

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL)

1TL. SISTEMA SANITARIO: CAPACIDAD DE RESPUESTA LIMITADA DETECTADA EN REFERENCIAS PARA ATENCIÓN QUIRÚRGICA, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA. Bessy M. Mejía,¹ Juan

Francisco Ayestas,² Jackeline Alger.³ ¹MD, Postgrado de Cirugía General, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ²MD, Especialista en Cirugía General, Sala de Emergencia de Cirugía, Hospital Escuela Universitario; ³MD, PhD en Parasitología, Servicio Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; Unidad de Investigación Científica, FCM UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El Hospital Escuela Universitario (HEU) tiene cobertura de atención 24/7 y recibe pacientes referidos a nivel nacional. **Objetivo:** Identificar los centros asistenciales y características de pacientes referidos a Emergencia de Cirugía General (CG), HEU, mayo-julio 2013. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal sobre pacientes referidos para atención quirúrgica captados en Sala de Emergencia de CG. Previo consentimiento informado verbal, los datos se recolectaron por entrevista, revisión de referencia y expediente clínico. Se registró información socio demográfico, clínica, condiciones del traslado. Se evaluó características de los centros asistenciales. **Resultados:** Se registraron 844 pacientes referidos, 20.5% de las atenciones del período. El 66.1% (558) fue referido de centros asistenciales de Francisco Morazán; el resto, procedía de El Paraíso 10.2%(86), Comayagua 6.8% (57) y Olancho 3.8% (32). De las referencias de hospitales regionales (103), 20% (48) correspondió Hospital Santa Teresa, Comayagua, y 18% (43) Hospital Gabriela Alvarado, El Paraíso. Las razones de referencia incluyeron falta de médico especialista de insumos conjuntamente (62.9%), falta de médicos especialistas (27.4%) y de insumos (4.6%), y falta de recursos económicos del paciente (3.1%). Entre condiciones clínicas, 26.7% (225) fue referido por dolor abdominal. El 4% (31) se recibió en condiciones inestables y 5.2% (44) con deterioro del estado de conciencia. **Conclusión/Recomendación:** El sistema sanitario de Honduras demuestra carencia de personal calificado e insumos para atención quirúrgica. La referencia por razones injustificadas acarrea impacto negativo al paciente, su familia y al centro receptor. Un sistema exitoso requiere organización, integración e interrelación entre los diferentes niveles de atención, acciones que se deben implementar y es responsabilidad de la Secretaría de Salud.

2TL. ENFERMEDAD DE CHAGAS, MODELO DE CONTROL ALTERNATIVO: EXPERIENCIA EN HONDURAS, AMÉRICA CENTRAL. Concepción Zúñiga,¹⁻³ Carlos Ponce,^{2,3}

Michio Kojima,⁴ Gilles de Margerie,⁵ Jackeline Alger.^{2,3,6,7} ¹Secretaría de Salud de Honduras; ²Asociación Hondureña de Parasitología; ³Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; ⁴Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA); ⁵Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA); ⁶Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela Universitario; ⁷Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La Iniciativa de los Países de Centro América (IPCA) contra la Enfermedad de Chagas se inició en 1997, con la incorporación de México en 2013 pasa a llamarse IPCAM. En Honduras, el Programa Nacional de Prevención y Control ha basado su estrategia de control vectorial en educación para la salud, uso de insecticidas en el intra y peri-domicilio y la mejora de la vivienda. El control de la transmisión transfusional se realiza mediante tamizaje serológico de la sangre donada en los bancos de sangre. La atención médica de las personas infectadas se realiza mediante diagnóstico, tratamiento etiológico y seguimiento. El Modelo Alternativo, iniciado en 2003, integra la detección y el tratamiento de casos de infección reciente. **Métodos:** El Modelo incluye exploración serológica y/o entomológica entre los escolares, mediante un esquema gráfico para identificar el vector en las viviendas, uso de prueba rápida de diagnóstico y la confirmación de los casos mediante la prueba de ELISA, seguido por control químico del vector en áreas priorizadas de acuerdo a la prevalencia. El tratamiento etiológico bajo supervisión médica es proporcionado a los casos confirmados en los niños <15 años. Se instala la vigilancia epidemiológica institucional y comunitaria. Se utilizan consentimiento informado y asentimiento. El seguimiento del tratamiento incluye dos evaluaciones serológicas a los 18 y 36 meses post-tratamiento. **Resultados:** En un período de 8 años (2003-2011), 94 municipios fueron intervenidos con este enfoque. De un total de 49,150 niños evaluados serológicamente, 1638 (3.3%) se identificaron como infectados y tratados. Con este enfoque, las áreas con infestación de *Rhodnius prolixus* fueron intervenidas gradualmente, hasta alcanzar la Certificación Internacional de Interrupción de la Transmisión por *R. prolixus* en