Tecnología pueda Convertirse en un Facilitador para el Acceso a la Salud? Roberto Paredes, Carrera de Arquitectura, Facultad de Humanidades y Artes, UNAH, Tegucigalpa.

La discapacidad, es una condición social, que deriva de las interacciones de la persona con los demás y con el medio construido socialmente. Un edificio podría proporcionar fácil acceso a todas las personas sin importar su edad o condición de discapacidad, mediante la supresión de barreras y el diseño cuidadoso de sus características físicas, pero reducir la desigualdad implica también la planificación de la respuesta en situaciones de emergencia y la implementación de estrategias de servicio y comunicación. La accesibilidad, además de la dotación de ayudas técnicas fuera y dentro de un edificio, involucra el actuar de todos los colaboradores en todos los niveles de una organización. El modelo educativo de la UNAH coloca al asunto de los derechos humanos particulares dentro del Eje Curricular Integrador de Ética. La accesibilidad como derecho universal es, entonces, un contenido que debe abordarse transversalmente en todas las carreras. La carrera de Arquitectura ha impulsado un cambio en las metodologías de enseñanza y en las actitudes y valores con los que se resuelven los problemas de diseño y se seleccionan las tecnologías apropiadas para construirlos. Adoptando la metodología del pensamiento de diseño para poder comprender mejor la experiencia de la persona respecto a la usabilidad y significado de los objetos, los espacios y las actividades, es decir, comprender las interacciones entre el usuario y su entorno, que son las que determinan el grado de limitación a la participación y que deben modificarse para diseñar objetos y edificaciones con todos y para todos que sirvan como medio para brindar salud, educación, trabajo y ocio a cada uno de los miembros de la sociedad.

C18 Buenos Conocimientos, Actitudes Positivas y Adecuadas Prácticas de Madres de Niños con Autismo Frente a COVID19. Brenda Bello, Departamento de Medicina de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa.

Los estudios de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAPs) ayudan a monitorear las acciones de contención durante una pandemia. La Oficina de Derechos Humanos de la ONU insta a incluir a las personas con discapacidad en acciones de monitoreo y contención de COVID-19. Los niños con Trastorno de Espectro Autista dada su forma de interactuar con el entorno pueden tener situaciones diferentes a la población general, y es importante conocerlas. Durante la quinta semana de confinamiento decretado, mediante encuesta telefónica o cuestionario electrónico, mayoría de preguntas de “the Flu Telephone Survey Template (FluTEST)”, se investigaron los CAPs de las madres de niños que acuden al centro ApoAutis, acerca de la prevención y atención de sus hijos durante la emergencia por COVID-19. Veinticuatro personas respondieron. El 100% informó

conocer las formas de contagio y cómo evitar la propagación, 10 creen que es posible saber a simple vista quien está infectado y 9 saben que no hay vacuna; 24 creen que pueden lavarse las manos frecuentemente y evitar tocarse la cara, 23 usarían mascarilla en caso de salir, 22 pueden quedarse en casa los próximos 7 días, y en caso de enfermarse 18 pueden pedir ayuda para el cuidado de sus hijos. Veintidós personas tienen buenas prácticas de lavado de manos, 18 se han quedado en casa en los últimos 7 días, 7 tenían comida y 8 tenían medicamentos para los próximos 14 días, 15 han pensado qué hacer si alguien de casa se enferma y 16 tenían mascarillas para uso frecuente. Sobre el cuidado de los hijos: 22 han mantenido rutinas de autocuidado, 21 ha cuidado el lavado de manos, 20 les ha hablado sobre el coronavirus, 19 ha promovido actividades físicas y recreativas. Se concluye que las madres ApoAutis tienen buenos conocimientos, actitudes positivas y adecuadas prácticas frente al COVID-19.

RESUMENES DE TRABAJOS LIBRE

TL1- Lupus Eritematoso Sistémico en el Anciano: Una Presentación Atípica de una Patología Común. Bayron Degrandes,¹ Carlos Fernando Avilez Soto.² ¹Médico Especialista en Medicina Interna, Instituto Nacional Cardiopulmonar; ²Estudiante Sexto Año, Carrera de Medicina, Universidad Católica de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune idiopática, multigénica, de afectación multisistémica, en la que órganos y tejidos se dañan por la adherencia de diversos autoanticuerpos y complejos inmunitarios. LES del anciano representa 10-20% de todos los casos y suele aparecer después de los 50-60 años. **Descripción del caso clínico:** Femenina de 64 años procedente de Olancho, evaluada 22/10/19 por Medicina Interna por presentar edema progresivo de miembros inferiores de una semana de evolución, disnea de pequeños esfuerzos y ortopnea, leve dolor torácico izquierdo, palidez generalizada y distensión abdominal. Se decide hospitalizar. Al examen físico se evidencia palidez conjuntival, expansibilidad reducida en hemitórax izquierdo, murmullo vesicular disminuido en campo pulmonar izquierdo, leve distensión abdominal y extremidades con edema, fóvea (++). PRO-BNP (péptidos natriuréticos): >9,000pg/ml, proteinuria-24hrs: >2220mg/L, hemoglobina: 8.5g/dL, uremia: 293.29mg/dl, Ecocardiograma: hipertrofia ventricular izquierda, fracción de eyección de ventrículo izquierdo: <45% con leve derrame pericárdico, TAC: derrame pleural izquierdo, C3: <0.300mg/dL, C4: 0.082mg/dL, anti-ADN >200u/mL. Se inicia manejo con plaquinol 400mg/día, metilprednisolona 1g/día por 3 días, se le realizan múltiples toracocentesis descompresivas por derrames pleurales masivos a repetición. Se refiere al Hospital Escuela 22 días posteriores al ingreso para recibir terapia dialítica por hiperkalemia refractaria, lográndose estabilizar, dándole alta en enero 2020. **Conclusiones/recomendaciones:** En LES clásico, la relación mujeres/varones es 9:1 mientras que en el de aparición tardía disminuye a 7:1, este cambio se debe sobre todo a la disminución del componente hormonal-estrogénico en mujeres posmenopáusicas, ya que es un factor que predispone a desarrollar patología autoinmune. El curso de la enfermedad en este tipo de pacientes resulta ser leve y benigno debido a menor compromiso orgánico y sistémico, por lo que encontrar compromiso renal es raro, tomando también en consideración que los títulos de autoanticuerpos y la hipocomplementemia suelen ser más bajos y leves, respectivamente.