Revista
MEDICA HONDUREÑA

(2a. Epoca)

ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

FUNDADA EN 1930

Sumario

EDITORIAL Pág.

Universidad y Revolución
Agustín Yañez 1

Pesquisa del Cáncer del Cuello Uterino
Dra. Hena Cardona de Herrera 3

Canalización del Conducto Torácico para el Diagnóstico de la Tuberculosis Abdominal
Dr. Silvio R. Zúniga y Dr. Orlando Ramírez C. 20

Nuestra experiencia en Aneurismas Traumáticos verdaderos y falsos
Dr. José Gómez-Márquez G. 27

Fracturas del Codo
Dres. Antonio Bermúdez Milla y Francisco Montes Guerrero 40

Síndrome del Padrastro
Dr. Francisco León Gómez 50

SECCION INFORMATIVA

Las inversiones y sus riesgos frente a las fluctuaciones monetarias
Pr. Julio C. Batres 54

Anteproyecto de Reforma al Reglamento de Ley de Auxilio Mutuo y Plan de Retiro Definitivo
Dr. Manuel Carrasco Flores 59

Ley del Estatuto de Servicios Médicos 65

Proyecto Reglamento de Carrera Docente 67

Instituto Nacional de Cardiología de México 80

Nómina del Colegio Médico 81

Directivas 86

Indice de Anunciantes XXVII

VOL. Nº 36 Nº 1

ENERO-FEBRERO-MARZO-1968

Revista
MÉDICA HONDUREÑA

(2* Época)
ÓRGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

Director:
Dr. Antonio Bermúdez M.
Administrador:
Dr. Ramiro Coello Núñez
Secretario:
Dr. Raúl Durón M.

Editores:
Dr Jorge Rivera
Dr. Silvio R. Zúniga
Dr. José Gómez-Márquez G.
Dr. Carlos A. Delgado
Dr. Carlos Sierra Andino

800 ejemplares

EDITORIAL

UNIVERSIDAD Y REVOLUCIÓN *

Por AGUSTÍN YAÑEZ (**)

Universidad y Revolución fueron y deben ser conceptos estrechamente afines. Abrigó aquella y dio macicez y forma a los ideales de ésta. En la Universidad encontró la Revolución el mejor, el más puro, el más inteligente entusiasmo; quienes sobre los fuegos de la lucha armada hacían brillar las chispas del pensamiento, venían de la Universidad; quienes sobre el desbordamiento de justas pasiones primarias, largamente reprimidas, hacían oír con claras voces, precisas, cuál era el sentido y las aspiraciones de aquel movimiento, venían de la Universidad; quienes, salvada la inevitable etapa destructiva, diéronse a la tarea de construir la nueva estructura social y jurídica, eran también hijos de la Universidad, y en la Universidad habían soñado esta ocasión de organizar un estado de justicia y de reivindicaciones.

Si la Revolución es proceso, devenir inestancable, también la Universidad es latente inquietud que jamás se satisface, búsqueda incansable d© nuevos principios, de rumbos desconocidos, de hombres y métodos; por esta inquietud que le es! propia, la Universidad guarda una actitud alerta, a la expectativa de los mejores, de los más altos valores.

Por su común esencia inquisitiva y de lucha, por su dedicación al advenimiento de un mundo mejor, por el afán humanista que les es característico, Universidad y Revolución no pueden desligar su destino, sus esfuerzos y vicisitudes.

Y diría algo más: la Universidad es el paradigma de la Revolución; ésta es el fenómeno de aquélla. Lo que la Universidad es, lo que por nuestra libre, consciente voluntad determinemos que sea, esto es y será la Revolución. Quienes se empeñan en acabar o estancar el proceso uni-

(") Cedemos nuestro editorial a este artículo tomado de "América" **1-2-VI-40, por** considerarlo de interés actual. (.**)
Ministro de Educación Pública de México.

versitario, tienen interés en que termine o se detenga el proceso revolucionario. Cegar la Universidad, es cegar las fuentes de enriquecimiento —ideas, hombres— de la Revolución. Anquilosar la Universidad, equivale a anquilosar la Revolución.

Esto será el más fecundo tema de meditación en estos días, para los hombres de la Universidad y para los hombres del gobierno de la Revolución.

Esta es nuestra responsabilidad, universitarios; si anquilosamos nuestra institución por ideas o intereses personales, mezquinos, condenamos a la Revolución de nuestro país a paralizarse en un colapso de personalismo y mezquindad, en la estrecha cárcel de una idea sin esperanza de desenvolvimiento, ni superación; si nuestra Casa es sólo campo de agitaciones negativas, de anarquía, envidias; demagogia destructiva, la nación perderá un estado organizado, justiciero, lealmente democrático. Pero si la Universidad es, por nosotros, crisol, afanoso laboratorio, alta contienda de tesis y antítesis, cooperación jerarquizada, cotidiana y abierta renovación, nuestro país será la síntesis, el empeño, la sinceridad, la nobleza de un pueblo que construye, porque la Universidad lo ha hecho descubrirse a sí mismo.

Proyectar nuestra atención sobre el pasado, fijar las ¡perspectivas históricas de un ¡hecho y alegrarnos con él, es saludable cuando nutre el presente; más sería vana ocupación de impotencia, si al recuerdo no siguiese la resolución actual proyectada sobre el futuro.

Fijemos nuestra posición y alegrémonos en el aniversario de la Revolución; para que ello sea como un recuento de energías a desarrollar y de propósitos a cumplir. Sea la hora del examen interno de responsabilidades. Sea el día que medimos los terrenos por conquistar.

Respondan otros si la Revolución, hecha Gobierno, ha cumplido con sus deberes para con la Universidad. Respondamos nosotros si la Universidad ha cumplido con sus deberes para con la Revolución o, más amplia y directamente dicho: si la Universidad ha cumplido con sus deberes para con el pueblo, si ha respondido a las aspiraciones universitarias del país, si ha estado a la altura de su misión.

Amplifíquese su esfuerzo en caso afirmativo. Sea cada vez más acabado paradigma de la realidad nacional. Si nuestro Instituto, en su esencia, es el espíritu y acción de cada uno de sus hombres, ha sabido cumplir con su deber; si la Universidad ha investigado las condiciones efectivas de pensamiento y vida que imperan en, la República; si ha pugnado porque sean más humanas tales condiciones y porque se extiendan al mayor número y a los¡ más humildes, los beneficios de la vida moderna y de la cultura; si ha mejorado sus condiciones de docencia, robustecido la vida interior que es disciplina y plenitud espiritual, luchando contra la superficialidad, inculcando un fervoroso sentido ético en cada uno de sus hijos; si ha hecho algo por acabar con la explotación del oprimido, si ha dado facilidades de acceso a los trabajadores y a los hijos de los desheredados, si ha abierto al pueblo sus servicios, si ha promovido la intensificación de la cultura fuera de los angostos recintos de sus aulas, si ha instaurado el servicio social obligatorio como condición para el otorgamiento de títulos; si ha curado al enfermo menesteroso, y orientado al litigante sin recursos,

(Pasa a la página 53)

PESQUISA DEL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO

TEMA LIBRE DE HONDURAS AL SÉPTIMO CONGRESO CENTROAMERICANO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (DICIEMBRE DE 1967)

Dra. Hena Cardona de Herrera (*)

INTRODUCCIÓN

ÚTERO Y CÁNCER

Es el cuello uterino el sitio predilecto del organismo femenino en donde tiene su origen el cáncer primitivo que con mayor frecuencia ataca a la mujer, (23), (1), (13).

Se calcula que de 15 millones de cancerosos (hombres y mujeres) que existen en el mundo, 3 millones son mujeres con cáncer uterino (54).

Es asimismo el útero un órgano vital en el período grávido de la mujer, por ofrecer al óvulo fecundado el sitio ideal para su anidación y desarrollo embrionario y fetal, y llegado el momento del parto, ejercer un papel eminentemente dinámico, para desalojar de] claustro materno, al producto de la concepción.

Es en el nacimiento del niño, cuando el útero puede sufrir traumatismos de mayor o menor intensidad y es, en esos desgarros provocados en el cuello uterino, en donde generalmente asientan lesiones, que posteriormente evolucionan al carcinoma genuino, (1), (2), (13), (15).

Es el útero un órgano que está sujeto a la acción cíclica hormonal de la mujer, sobre todo en lo que se refiere a sus epitelios, en donde también se reflejan diversas condiciones del medio interno y factores exógenos, que van desde las infecciones bacterianas o a virus e infestaciones parasitarias del medio vaginal, hasta irritaciones o injurias producidas por cuerpos extraños o substancias de reconocida acción carcinogenética y que ejercen sus influencias en sus epitelios y con predilección en la zona transicional del cilindrico al estratificado y viceversa, llamado por este motivo por los Colposcopistas "Zona Caliente" de cuello uterino, (17), (15), (33), (41), (43), (51).

Es quizá por todos estos factores y por otros desconocidos, que es el cuello uterino el sitio de mayor incidencia de cáncer en la mujer, (2), (15), (38), (41), (48), (51).

Ahora bien; el cuello uterino es una de las porciones del organismo femenino tan accesible a la exploración como la piel y es por esto, que no se concibe que un médico que trata mujeres con afecciones ginecológicas, se conforme con administrarle tratamientos puramente sintomáticos y lo que es más notable, tratamientos hormonales, sin haberla siquiera examinado y haber hecho una evaluación cuidadosa de la misma. Es inconcebible que esto suceda, pero como desgraciadamente, en algunos de los cánceres del cuello uterino, han habido tales antecedentes, es necesario

(") Médico Jefe Citólogo de la Clínica Detectora del Cáncer Uterino de Tegucigalpa, 1>. C, Honduras, C. A.

que en reuniones médicas se trate el problema, para hacer conciencia entre nosotros mismos de la grave responsabilidad que tenemos, al tratar afecciones ginecológicas sin previo examen médico y sin agotar los medios de investigación a nuestro alcance para sentar un diagnóstico preciso y ofrecer entonces un tratamiento oportuno y adecuado, (2), (9), (15).

La electrocoagulación precipitada, por no haber hecho antes un estudio citológico o anatomopatológico de una lesión ulcerada de cuello uterino, que por consiguiente no estamos seguros si se trata de un cáncer, es otro hecho que debemos censurar.

Sucede que algunos médicos realizan electrocoagulaciones de lesiones ulceradas de cuello y posteriormente envían frotis vaginales para estudio citológico "de control".

Naturalmente que si la lesión es un cáncer, en tales condiciones difícilmente podremos identificarlo y el proceso continuará enmascarado en su evolución para descubrirlo más tarde, cuando ya está más avanzado y el pronóstico es en consecuencia más comprometido.

Es también digno de mencionar y de hacer reflexiones, el hecho de que médicos traten metrorragias de la más diversa etiología sin haber practicado antes siquiera un examen bimanual de su paciente y atribuyan a priori y como lo hace el vulgo, tales descargas a trastornos propios de la menopausia o explicaciones similares sin preocuparse por descubrir su verdadera etiología.

Tenemos que tener conciencia que es nuestro propio consultorio, el primer baluarte de lucha contra el cáncer y que es ahí en donde la mujer debe recibir una exploración completa de sus genitales, que incluye tacto vaginal, que debe ser hecho con método riguroso, para conocer si existe o no patología tumoral, exploración visual del cuello uterino a través del espéculo', debiendo invertirse el orden de esta exploración en todos los casos en que se practica Citología, Colposcopía o Biopsia tisular.

Solamente así todo médico estará contribuyendo activamente en la pesquisa del cáncer, buscando acuciosamente en la exploración de sus pacientes las manifestaciones del cáncer, en los epitelios expuestos ante su vista y accesibles a los métodos auxiliares de investigación enumerados anteriormente (2).

LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA Y EL DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO

Es sumamente amplio y muy interesante, todo *lo* que el estudio de las células exfoliadas del aparato genital femenino ofrece ante los ojos del Citófogo y de todos es ampliamente conocido lo que la investigación colpocitológíca representa de trascendente, en el diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino (3), (4), (5), (9), (12), (14), (25), (26), (29), (30), (39), (40), (44).

Las experiencias mundiales con dicho método son innumerables y sus resultados se admiten ya sin discusiones, porque son en sí, dignos del mayor crédito.

Es interesante hacer notar que las lesiones que se presentan en el cuello uterino fueron las que primeramente se estudiaron, tanto por el Dr. George N. Papanicolaou como por el científico rumano A. Babes; que en dos continentes diferentes y simultáneamente presentaron: Papanicolaou su famosa monografía y Babes su notable artículo "Diagnostic Du Cáncer Du Col Uterin Par Les Frottis". En efecto A. Babes describe en gran detalle la presentación citológica del carcinoma del cuello e interpretando

correctamente las anormalidades observadas en las células cancerosas y su diferenciación de las atipias vistas en la inflamación, concluye su artículo diciendo: "Nosotros tenemos la plena convicción, que una significativa proporción de casos de cáncer de la superficie del cuello uterino puede ser diagnosticado por el examen de los frotis del cuello" (4), (31), (32).

papanicolau dedicó su vida entera al diagnóstico del cáncer por el examen microscópico de las muestras y con espíritu infatigable, continuó sus esfuerzos por años, hasta hacer el criterio científico mundial receptivo a sus ideas. Con los hallazgos que el estudio de las células exfoliadas realiza en la búsqueda del cáncer, luego la citología exfolia-Uva ha evolucionado con los numerosos investigadores, que en equipo trabajan en los principales países del mundo. Han establecido sus correlaciones anatomoclínicas, sus conceptos y criterios básicos fundamentales y con sus progresos en citoquímica, citogenética, inmunocitología, citología molecular, nuevos avances en el diagnóstico citológico van animosos en el camino de una constante evolución (3), (5), (10), (11), (12), (13), (14), (15), (25), (26), (29), (30), (31), (32), (39), (40), (41), (42), (43), (44), (47), (49), (50), (51), (52).

No entraremos aquí en repeticiones de lo que dijéramos en, trabajos anteriores acerca de lo que la Colpocitología ofrece al tener oportunidad de estudiar microscópicamente las células que normalmente descaman de todos los epitelios del aparato genital femenino (9).

Tampoco diremos nada del aspecto hormonal y la importancia de los signos de R.S. y R.R. en el pronóstico de] carcinoma cérvico uterino, *tú* entraremos en detalle de morfología celular, relacionados con procesos bioquímicos de la célula cancerosa (3), (4), (5), (12), (13), (14), (25), (26), (29), (30), (39), (40), (41), (42), (43), (44), (49), (52).

No hablaremos tampoco de las lesiones precancerosas y su evolución y de sus imágenes celulares, seguidas paso a paso en el cuello uterino y la importancia que han tenido, para deducir lo que pasa en otros sitios del organismo humano. Tampoco volveremos a hacer comentarios sobre el proceso evolutivo del cáncer y de como la citología exfoliativa nos ayuda tanto, para comprender mejor dicho proceso. Esto lo hemos expresado en conceptos generales y tratando de resumir lo más posible, de todo lo que se ha dicho al respecto, en el mundo, para tratar en todos los casos, de descubrir el proceso canceroso lo más tempranamente posible (9).

Hablaremos únicamente del diagnóstico citológico©, cuando ya existe el cáncer indiscutiblemente, aunque éste sea: incipiente, in situ, o micro--invasor y circunscrito a áreas puramente microscópicas en el cuello uterino. Talvez esto, parezca paradójico, pero no debemos olvidar que los tejidos neo formados, descaman aproximadamente 10 veces más que los tejidos normales por su misma condición, que no les permite nutrirse en igual forma que los tejidos sanos y porque el ritmo acelerado de multiplicación de la célula cancerosa es enorme (39) Ahora bien, la célula cancerosa en donde quiere que se encuentre, tiene características morfológicas que hacen que se destaque nítidamente entre las células normales y es por este motivo que su identificación siempre que se presenten en la platina del microscopio es casi segura.

Son condiciones indispensables para descubrirla en los exámenes citológicos:

1.—Que el tumor esté descamando y con acceso a líquidos orgánicos que la pongan en comunicación con el medio exterior. Estas condiciones se reúnen normalmente en el aparato genital femenino.

2,—Toma adecuada de las muestras en cuanto al sitio y la forma de extenderlas en la lámina porta objetos. Tratándose de descubrir lesiones cancerosas del cuello uterino, deberán tomarse primordialmente las secreciones depositadas sobre el mismo. En los casos de investigación de recidivas de cáncer deberán romperse las sinequias vaginales si las hubiere.

Es un método extraordinariamente muy seguro el que se realiza aspirando con pipetas colpocitológicas directamente las secreciones del cuello. También pueden recogerse dichas secreciones con espátulas y aún con simples depresores de lenguas. Luego se procederá a recoger las secreciones de uno de los fondos de sacos laterales o vaginal posterior.

En la Clínica Detectora del Cáncer Uterino tomamos tres muestras en una misma lámina porta objetos y ellas son: (a) de cualquiera de los fondos de .saco, (b) del cuello uterino, (c) del endocérvix.

3.—Fijación inmediata en alcohol éter a partes iguales o en alcohol de la más alta graduación (90 grados o 95 grados).

4.—Técnica de Coloración de Papanicolaou, seguida celosamente en cada uno de sus pasos con previa identificación de las láminas.

5.—Estudio acucioso de la preparación microscópica por tecnólogos bien entrenados y cítólogos competentes.

Reunidas todas estas condiciones la célula cancerosa reúne en sí, todas las características morfológicas indispensables para su identificación (3), (4), (5), (12), (13), (14), (25), (26), (29), (30), (31), (32), (39), (44), (49), (51).

CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS DE LA CÉLULA NEOPLASICA

1.—Hipercromasía. Afinidad exagerada de la cromatina nuclear a los colorantes que la hacen resaltar extraordinariamente.

2.—Cariorexis. Ruptura de la cromatina nuclear en prominentes acúmulos o en pequeños grumos y en barras.

3.—Condensación en los bordes del núcleo de la cromatina hipercoloreada, que hacen más evidentes las irregularidades nucleares. Este signo es sumamente decisivo para que una célula reúna cualidades morfológicas de clase V de malignidad.

4.—Discariosis marcadas, que dan al núcleo aberraciones en su aspecto y tamaño (Anisocitosis).

5.—Mitosís. Una de las características cancerosas son las numerosas mitosís, muchas de las cuales son anormales (mitosis atípicas).

Q,—Variación de la relación núcleo-citoplasma. Disminuyendo el citoplasma con-aumento de tamaño del núcleo. Característica muy notable en el carcinoma in-situ.

7—Cambios morfológicos del citoplasma. Formas citoplasmáticas que a su vez dan los grados de diferenciación celular en el carcinoma invasor y cuya ausencia total hace el diagnóstico, de carcinoma indifereinciado. Y por si todo esto, que se ha esbozado someramente fuera poco, la población celular que acompaña al carcinoma es tan característica, que aunque al recorrer varios campos microscópicos, aún no las hubiéramos encontrado, hay muchos detalles en la muestra que nos están demostrando lesiones concomitantes de los epitelios, en sus diferentes estratos y que nos incitan a buscarlas. Es más, para muchos citólogos esta población celular es tan importante como la célula neoplasica misma y está cons-

tituida por células discarioticas de los diferentes estratos celulares. Algunas con citoplasmas vacuoladas y núcleos excéntricos y que sugieren invasión endocervical y otras de la variedad queratinizada con cariopícnosis y cariorexis y que corresponden, a lesiones cancerosas de sitios superficiales de los epitelios estratificados.

Con esta descripción completamos el cuadro panorámico citológíco de conjunto del carcinoma epidermoide. Como puede deducirse siempre que la célula cancerosa reúna en sus caracteres morfológicos los elementos en cantidad o calidad requeridos por el citólogo, su identificación y correcta clasificación es innegable (3, 4, 5, 12, 13, 14, 25, 26; 29, 30, 39, 44, 49).

Queda a la consideración de ustedes las fallas que pueden presentarse en esta identificación o en los hallazgos de las mismas y que empiezan desde el momento de la toma de la muestra. Pero lo que sí es indudable es que la colpocitología es; I9—Sencilla, inocua, e indolora. 2?—No requiere anestesia ni hospitalización. 3?—Se puede repetir cuantas veces sea necesario. 4?—Se puede aplicar a grandes grupos humanas. 5?—Es rápida para el diagnóstico. 6^—Tiene bajo costo. 7Q—Y si a todo esto añadimos que ofrece grandes potencialidades en el estudio y pesquisa del cáncer, no se concibe un programa realmente efectivo del cáncer sin el concurso de la colpocitología (50).

En el carcinoma in situ y en el micro invasor es la colpocitología la que puede dar indicios seguros de su existencia. Lo mismo sucede en las lesiones aparentemente inocentes del cuello uterino, en donde incluso puede demostrar carcinoma invasor en sus diferentes grados de diferenciación celular.

En lesiones sospechosas o evidentes de cáncer, la Colpocitología, la Colposcopia, al examen visual del cuello, la palpación de las masas tumorales o de las lesiones endofíticas y la biopsia, realizan el diagnóstico. Esto es susamente importante para deducir responsabilidades en la conducta de los médicos, ginecólogos, colposcopistas, citólogos y anatomopatólogos, a quienes es indispensable enviarles una buena muestra representativa de la zona enferma, para que hagan o confirmen el diagnóstico (24).

LA COLPOSCOPIA

La Colposcopia es un método auxiliar ideal para practicar biopsia dirigida. En efecto la colposcopia, al seleccionar las áreas en donde la alteración tisular es más marcada, mediante el aumento de las lesiones de 6 a 40 diámetros y con la fuerte iluminación que permite en manos de investigadores expertos reconocer lesiones avanzadas de los epitelios y sobre las cuales debe practicarse la biopsia. Es en verdad un valioso auxiliar para el ginecólogo, ya que si puede reconocer el área de máximos cambios tisulares y orientar la biopsia a estos lugares, realizando algo realmente efectivo para confirmar con mayor seguridad y prontitud el diagnóstico (48, 51).

Todo esto es aún más perfecto con la Colpomicroscopía que llega a magnificaciones de áreas del cuello uterino hasta de 375 diámetros. El aumento más comúnmente usado es de 150 (48).

La Colpomicroscopía es considerada como un refinamiento de la técnica colposcópica. Naturalmente requiere mayor entrenamiento y todos los elementos auxiliares para su práctica (48).

El uso simultáneo de la colposcopia y la citología son procedimientos ideales para la pesquisa del cáncer del cuello uterino. La primera para

descubrir lesiones realmente visibles del cuello uterino y practicar en ellas la biopsia o bien para dar mayor información al citólogo, para que éste estudie con más acuciosidad y paciencia sus preparaciones microscópicas.

TEST DE SCHILLER

:1: Todos conocemos la capacidad de los epitelios sanos, cargados de glicógeno para reducir las sales de yodo (Test de Schiller Negativa) y la incapacidad de los epitelios denudados para no reducir las saes. de yodo (Test de Schiller Positivo). De ahí, el constituir dichas áreas sitios adecuados en donde debe practicarse la biopsia.

Existen sin embargo "zonas yodonegativas" y colposcópicamente negativas , llamadas por esto "zonas silenciosas", en las que se ha demostrado sin embargo por medio de la biopsia carcinomas in situ (48).

Citologías persistentemente positivas ameritan investigación exaustiva de la paciente. Biopsias múltiples, si es posible dirigidas; ó conización del cuello y hasta histerectomías y cortes seriados del útero (10).

Citologías negativas no excluyen malignidad, lo mismo que biopsias negativas y citologías persistentemente positivas (10, 30, 31, 32, 39, 48, 51). Como vemos todos los métodos empleados en la pesquisa y dignóstico del cáncer no se excluyen, sino que al contrario se complementan y no debemos esperar, que uno solo de ellos practicado en condiciones desfavorables nos lleve al diagnóstico. Es el criterio clínico el que debe guiarnos en todo caso y el que nos debe dirigir en la exploración y manejo de nuestra paciente al saber interpretar correctamente los datos suministrados por el citólogo o por el anatomopatólogo. Es también éste criterio clínico, el que nos hace hacer discernir el método exploratorio que debemos usar o en muchos casas repetir para resultados definitivos, igual que los tratamientos antinflamatorios, antiparasitarios u hormonales recomendados antes de repetir citologías (Test de Proliferación celular) en los casos de marcada deficiencia estrogénica, como sucede en las deficiencias ováricas y en la menopausia (5 mlg.s. de Dietil Etil Gestrol o 10 mlgs. de Benzoato de Estratiol en inyección única i.m. y nueva citología, 4 días después) (39).

BREVE SÍNTESIS HISTÓRICA DE LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER

Contrariamente a lo que ha sucedido en otros países en que al principio hubo ciertas rivalidades entre patólogos y citólogos, en el nuestro, los patólogos son los profesionales que junto con los ginecólogos naturalmente mayor apoyo han brindado al citólogo.

El Dr. J. Adán Cueva venía trabajando desde 1951 por la creación de un Instituto de Patología y Cáncer, con un Departamento de Histopatología, anexo al cual funcionarían las salas de Cancerología. Como se deduce de esta exposición no se pensaba en aquel entonces, en la organización de una campaña preventiva del cáncer. Fue hasta en 1954 con el regreso al país del Dr. Raúl A. Durón Martínez procedente de Washington, en donde vio de cerca el funcionamiento de una Clínica Detectora de Cáncer, que nació la idea de la campaña preventiva. Vino a darle fuerza esta idea la creación en este año, en el 6º Congreso Médico Centroamericano, de la Liga Centroamericana Contra el Cáncer, con el Dr. Narciso Díaz Bazan de El Salvador como Secretario General y el Dr. Raúl A. Durón M. como coordinador en Honduras. Se fundó entonces una sociedad de Cancerología en 1957 y que duró solamente dos años (16, 17).

En ese año los Doctores Raúl A. Duran M.(") y Alejandro Zúniga L.(**) propusieron al Ministro de Salud Pública de aquella época Dr. Roberto Lázarus como paso fundamental, para iniciar la campaña de prevención del cáncer un estudio preliminar en instituciones del cáncer en la Ciudad de México. Con tal objeto viajaron a esa ciudad en 1957. A su regreso rindieron un informo al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y abrieron el camino para que Médicos hondureños pudieran concurrir al Instituto Nacional de Cancerología y Hospital de la Mujer en Méjico D. F. a recibir los conocimientos indispensables para que pudieran iniciarse en Honduras la campaña oficial de pesquisa del cáncer.

Deseo en esta forma agradecer a los Dres. Adán Cueva, Raúl A. Durón, y Alejandro Zúniga L. la oportunidad que para mí se presentó al ser propuesta al Gobierno de Honduras como candidata para realizar dichos estudios en el Instituto Nacional de Cancerología y Hospital de la Mujer en México D. F.

En 1958 .se inauguró oficialmente la Clínica Detectora de Cáncer Uterino sin empezar en realidad *con* una campaña detectora. Nuevamente el Dr. Raúl A. Durón M. en un artículo publicado en la Revista de la Asociación Médica Hondureña en 1958 exactamente 2 años antes de que empezara a trabajar como tal la C.D.C.U. dijo al respecto: "Una campaña contra el cáncer en nuestro país será sólo una campaña a medias mientras no funcione en la debída forma la fase detectora, mucho más importante quizá que la terapéutica porque lo que. se aspira es descubrir cánceres incipientes, es decir, los cánceres curables, cosa que no podrá hacerse en nuestro país sino hasta dentro de uno o dos años si es que médicos hondureños son enviados al exterior desde ahora mismo a especializarse en el ramo de la Citología exfoliativa, eje alrededor del cual gira, todo el personal diagnóstico, técnico y terapéutico de una campaña contra el cáncer bien entendida". El apoyo de estas palabras y esta actitud, fue decisiva para que por intermedio de la Sociedad de Cancerología que aún funcionaba en 1958 se me enviara a la Ciudad de México (1959-1960).

Antes de seguir adelante y aprovechando la presentación de este trabajo, quiero rendir un público homenaje de gratitud a mi maestra: La Dra. Julieta Calderón de Laguna, Médico Jefe Citólogo del Laboratorio de Citología Exfoliativa del Instituto Nacional de Cancerología y Hospital de la Mujer, en México, D. F. en la época 1959-1960 en que tuve la oportunidad de adquirir con ella, los conocimientos de citología que me han ¡servido en Honduras para trabajar por más de 7 años en la pesquisa del cáncer, trabajo que también dedico a ella y a las instituciones que gratuitamente me acogieron en México, para brindarme sin reservas todo lo que en ellas se puede aprender.

Además de la labor desarrollada en la pesquisa del cáncer, la C.D.C.U. con todo su personal médico realizó en los primeros años una campaña de Educación Médica en la prevención del cáncer, luego una campaña educacional con el público y con este objetivo dimos pláticas radiales y por televisión y concurrimos al seno de casi todas las agrupaciones cívicas culturales y sociales de la capital con el objeto de fundar la Liga Nacional

(*) Primer Patólogo de la Clínica Detectora de Cáncer Uterino. Miembro correspondiente de la Sociedad Hondureña de Ginecología *y* Obstetricia y Jefe actual del Departamento de Anatomía Patológica del H.G.S.F.

(**) Presidente actual de la Sociedad de Ginec. y Obst. de Honduras y Secretario General de la F.C-A.S.O.G.

Contra el Cáncer, En junio de 1965 al fin la pudimos organizar, pero fracasamos rotundamente porque esta Liga no funcionó tal como se esperaba. En San Pedro Sula y gracias a la iniciativa del Dr. Sergio Bendaña trabaja desde hace casi 2 años activamente una Liga Regional Contra el Cáncer.

Creemos que de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras debe surgir de nuevo la creación de la Liga Nacional Contra el Cáncer. Ya tenemos como principio la C.D.C.U. creada y funcionando con el patrocinio gubernamental a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Bueno es que se haga conciencia porque el gobierno incremente este programa de pesquisa del cáncer, que en las actuales condiciones ha demostrado un porcentaje de cáncer en las mujeres examinadas del 2.4. Este porcentaje tan elevado está reclamando una mayor atención gubernamental al problema candente del cáncer en nuestro país.

Es necesario que en todos los centros de salud se tomen de rutina estudios colpocitológicos a todas las pacientes que concurren a ellos, que se organice en forma un laboratorio central de citología exfoliativa con varios citólogos y muchos tecnólogos para poder realizar una campaña contra el cáncer con caracteres nacionales. Es necesario que se prepare más gente con conocimientos en esta disciplina, de lo contrario es imposible ampliar este programa. La Sociedad de Cancerología de Honduras debe revivir vigorosamente y tomar bajo su dirección la campaña de prevención y lucha contra el cáncer. Que la Sociedad de Ginecología y Obstetricia interesada en los problemas de salud de la mujer, fuente de la vida dejada por Dios en la tierra para que en ella se multiplique la humanidad sea el punto de partida para iniciar la lucha que indiscutiblemente debe incrementarse y extenderse a todo el ámbito nacional.

Es muy estimulante que los Médicas Sanitaristas piensen en igual forma, ojalá ellos también trabajen para conseguir que el Gobierno incremente el programa de pesquisa del cáncer.

En cuanto a la ginecólogos nos satisface muchísimo que cada día confíen más, sus inquietudes en la pesquisa del cáncer de sus pacientes a la citología exfoliativa y que en el Instituto Hondureño de Seguridad Social también se comience a trabajar en igual forma aunque todavía allí no se hacen los estudios colpocitológicos con espíritu puramente de detección en pacientes asintomáticos, que es donde la Colpocitología descubre lesiones cancerosas insospechadas.

Se debe igualmente organizar una Campaña de educación masiva del público en la lucha contra el cáncer, tal como la que realizan en otros países en los que se llega por diversos medios hasta los más apartados rincones y se abarca a la población femenina casi en su totalidad en programas de pesquisa del cáncer (6, 22, 23, 27, 28, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 45, 46, 47, 50, 53 y 54).

Damos a continuación los datos estadísticos de la labor que ha desarrollado la Clínica Detectora del Cáncer Uterino, dependencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Primer Centro Oficial en la pesquisa del Cáncer en Centro América.

Deseamos agradecer sinceramente al Dr. Elías Faraj por las revisiones estadísticas por él realizadas en los siete años que trabajó en la Clínica Detectora del Cáncer Uterino, en donde desarrolló una labor meritoria en muchos sentidos. Va para él, mi aplauso por el deber cumplido y mi profundo reconocimiento por la cooperación que siempre supo brindarme para el desarrollo de mis trabajos de divulgación de cáncer.

CUADRO Nº 1

CONSULTAS NUEVAS Y SUBSIGUIENTES REALIZADAS EN LA CLINICA DETECTORA DEL CANCER UTERINO

DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA

Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A. 1960-1966

	CONSULTAS NUEVAS		SUBSIGUIENTES		TOTAL	
Año	Número	%	Número	%	Número	%
1960	1.956	7.1	44	8.4	2.000	7.0
1961	4.274	15.5	82	15.7	4.356	15.5
1962	4.742	17.2	69	13.2	4.811	17.1
1963	3.508	13.0	88	17.0	3.596	13.0
1964	3.808	14.0	03	18.0	3.901	14.0
1965	4.303	15.6	62	12.0	4.365	15.6
1966	4.814	17.6	82	15.7	4.923	17.6
TOTAL	27.432	100.0	520	100.0	27.952	100.0

CUADRO Nº 2

CLASIFICACION ALTERACIONES CELULARES C.D.C.U.

Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A. 1960-1966

Clasificación Papanicolaou	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	Citología	%
I	481	765	2.123	915	256	345	775	5.660	18.9
II	1.391	3.608	2.976	3.591	3.732	3.817	3.689	22.804	76,4
III	147	128	126	143	157	135	132	968	3.2
IV	36	31	43	21	31	26	21	209	0.7
V	3	43	38	35	40	30	39	228	0.8
Total	2.058	4.575	5.306	4.705	4.216	4.653	4.656	29.869	100,0

CUADRO Nº 3

CANCERES DIAGNOSTICADOS EN RELACION CON EL NUMERO DE CITOLOGIAS Y CON EL NUMERO DE MUJERES EXAMINADAS

Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A. 1960-1966

Año	Colpaci-tologías	CANCER Nº	%	Mujeres Nuevas Examinadas	CANCER Nº	%
1960	2.056	39	1.0	1.956	39	2.0
1961	4.575	84	1.8	4.274	84	2.0
1962	5.306	112	2.0	4.742	112	2.3
1963	4.705	104	2.2	3.508	104	3.0
1964	4.216	124	2.9	3.808	124	3.2
1965	4.353	86	2.0	4.303	86	2.0
1966	4.656	102	2.2	4.841	102	2.1
Total	29.869	651	2.2	27.432	651	2.4

Porcentaje de Cáncer en mujeres examinadas es de 2.4%
OBSERVACION: Nótese el número de Citologías repetidas al Nº de Pacientes examinadas y el incremento real en 1964. En donde corresponde también un incremento en el Nº de Cánceres diagnosticados. (3.2%) (A mayor número de Citologías mayor número de cánceres diagnosticados).

CUADRO Nº 4

CANCERES DIAGNOSTICADOS SEGUN GRUPO DE EDAD Y AÑO EN LA CLINICA DETECTORA DE CANCER UTERINO

Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A. 1960-1966

Menores de Grupos de Edad	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	Nº	%
21 años			1					1	0.1
21-30	2	6	8	4	4	4	1	29	4.5
31-40	13	16	19	19	28	17	25	137	21.0
41-50	10	26	42	37	34	29	27	205	31.5
51-60	9	22	22	25	25	24	24	151	23.2
61 y más	5	14	20	19	33	12	25	128	19.7
Total	39	84	112	104	124	86	102	651	100.0

CUADRO Nº 5

CANCERES COMPROBADOS C.D.C.U.

De Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A. 1960-1967

Año	Biopsia	Cáncer Cuello Uterino Número	%
1960	142	39	27.5
1961	295	84	28.5
1962	253	112	44.3
1963	205	104	50.7
1964	301	124	41.2
1965	269	86	32.3
1966	325	102	36.3
Total	1.790	651	36.3

CUADRO Nº 6

ESTADIOS CLINICOS CANCER DE CUELLO UTERINO C.D.C.U.

Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A. 1960-1966

IV Estadio Clínico	30 Número	4.7 Porcentaje
0	60	9.3
I	48	7.4
II	180	28.1
III	325	50.5
Total	644	100.0

CUADRO Nº 7

HISTOLOGIA CANCEROLOGIA C.D.C.U.

Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A. 1960-1966

CANCERES DIAGNOSTICADOS	NUMERO	%
Ca. Epidemoide de Cérvix	600	92.2
Ca. Epidermoide de Vulva	3	0.4
Ca. Anaplásico de Cuello	17	2.7
Adenocarcinoma de Cérvix	27	4.1
Adenocarcinoma de Endometrio	4	0.6
TOTAL	651	100.0

CUADRO Nº 8

PORCENTAJE DE MUJERES CON CANCER GENITAL, C.D.C.U.
Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A. 1960-1967

CANCERES	Nº	MUJERES	%
Ca. Epi. de Cérvix	600	27.432	2.20
Ca. Anaplásico	17	27.432	0.07
Adeno de Cérvix	27	27.432	0.10
Adeno de Endometrio	4	27.432	0.02
Ca. Epi. de Vulva	3	27.432	0.01
TOTAL	651	27.432	2.4%

CUADRO Nº 9

968 CITOLOGIAS CLASE 3 Y DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO C.D.C.U.
Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A. 1960-1966

Diagnósticos	Número	%
Cervicitis	672	69.0
Hiperplasias Atípicas	65	6.7
Metaplasias	62	6.4
Carcinoma	155	16.0
3 sin comprobación	14	1.5
CITOLOGIAS CLASE III	968	100.0

No podemos ofrecer a ustedes una relación cito-histológica verdadera y por consiguiente con valor porque, aunque es sumamente penoso decirlo, el registro diario de las pacientes y el archivo de la C.D.C.U. está mutilado y es entonces imposible obtener datos ciertos, lo mismo que considerar completamente impropio y sumamente incompleto el trabajo que realizó atropelladamente pocos días antes de concurrir al II Congreso Médico Centroamericano el año pasado el Dr. Julio César Batres para agregar a todo el gran trabajo realizado por el D. Elías Faraj la última hoja en la que pretendió dar idea de estas correlaciones cito-histológicas.

Considero que esos datos no reflejan realmente la verdad. No porque se afirme que apenas el 84.9% de los cánceres con estudios citológicos hayan sido diagnosticados por citología (que por otra parte no lo considero tan malo), sino por el hecho de que no se hizo en verdad una correlación cito-histológica verdadera. Quise hacerla en este año y realmente con archivos tan tremendamente mutilados es imposible hacerlo sin volver a caer en los errores que quizá involuntariamente incurrió el Dr. Julio César Batres.

Es una lástima que hallamos perdido material tan valioso, posiblemente en los traslados, uno de la Dirección General de Sanidad al Centro de Salud "Dr. Alonso Suazo" y otro de este Centro al Hospital General San Felipe. En el registro diario de las pacientes llevamos el resultado

de los estudios Calpocitológicas de las mismas. Archivamos además las citologías originales y sus placas y de las biopsias llevamos una copia registradas también en otro libro.

Ahora bien, volviendo a nuestro asunto y deseando hacer alguna luz al respecto diremos a ustedes que tenemos datos estadísticos proporcionados mes a mes al Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y que es la fuente en donde se han obtenido los datos globales de la labor realizada por la C.D.C.U. y que se han presentado en este trabajo. Igualmente tenemos datos estadísticos en trabajos sucesivos publicados por el Dr. Elías Faraj y por mí, ceñidos siempre a los datos oficiales y en secuencia de meses y años. Trataremos con estos datos puramente porcentuales de deducir algo al respecto con una vista de conjunto' del problema y que enmarcamos en este último cuadro.

CUADRO N? 10

ERROR PORCENTUAL DE LA CITOLOGÍA Y EL NUMERO DE CANCERES CON ESTUDIOS CITOLOGICOS. C.D.C.U. Tegucigalpa, D. C, Honduras, C. A. 1960-1966

Cáncer **con** estudios citológicos	**Número**	%
Falsas Negativas	15	2.5
Clase III	155	25.5
Clase IV -f V	437	72.0
TOTAL	607	100.0

Citologías negativas = 28.464
Citología Falsa Negativa = 15
Porcentaje error citológico = 0.05%

Naturalmente pido disculpas por este atrevimiento, porque en este cuadro salta a la vista que hay muchas incógnitas que necesitan investigación y son precisamente todos los hechos relacionados con las falsas positivas y con los casos verdaderamente positivos que no tuvieron comprobación anatomopatológica y que indudablemente hubieran elevado el número de cánceres diagnosticados.

Tenemos al respecto varias preguntas:

1.—¿Hay en realidad falsos positivos?
Indudablemente debe haberlos por errores de técnica o de interpretación.

2.—¿A cuántos se les puede llamar en verdad falsos positivos? 3.—¿No habrá alguno con Biopsia negativa y que en realidad exista un cáncer? (10).

4.—¿Cuántas son realmente positivas y no pudimos comprobarlas, por haberse perdido las pacientes a pesar de haberlas buscado la Trabajadora Social?

Todas estas incógnitas no las podemos despejar. Es indispensable la colaboración estrecha de todos los que trabajamos juntos en un fin común.

Necesitamos también en este punto nuestros archivos completos y la ayuda de las Trabajadoras Sociales, que indudablemente para la C.D.C.U. deberían ser muchas y no solamente una, que es todo lo que tenemos.

Hay que ver cómo trabaja ella, para que las pacientes con cáncer

comprobado concurran a recibir tratamiento y a sus controles periódicos y como tiene que andar de Institución en Institución para conseguir para las pacientes cancerosas ayuda económica y **sangre** cuando están en tratamiento.

RECOMENDACIONES

Todo esto amerita:

1.—Mayor incremento en la búsqueda y pesquisa del cáncer uterino.
2.—Preparación de personal técnico competente para hacer exámenes especializados en escala nacional.
3.—**Centralización** de este personal de Citólogos, Patólogos, Tecnólogos y Citotécnicos en un Laboratorio Central que estudie todos los frotis tomados en todos los centros sanitarios del país, instituciones gubernamentales y privadas y consultorios particulares de los médicos.
4.—El personal que trabaje en este Laboratorio Central debe estar a. tiempo completo y bien remunerado.
5.—**Debe organizarse** un **archivo cuidadoso** de **todo el trabajo que** se **realice en este centro.**
6.—Deben nombrarse más **Ginecólogos.** Es una lástima que teniendo Colposcopia no se use éste, en todas las pacientes para obtener mejores datos.
7.—Debe crearse un verdadero registro nacional de cáncer para conocer realmente la incidencia de cáncer en nuestro país en las diversas localizaciones del mismo.
8.—Deben hacerse estudios epidemiológicos y de profilaxis en escala nacional.
9.—Las personas que palpamos este candente problema del cáncer, estamos en la obligación de hacer algo en conjunto para la creación de la Liga Nacional Contra el Cáncer, para que a través de ella, pueda prepararse más personal técnico especializado en la Lucha contra el Cáncer y con la ayuda de organismos internacionales podamos con las instituciones gubernamentales y con el esfuerzo de las fuerzas vivas del país luchar encarnizadamente dirigiendo las campañas educacionales para el público y calladamente en el Laboratorio en la Pesquisa de este terrible enemigo de la Humanidad.

RESUMEN

1.—En 7 años se han practicado 29.869 estudios colpocitológicos a 27.432 mujeres.
2.—De las 29.869 citologías han sido sospechosas III: 968 (3.2%) y Positivas IV y V: 437 (1.5%). 3.—Se han practicado 1790 biopsias, en 651 se demostró cáncer (36.3%)
del total de biopsias. 4.-—De 27.432 mujeres se ha demostrado cáncer en 651. Porcentaje de
cáncer en mujeres examinadas 2.4%. 5.—De los 651 cánceres 31 son adenocarcinomas (4.7%) 17 .son carcinomas
anaplásicos (2.7%) y 603 son carcinomas epidermoides (92.6%).
6,—De los 644 cánceres de cuello uterino 60 son carcinoma in situ (9.4%)
48 en estadio clínico I (7.4%). 7.—El mayor número de cánceres fue en el Estadio Clínico III (325)
muy avanzado que corresponde al 50.5%.

SUMMARY

29.869 colpocytological studies have been performed in 27.432 women at the cáncer detection clinic in a 7 years period. 3.2% were reported as grade III, and 1.5% as positive grades IV and V. At the same time 1.790 cervical biopsies were performed finding carcinoma in 36.3% of the total. The percentage of carcinoma in the total of women examined was 2.4. The histológica! type of the tumors was as follows: 92.6% epidermoid carcinoma, 4.7 % adenocarcinoma and anapplastic carcinoma, 2.7 %. Sixty (9.4%) intraepithelial carcinoma, "carcinoma in situ" were detected at the clinic and 48 (7.4%) in clinical stage I. Most of the tumors (325) belonged to a grade III clinical stage.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—ACKERMAN Y REGATO: Cáncer of the Cervix. Cáncer: Diagnosis, Treatment and Prognosis. Págs. 899-900, 1954
2.—ANTOINE, T.: Clinical Aspect of Diagnosis of Cervix Cáncer. Rev. Inst. Nac. de Cancerología 16: 401, 1964.
3.—AYRE J. ERNEST: The vaginal swear precancer cell studies using a modified Technique J. Ohst. and Gyn. 58: 1.205, 1949.
4.—BABES, A.: Diagnostic in cáncer du col uterin por les Frottis. La Presse Medícale, 29: 451, 1928.
5.—BERA, J. W. y BADER, G. M.: Citología Exfoliativa en la Detección del Carcinoma Cérvico Uterino. Cáncer 9: 738, 1958.
6.—BERNOSCONI, ERNESTH, H.: La Citología Vaginal en Rosario, . Argentina. Prensa Méd. Méx. "La Citología en la Práctica Médica. 10: 124, 1965.
7.—BOYES, D. A. and FIDLER, H K.: The Operation of a Provicence wide Screening Program of Cervical Cáncer. Rev. Inst. Nac. Cancerología 16: 456, 1964.
8.—CARDONA DE HERRERA, Hena: Detección de Cáncer Cérvico Uterino en Honduras. La Citología en la Práctica Médica. La Prensa Méd. Mex. 10: 126, 1965.
9.—CARDONA DE HERRERA, Hena: Papel de la Citología Exfoliativa en la Detección Precoz del Cáncer del Cuello Uterino. Rev. Méd. Hondur. 33: 11, 1965.
10.—CHRISTOPHERSON, William M. and PARKER, J. E.: "A Critical Study of Cervical Biopsies including serial sectioning. Cáncer 12: 213, 1961.
11.—CHRISTOPHERSON, William M.: The Control of Cervix Cáncer. Acta Cytologica. 10: 6, 1966.
12,—CRYLER, D. R.: The recognition of cáncer in Situ of the Cervix uteri by Papanicolaou's Method. Progress in fundamental medicine. Lea and Febiger 8th ed. 26, 1952.
13.—CULLEN, T. S.: Cáncer of the uterus. Philadelphia D. B. Co. 1909.
14.—DE ALLENDE Y ORIAS: Citology of the human vagina. Paul B. Hocher Inc. Pág. 184, 1950. 15.—DOLL RICHARD: Etiology of Cáncer of the Cervix Uteri. Rev. Instit. Nac. Cancerología. 16: 358, 1964. 16.—DURON MARTÍNEZ, Raúl A.: Campaña Contra el Cáncer. Rev. Méd. Hondur. 24: 95, 1956 17—DURON MARTÍNEZ, Raúl A.: Síntesis de la Campaña Contra el Cáncer hasta 1967. Rev. Méd. Hondur. 26: 31, 1958.

18.—FARAJ RICHMAWY, Elías: Informe estadístico del primer año de funcionamiento de la C.D.C.U. en Tegucigalpa. Rev. F. C.A.S.O.G. 2: 19, 1962.

19.—FARAJ RICHMAWY, Elías: Análisis estadístico de los resultados obtenidos en la C.D.C.U. de Tegucigalpa, D. C. 1960-1962. Rev. Méd. Hondur. 3: 5, 1963.

20.—FARAJ RICHMAWY, Elías: Detección precoz del cáncer del cérvix. Rev. FCASOG. 5: 31, 1965.

21.—FARAJ RICHMAWY, Elías, BATEES, P. J. C: Estado actual de la Campaña de Detección del Cáncer Cérvico Uterino en Honduras. Memorias VI Congreso Centroamericano de Ginecología y Obstetricia. (F.C.A.S.O.G.) Tomo I. 117, 1966. Managua, Nicaragua.

22.—GARCÍA, Germán G.; MONTES D EOCA, E.; LAGUNA, Julieta C. de; DE BRUGUERA. J.: La Detección de Cáncer en el Hospital de la Mujer. Estudio de 24.000 mujeres. Acta Unión Intenationale Contre le Cáncer. 15: 2, 1959. I

23.—GARCÍA, Germán; GARZA, Tomás, M. S.: La Epidemiología del Cáncer Cérvico Uterino en México. Rev. Inst. Nac. de Cancerología. 16: 372, 1964.

24.—GRAHAM, Julio César: La Biopsia del Cuello Uterino, Rev. Inst. Nac. Cancerología. 16: 398, 1964.

25.—GRAHAM. Ruth M.: The Citologic Diagnosis of Cáncer. Second Edition. W. B. Saunders C Fhila. and Boston. June 1964.

26.—GATES, O. y WARREN, S.: A Handbook for the diagnosis of cáncer of the uterus by the use of vaginal sumears. Harvard University Press. 1947.

27.—GUZMAN, Ma. Gabriela de: Prevención del Cáncer en la Mujer. Rev. F.C.A.S.O.G. 6: 39, 1966. z .

28—GONZÁLEZ ROMERO, Zenón: La Colpocitología en el Diagnóstico del Cáncer Ginecológico en Paraguay. Experiencia sobre los primeros 1.000 casos. Prensa Méd. Méx. 10: 129, 1965.

29.—HAYNES, D. M. et Al: Citologie Methods for early detection of uterine Cáncer. J. A.M. A. 148: 437, 1952;

30.—KOSS, Leopold G.: Diagnostic Cytology and its Histopathologic Bases. J. B. Lippincott, C Phila. Montreal. 1961.

31.—KOSS, Leopold G.; STEWARD, F. W. ; FORTE, F. W. Jr.; GORDON, M. J.; BADER, G. M. and DAY, E. : Some histologic aspect of Behavoir of in situ Epidermoid Carcinoma and Related Lesions of the Uterine Cervix A Long Term Prospective Study. Cáncer. 16, 1.160, 1963.

32.—KOSS Leopold G.: Some New Concepts of Génesis and **Behavior** of Carcinoma in situ and Related lesions of the uterine Cervix. Recent Results of Cy cologic and Histologic Studies. Rev. Inst. Nac. Cancerología 16: 368, 1964.

33.—MORSAN, Colette: Valeur de la Cytologie dans le depistage des recidives locales tardives in cáncer in col. Archives D'Anatomie Pathologíque 15: 71, 1967.

34.—MAC FARLANE, Catherine: Resultadas del Programa de Citología Vaginal de la Div. Filadelfia de la Sociedad Americana de Cáncer. Prensa Méd. Mex. 10: 127, 1965.

35.—MARTÍNEZ GONZÁLEZ, R.; ALVAREZ, Alva; R. GALLEGOS VARGAS, Gustavo; ORDOÑEZ, B. R.; VALENZUELA, Duriet P.: Resultados Preliminares de la Campaña del Inst. Mexicano del Seguro

Social para el descubrimiento del Cáncer Cérvico Uterino. Rev. Inst. Nac. Cancerología. 16: 470, 1964.

/36.—MONDRAGON Harold; FIGUEROA, Jesús M.: (Citotecnologo) Informe del Hospital Georgas, Zona del Canal, Panamá. Prensa Méd. Mex. 10: 128, 1965.

37.—MONSUS, J.: Le depistage Precce Du Cáncer de L'uterus. Archives D'Anatomie Pathologique. 15: 32, 1967.

38.—NIEKERK, W. A.; VAN, M. B;: C: H: B: MRCOG: Cervical Cytological Abnormalities caused by Folie Acid Deficiency. Acta Cytológica. 10: 67, 1966.

39.—LAGUMNA C, Julieta: El Método de Papanicolaou en Cancerología. La Prensa Méd. Mex. 14: 253, 1948.

40.—LAGUNA C, Julieta; MUNGUIA, Héctor; MEISELS, Alexander: Diagnóstico del Cáncer Cérvico Uterino. Rev. Inst. Nac. Cancerología. i: 22, 1954.

41.—LAGUNA, J. C. de; MUNGUIA, H.; MEISELS, A;; FRANCO, F;: Alteraciones celulares observadas en la Triconomianis vaginal. Rev. Ist. Nac. Cancerología. 1: 54, 1942.

42.—LAGUNA, J. C. de: Persistencia de los signos de Radiación como dato prognóstico en e] Carcinoma Cérvico Uterino tratado por radiaciones. Rev. Inst. Nac. Cancerología; 1: 28, 1957:

43.—LAGUNA, J. C. ; GARCÍA, G. G. ; URRUTIA, M. ; GRAHAM, J. C. ; MUNGUIA, H.: Importancia de los Signos R.S. y R.R. en el Pronóstico y Tratamiento del Carcinoma Cérvico Uterino Rev. Inst. Nac. Cancerología. 8-9: 331, 1958.

44.—PAPANICOLAOU, G. N.: Atlas of Exfoliative Citology. The Commonwealth Fund by Harvard University Press. Cambridge, Mass. 1954.

' 45.—PENNER, D. D.: Discusión sobre el ejempleo de la citología en Canadá. Prensa Méd. Mex. 10: 122, 1965.

46.—PRUDENTE, A.: Community Programs to Control Cáncer of the Cervix. Rev. Inst. Nac. Cancerología; 16: 475, 1964:

47.—READ CLILTON, R.: Public Education in Citology for Cáncer of the Cervix in the United States of America. Rev. Nac. Canceroíogía, 16: 461, 1964.

48.—RIEPER JOVO, Pablo: Colposcopy and Colpomicroscopy in Cervical Cáncer. Rev. Inst. Nac, Cancerología. 16: 392, 1964:

49.—REAGAN James; W. Dorothy; J. HICKS and SCOTT, Roger B. Atipical Hiperplasia of Uterine Cervix Cáncer a Journal of the American Cáncer Socíety. January, February J. B. Lypincott Co., Phila USA. Págs. 42-51: 1955.

50.—RIVAS ROZ, María: Planificación de la Campaña de Pesquiza Cancerología en Venezuela. Prensa Méd. Mexicana. 10: 123, 1965.

51.—SIRTORI, Cario: Hechos Anatomapatológicos y'ultraestructurales en el Cáncer del Útero. Rev. Inst. Nac. Cancerología N? 16. 16: 407, 1964.

53.—VICILLARD J., MICHOLET et Jacqueline: Role de l'action Sanitorie et Suciale de la Coisse Primaria Céntrale de Sécurite Sociale dans le depistage sistematique des Cancers GynecoJogiques. Archives D' Anatomie Pathologique. 15: 61, 1967.

54.—ZUCHERMAN, Conrado: Rev. Inst. Nac. Cancerología. 16: 356, 1964.

[1] 55.—ZUCKERMAN, Conrado: La Citología Exfoliativa en la " Detección del Cáncer en México. Prensa Méd. Mex. 10: 131, 1965.

Canalización del Conducto Torácico para el Diagnóstico de la Tuberculosis Abdominal

Dr Silvio R. Zúniga* **Dr. Orlando Ramírez** O.**

XII CONGRESO MEDICO CENTROAMERICANO — 1967

MOTIVACIÓN

La Tuberculosis Abdominal es en nuestro medio una entidad de frecuente ocurrencia cuyo cuadro clínico puede prestarse a confusión por tener similitudes con otras entidades conocidas. La sospecha clínica de ubicación abdominal de la tuberculosis implica la investigación etiológica pero la demostración del bacilo tuberculoso es azarosa por los medios incruentos (investigación del bacilo en heces o en líquido ascítico). En la mayoría de los casos hay que recurrir a la laparotomía con el objeto de descubrir el aspecto macroscópico de las lesiones y tomar biopsia con la doble finalidad de efectuar estudio histopatológico y bacteriológico de las lesiones. Sin embargo, no en todos los casos el estado general de los pacientes faculta al Cirujano para que efectúe tal exploración ya que someter a los pacientes en paupérrimas condiciones implicaría un enorme riesgo quirúrgico por los traumas anestésico y operatorio.

De ahí ha surgido la necesidad de recurrir o buscar un medio de confirmación bacteriológica de la Tuberculosis Abdominal que sea inocua al paciente y que, a su vez, nos pueda conducir a un diagnóstico seguro.

HISTORIA

En 1963 Witte y col. (1) informaron la utilización de la linfa obtenida del conducto torácico en un caso de enteritis tuberculosa. Ellos siguieron la técnica informada por Linder (2) en 1958 a la que le introdujeron modificaciones técnicas. En el trabajo presentado ante el X Congreso Médico Nacional, uno de nosotros (3) hacía mención del procedimiento diagnóstico, haciendo ver que se carecía de experiencia local al respecto. A raíz de esa publicación hemos buscado en la literatura extranjera referencias sobre ese mismo tema y nuestros esfuerzos han sido infructuosos ya que no hemos encontrado más información foránea.

Este trabajo trata de investigar la factibilidad del procedimiento y la bondad de sus resultados.

---

* Jefe Depto. Cirugía Hospital General
Prof de Diagnóstico Quirúrgico
•* Residente del Hospital Gral.

RECUERDO ANATOMOFISIOLOGICO

En el organismo existen dos vías de confluencia de la linfa:

A) La Gran Vena Linfática, que recoge la linfa del miembro superior derecho y de la mitad derecha de la cabeza, cuello y tórax y que va a desembocar en el ángulo yúgulo-subclavio derecho.

B) El Conducto Torácico que se apropia del resto de la linfa de la economía. Este conducto se origina en la Cisterna de Pecquet, situada retroperitonealmente a la altura de la 2^ y 3^ vértebras lumbares; en ella desembocan todos los troncos linfáticos subdiafragmáticos. Así originado pasa al mediastino posterior, lo recorre en toda su altura recibiendo linfá ticos procedentes del hemitórax izquierdo. Así engrosado llega a la base del cuello donde efectúa una incurvación con concavidad dirigida hacía abajo y afuera para ir a desembocar, finalmente, en el sistema venoso, usualmente en el confluente yugulo subclavio izquierdo. En su parte ter minal su diámetro es variable con los estados de vacuidad o repleción; cuando se encuentra ingurgitado de linfa puede alcanzar un diámetro de 4 a 6 mm. La desembocadura del Conducto Torácico puede presentar va riaciones anatómicas que nos contentamos con mencionar: conducto sim ple con embocadura simple, terminación en delta, cayados múltiples con embocadura única, bifurcación final con embocadura doble, terminación en araña (4).

De este breve recuerdo anatomofisiológico debemos concluir que, si se excluye patología del hemitórax izquierdo, cualquier hallazgo que se efectúe en la linfa del Conducto Torácico implicará que su procedencia es subdiafragmática, específicamente abdominal. Teóricamente en esto se basa la utilización de este medio diagnóstico ya que, excluyendo la tuberculosis pulmonar (especialmente la del pulmón izquierdo), la detec-ción del bacilo tuberculoso en la linfa del Conducto Torácico implicará que tal bacilo procede del área subdiafragmática.

TÉCNICA **OPERATORIA**

1.—Dos horas antes de efectuar la canalización se hace ingerir al paciente una comida rica en grasa, con el objeto de que el conducto se ingurgite y sea más visible durante el acto quirúrgico.

2.—Se coloca al paciente en decúbito dorsal, con una almohada entre las escápulas y con la cabeza rotada hacia la derecha, todo con el objeto que la región sea más fácilmente explorada.

3.—Se practica anestesia local por infiltración del ángulo anterointerno del triángulo supraclavicular izquierdo.

4.—Se hace una incisión cutánea de 5 cm. de longitud, a 1,5 cm. de la clavícula, paralela a la misma, con su tercio interno avanzando sobre el músculo esternocleidomastoideo (Fig. 1).

5.—Se efectúa la sección del musculocutáneo, del tejido celular y de la fascia superficial.

6.—Se hace disección cuidadosa en busca de la vena yugular interna, extirpando la grasa y los ganglios pre-escalénicos, que eventualmente pueden servir para estudio,

7.—Se busca la unión subclavioyugular, que es el sitio de desembocadura habitual del Conducto Torácico.

8.—Se identifica y diseca el mismo por 20-30 mm. (Fig. 2)

9.—Se efectúa su canalización con un tubo de polietileno por una abertura transversal que se hace en una de las paredes con la ayuda de un bisturí. Una vez introducido el polietileno, se fija con dos puntos de transfixión de seda 000, que fijan el tubo al conducto y que no ocluyen su luz. El sitio de elección de la entrada del tubo es de 10-20 mm. de la desembocadura en el sistema venoso y la longitud a que debe introducirse es, asimismo, de 10-20 mm. Para facilitar la introducción y canalización se aconseja efectuar un corte oblicuo en su extremo (Fig. 3).

10.—Se arregla el tubo para que se acomode en el campo operatorio, sin ninguna incurvación brusca, y se cierra la herida por planos dejando que el tubo de polietileno salga fuera de la herida cutánea por 6 a 10 cm.

Para evitar la coagulación de la linfa es necesario el uso de un anticoagulante. Nosotros hemos usado la heparina que, antes de cerrar el campo operatorio, inyectamos en el Conducto Torácico a través del tubo de polietileno. En ese momento constatamos si hay escape por los lados del tubo y en caso que hubiera cerramos la abertura con un punto de seda.

El paciente es enviado a su sala, se coloca en posición semisentada y el extremo del polietileno lo colocamos en un tubo de ensayo estéril cubierto con algodón, todo fijo con esparadrapo a la cara anterior del tórax (Fig., 4).

El material así colectado lo enviamos al laboratorio bacteriológico.

DIFICULTADES TÉCNICAS

Estas pueden ser de dos órdenes, unas anatómicas y las otras patológicas. Las primeras se refieren a las variedades ya mencionadas. Las segundas se relacionan con procesas patológicos previos o actuales en la zona de disección que hayan alterado la anatomía regional (linfadenitis con periadenitis, lesiones traumáticas con esclerosis consecutivas, etc.)

COMPLICACIONES

Teóricamente podrían dividirse éstas en locales y distantes. Las locales se refieren a fístulas con linforragia consecutiva a través de la incisión cutánea.

Las segundas podrían ser acondicionadas por el cierre del conducto por esclerosis a nivel del sitio de canalización y la linfectasia consecutiva producir plétora en los territorios inferiores con probable ruptura de un pequeño linfático y derrame de la linfa en tejidos o cavidades vecinas (ascitis quilosa, quilotórax).

Técnicamente nosotros nos consideramos afortunados pues hemos retirado el polietileno a los 2 o 3 días, ha habido derrame escaso de linfa en los 2 o 3 días siguientes y después el mismo *se* ha detenido espontáneamente con cierre de la herida operatoria. Localmente sólo hemos observado un caso de higroma que se formó a los 21 días de efectuado el procedimiento, fue aspirado con aguja y no se reprodujo. A distancia no hemos tenido ningún accidente.

NUESTROS CASOS

Nuestra experiencia se basa en 15 casos de ascíticos que en el momento de su referencia a nosotros existían fuertes sospechas de que la etiología fuera tuberculosa en la. forma peritoneal húmeda.

En todos ellos, con excepción de un caso, logramos colectar linfa del conducto torácico que enviamos a estudio bacteriológico.

Los estudios ulteriores a la canalización demostraron que de los 15 en 5 casos su etiología era definitivamente no tuberculosa. En los otros se mantuvo el diagnóstico clínico de afectación tuberculosa.

El siguiente cuadro explica la subdivisión del lote de ascíticos:

A.—ASCITIS NO TUBERCULOSA ..... 5 casos
- a) Hipertensión portal ..... 2 casos
- b) Neoplasias abdominales malignas ..... 2 casos
- c) Síndrome pluricarencial ..... 1 caso

B.—ASCITIS TUBERCULOSAS (CLÍNICAS) ..... 10 casos
- a) No se logró canalizar..... 1 caso
- b) Se canalizaron ..... 9 casos

Tenemos que lamentar que los estudios bacteriológicos efectuados en la linfa obtenida no fueron completos. No nos fue posible efectuar las tres etapas bacteriológicas (frotis, cultivo e inoculación al cobayo) y talvez la etapa más importante fue la que no pudimos quemar. Nuestros laboratorios no tienen las facilidades de la inoculación al cobayo; tuvimos que contentarnos con el frotis y el cultivo muy a pesar nuestro.

Dado lo reducido de nuestra casuística y dado que sólo cubrimos 2 de las 3 etapas bacteriológicas es que consideramos este informe como preliminar.

Debemos, además, hacer una aclaración que creemos obligatoria enunciarla para la interpretación final de los resultados obtenidos. En la mayoría de los casos remitidos ya se había iniciado tratamiento antituberculoso, con duración de 1 o 3 semanas en el momento de efectuar la canalización.

Tomando en cuenta estas aclaraciones creemos que nuestras conclusiones no son absolutas pero sí son promisorias.

RESULTADOS

En todos los casos la investigación del bacilo tuberculoso por medio de frotis fue negativo.

Los cultivos de linfa dieron los siguientes resultados:

GRUPO A ..... TODOS NEGATIVOS

GRUPO B
- a) Cultivo Negativo..... ' casos
- b) Cultivo Positivo ..... 2 casos

Esto viene a demostrar que la linfa colectada del conducto torácico en casos de Tuberculosis Abdominal Primitiva la linfa puede ser portadora de bacilos tuberculosos y que en nuestra corta casuística la positividad llegó al 22,2% utilizando únicamente el cultivo , , , . . , . ■-

En los dos casos en que se cultivó el bacilo se efectuó ^tipificación del mismo? encontrándose que una vez era el Mycobactenum tubérculos y que otra vez era el Myc. bovis el germen causal de la tuberculosis.

OTROS USOS DE LA CANALIZACIÓN

A título informativo tenemos que mencionar las investigaciones que autores extranjeros han efectuado en esa linfa colectada del conducto torácico. En el informe de Linder (2) hace mención y da tabla de resultados de la determinación de varios ensayos bioquímicos; establece comparaciones entre los resultados obtenidos del suero sanguíneo y de la linfa, tanto en ayuno como durante el período de digestición. En estos estudios comparativos se analizaron diversos electrólitos (Na^2, Ca, K, Cl). enzimas (aldolasa, fosfatasa ácida y alcalina, transaminasas) y otras determinaciones (N.N.P., ácido úrico, bilirrubina, grasas, proteínas y la absorción intestinal de diferentes compuestos marcados). En el curso de nuestra corta experiencia comprobamos que los pacientes que adolecían de síndrome de malabsorción el conducto no aparecía ingurgitado de linfa después de la comida rica en grasa *y* que el aspecto macroscópico de la linfa perdía sus caracteres normales: desaparecía el aspecto lechoso y se parecía más al plasma o al suero. En nuestros casos no efectuamos ninguno de los estudios recién mencionados pues no es este el enfoque de nuestra investigación. Se refiere al interesado al mencionado artículo.

CONCLUSIONES

1.—El procedimiento es técnicamente sencillo y desprovisto de contraindicaciones absolutas.
2.—En la linfa obtenida del conducto torácico puede descubrirse el bacilo tuberculoso.
3.—Si se excluye la ubicación pulmonar, sobre todo la izquierda, la prueba positiva es diagnóstica de Tuberculosis Abdominal.
4.—El porcentaje de positividad debe ser mayor si se efectúa en pacientes libres de tratamiento específico y se hacen estudios bacteriológicos completos en la linfa obtenida.
5.—La canalización del conducto torácico puede confirmar el diagnóstico de síndrome de malabsorción.

RESUMEN

Se informa la existencia de un procedimiento auxiliar diagnóstico utilizando la linfa obtenida del conducto torácico, recordando las bases anatómicas y exponiendo la técnica quirúrgica de la misma. Se mencionan sus posibilidades diagnósticas y se hace un informe preliminar sobre la utilidad que pueda prestar en la confirmación de la Tuberculosis Abdominal.

SUMMARY

The cannulation of the thoracic duct is reported as a simple procedure **for** diagnostic purposes. In this paper are given the anatomic bases, the surgical technic and its indications. It is a preliminary report on its usefulness in the diagnosis of Abdominal Tuberculosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—WITTE, M. H.; HOROWITZ, L. & DUMONT, E. E.: Use of thoracic-duct cannulation in the diagnosis of tuberculous enteritis. New England J. Med. 268: 1125 Mayo 1963. 2.—LINDER, E. & BLOMSTRAND, R.: Technic for collection of thoracic duct lymph of man. Proc. Soc. Exper. Biol. E. Med. 97: 653, 1958. 3.—ZUNIGA, S. R.: Tuberculosis Abdominal. Rev. Méd. Hondur. 32: 243 1964. 4.—TESTUT, L. y LATARJET, A.: Anatomía Humana, IX Edición Salvat Edit. 1951.

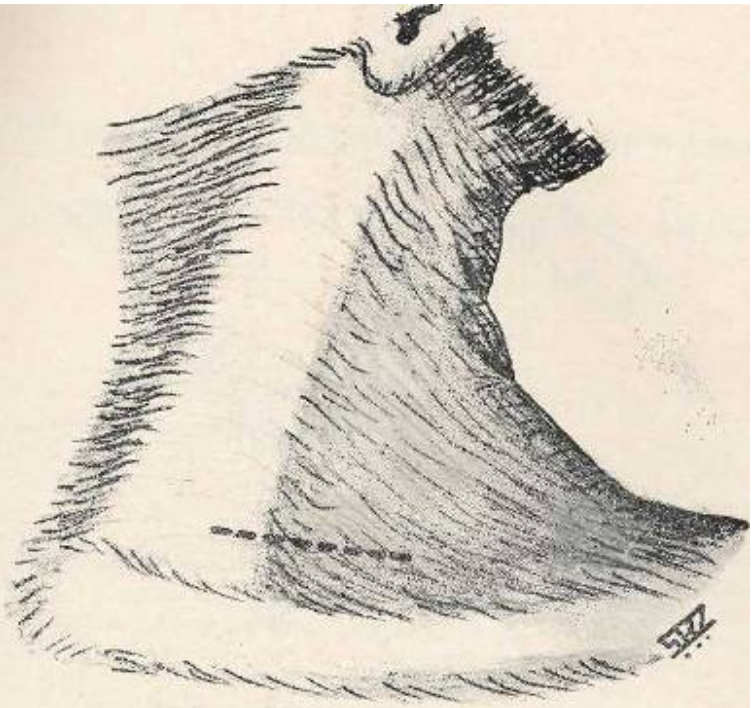


Fig. 1

POSICION DEL CUELLO Y LINEA DE INCISION

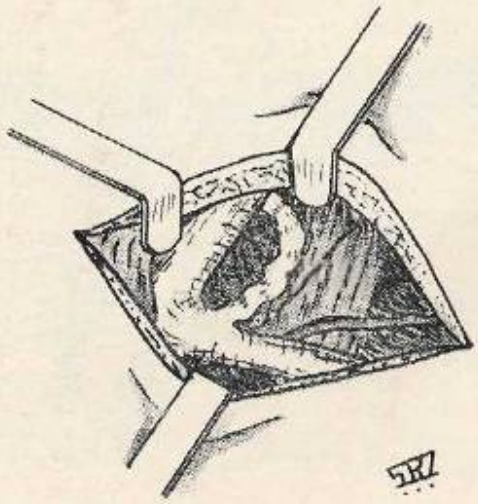
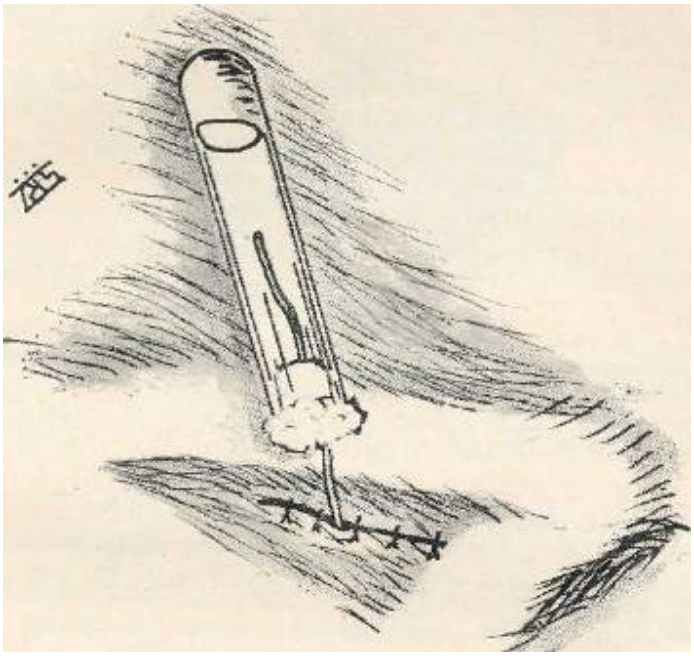


Fig. 2

ESQUEMA OPERATORIO



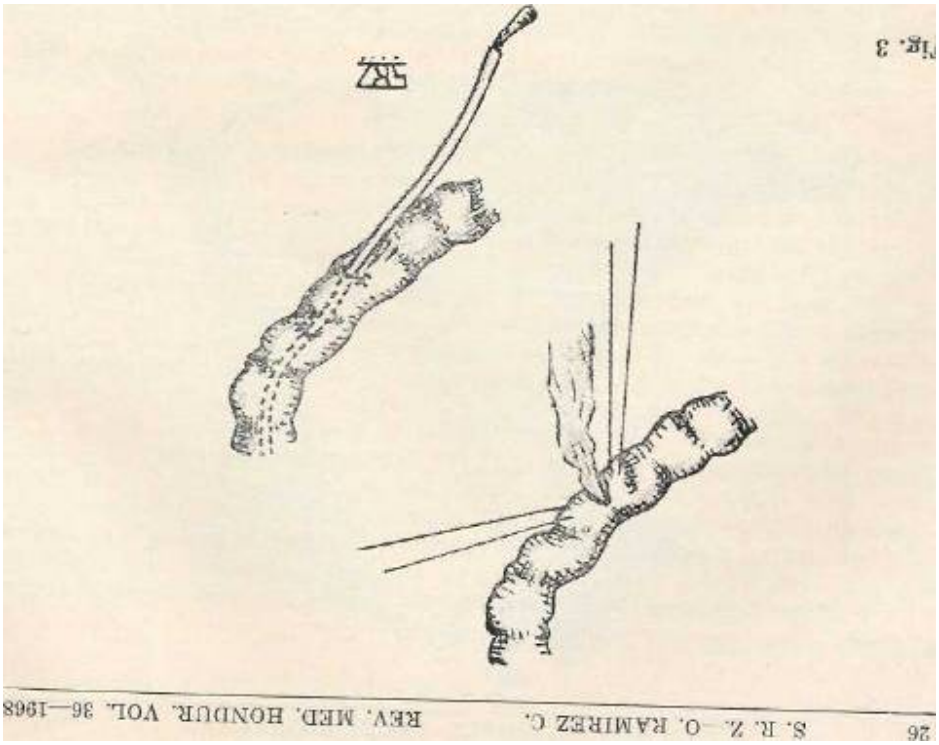


Fig. 3

Nuestra experiencia en aneurismas traumáticos verdaderos y falsos

Por el Dr. José Gómez-Márquez G."

Del total de 68 casos de traumas vasculares que hemos logrado recopilar en nuestra casuística personal, aparecen 14 casos de fístulas arteriovenosas y 18 aneurismas, de los cuales sólo uno es verdadero y los 17 restantes, falsos (3-4). Este sólo dato estadístico es una clara demostración del mal manejo que se dá en nuestro ambiente a las heridas que comprometen el árbol vascular, ya que cuando éstas son atendidas correctamente y a la mayor brevedad, se evitan estos cuadros clínicos a que acabamos de aludir, y que, en una u otra forma representan con frecuencia problemas serios para el cirujano vascular (1). La fístula arteriovenosa constituye un doble problema local y general, algunas veces de incalculables consecuencias; su reparación es habitualmente difícil y laboriosa si bien, es cierto que con una circunstancia favorable: la presencia de una gran circulación colateral, que aunque es un factor que complica extraordinariamente la cirugía reparadora, plantea también una condición favorable, ya que en ellas, la isquemia seguida de gangrena y por lo tanto de pérdida del miembro es excepcional, aún en los casos en que la supresión de la comunicación arteriovenosa lleve consigo la interrupción de la circulación troncular. En cambio, en el aneurisma traumático verdadero y fa!.so no se producen las condiciones fisiopatológicas para la constitución de una gran red arterial colateral; por el contrario, la sangre arterial se escapa parcialmente a través de la solución de continuidad arterial; el coágulo que va rellenando poco a poco la cavidad real o virtual (bien sea el aneurisma verdadero o falso), puede llegar a invadir la luz arterial, produciendo su obliteración y en ciertas circunstancias la gangrena; y no es excepcional que se produzcan alteraciones degenerativas de la pared arterial que además de ser un factor más para la trombosis secundaria, vienen a crear condiciones desfavorables para la reconstrucción arterial. Según Kinmonth (6) el falso aneurisma raramente tiende a la curación espontánea ya que va aumentando de volumen, puede erosionar el hueso, provocar lesiones nerviosas y la trombosis puede comunicar al interior de la arteria obstruyéndola directamente u originando embolias más distales. Según de Takats (2) existe por una parte el peligro de la gangrena por compresión y por otra, que con el tiempo se produzca la calcificación arterial. En opinión de Julián (5) inmediatamente después de descubrirse que existe una lesión arterial del tipo de un hematoma pulsátil o de una fístula arteriovenosa, se constituye una situación de emergencia ya que la lesión debe ser reparada en forma de urgencia como si se tratara de una oclusión traumática. Esta indicación es absoluta

---

Profesor de Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas
Jefe del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital General "San Felipe".

sobre todo para las arterias femoral común, femoral superficial, poplítea y la porción proximal de la femoral profunda.

Por supuesto, que el tipo de artería involucrada es un factor decisivo para determinar la gravedad de la situación y planear la conducta terapéutica a seguir.

De *los* 18 casos estudiados, sólo uno era aneurisma verdadero: los 17 restantes eran falsos. Todos ellos pertenecían a hombres. En 15 casos el agente vulnerante fue arma de fuego, en dos casos arma blanca (machete) y solamente un caso fue debido a un accidente automovilístico. El intervalo entre el trauma y la llegada a nuestro Servicio de Cirugía Vascular fue muy variable. Dos pacientes llegaron antes de las 24 horas; uno en el curso de la.primera semana; siete durante el primer mes; cinco entre uno y dos meses; dos entre dos y seis meses y un caso tenía dos años de evolución. Como se puede observar, únicamente en dos casos, se trató de una herida vascular reciente. En la mitad de los casos/ nueve, se trató de heridas de arterias de menor importancia para la nutrición de su territorio: Cubital 1,'Femoral Profunda 1, Glútea 1, Maxilar Interna 1, Peronea 1, Radial 3, y tibial posterior 1.

Todos ellos fueron tratados de la manera más sencilla; con evacuación de la masa de coágulos de la seudocavidad aneurismática y ligadura de la arteria correspondiente.

Los nueve casos restantes, pertenecían a lesiones de las siguientes arterias: Femoral superficial 5, Axilar 2, Humeral 1, Ilíaca Externa 1, (Tabla No. 1). Los cinco casos de falso aneurisma de la arteria femoral superficial fueron resueltos en la siguiente forma:

1.—Caso N^{9} 6. En el que fue posible hacer una simple arteriorrafía. No se hizo comprobación arteriográfica pre ni postoperatoria pero hubo restablecimiento perfecto de los pulsos distales.

2.—Caso N$^{?}$ 8, sumamente interesante por el estado en que llegó a nuestras manos y la serie de complicaciones que se desarrollaron en el curso de su tratamiento. El falso aneurisma había evolucionado durante dos años y al llegar al Servicio de Cirugía Vascular no tenía pulso poplíteo ni distales y había gangrena seca de todos los dedos del pie. La arteriografía demostró que había interrupción de la arteria femoral desde casi su origen hasta el tercio inferior de la misma, más allá de lo cual se reinyectaba por amplias colaterales (Fig. *W-*^{1} 1). En el curso de la intervención quirúrgica apreciamos que la arteria presentaba paredes sumamente degeneradas probablemente consecutivas al aneurisma. Como no era posible hacer arteriorrafia, tuvimos que colocar un injerto de safena, pero nunca llegó a ser satisfactorio debido al mal estado de la íntima arterial. No logramos obtener pulsos distales. Temiendo que la isquemia se hiciera de mayores proporciones practicamos posteriormente simpaticectomía lumbar, con tan mala fortuna que el ayudante en un movimiento intempestivo desgarró con el separador una gruesa vena lumbar provocando una hemorragia de grandes proporciones, no pudiendo hacer otra cosa, que ligar la vena cava inferior ante un paciente que estábamos a punto de perder por exanguinación. Sorprendentemente la evolución postoperatoria fue muy buena. Los dedos gangrenosos limitaron perfectamente su necrosis y apenas si se observó ligero edema del miembro inferior. Nos limitamos después a hacer desarticulación de falanges y el paciente fue dado de alta en magníficas condiciones. En la arteriografía de control postoperatoria (Fig. N? 2), se demostró que efectivamente el injerto se había trambosado, ya que la arteria femoral superficial estaba obstruida en su mayor parte, pero que

gracias a un buen circuito colateral, a expensas de la femoral profunda se reinyectaba distalmente. Por medio de flebograma femoral se confirmó la ligadura de la vena cava.

3.—En el caso N<? 9, la evolución del trauma era de solamente 19 días y cuando lo vimos por primera vez, existían buenos pulsos digitales. El paciente no pudo ser intervenido en los primeros días y el falso aneurisma fue creciendo provocando dolores atroces hasta que llegaron a desaparecer tanto el pulso poplíteo como el pedio y tibial posterior, obligándonos a una intervención de urgencia. La arteriografía preoperatoria demuestra el compromiso de la arteria femoral aún antes de que desaparecieran los pulsos (Fig. N? 3). Durante la intervención no se pudo realizar arteriorrafia terminoterminal y decidimos colocar sobre la brecha arterial un parche de vena safena. Los pulsos distales reaparecieron inmediatamente y en la arteriografía postoperatoria de control se comprueba la continuidad de! tronco arterial y *la* pequeña dilatación que corresponde al parche venoso (Fig. N[1]? 4).

4.—Caso N[9] 14. Un hombre de 60 años con falso aneurisma de la arteria- femoral superficial de cuatro meses de evolución con gangrena seca inicial de los dedos. En el acto operatorio encontramos arteria con degeneración muy acentuada de la íntima y como la brecha arterial es muy **grande,** intentamos hacer injerto venoso, lo cual tras de numerosos intentos no nos fue posible debido al mismo estado de la pared arterial a pesar de que procuramos injertar sobre porciones arteriales muy alejadas del trauma. Se descubrieron cambios arterioescleróticos en la radiografía, el estudio anatomopatológico posterior de la arteria **demostró** una degeneración calcárea no pudiendo precisarse si se trataba de origen traumático o arterioesclerótico (Fig. N[?] 5). Con mucho pesar tuvimos que ligar la arteria. La evolución postoperatoria fue muy mala desde el punto de vista del miembro. La gangrena progresó abarcando la mitad distal del pie y teníamos que recurrir a una amputación. El enfermo no lo permitió y pidió el alta.

5.—Caso N[9] 17. Hombre de 52 añas con una evolución de 17 días (Fig. N? 6). Asimismo había cierta degeneración de la pared arterial, aunque en menor grado que los dos casos anteriores. Pudimos practicar arteriorrafía y la evolución fue muy buena. Hubo reaparición de pulsos distales. Inesperadamente a los 14 días, el enfermo al hacer un esfuerzo sintió un brusco dolor y rápidamente se formó de nuevo una tumoración en el muslo; el hematoma pulsátil se había repetido. Tuvimos que reoperarlo (2). Comprobamos el desgarro de la arteria, no en los puntos de sutura, sino por debajo de ella. Ahora tuvimos que realizar una arteriectomía hasta llegar a arteria de apariencia sana y poner injerto venoso. El postoperatorio fue bueno y con presencia de pulsos distales. Desgraciadamente no autorizó el arteriograma de control.

El caso N9 3 de humeral, fue corregido sencillamente con arteriorrafia, manteniéndose buenos pulsos distales.

En el caso de ilíaca externa fue posible suturar una pequeña brecha arterial. Se resolvió el problema con integridad de pulsos arteriales distales.

Hemos dejado para el final, los dos casos de raíz de miembro superior, uno de ellos un aneurisma arterial verdadero, axilar y el otro un falso aneurisma de subclavia.

El primero, caso N? 13, llegó al Hospital con herida penetrante de tórax, en estado de shock y desde un principio se sospechó la existencia

de herida de la arteria axilar, más como el estado general era tan malo ya que apenas si había T.A., y pulso en ambos miembros superiores, sé decidió esperar la evolución del estado general.

Cuando este mejoró notablemente, se comprobó ausencia de pulso radial en el lado afectado, el derecho, con la hiposcilometría correspondiente. Practicamos arteriografía por medio de inyección del medio de contraste en la carótida común y compresión digital hacia arriba. Así visualizamos perfectamente la artería axilar en la cual observamos un pequeño defecto de regularidad en sus paredes, quedándonos la duda de si se trataba solamente de una lesión parcial de pared en su espesor o de un falso aneurisma (Fig No. 7)..

Lo dejamos evolucionar espontáneamente, bajo estricta vigilancia. Cinco meses después se hace un nuevo arteriograma que demuestra un aneurisma bisacular de la axilar (Fig. No. 8). Fue intervenido haciendo resección del aneurisma y colocando injerto de Dacron. Como el único que disponíamos era demasiado ancho, no vimos obligados a hacer fruncimientos del tubo en ambos extremos. Hubo pulsación inmediata. El postoperatorio transcurrió bien, y reaparecieron los pulsos radiales durante una semana, pero después desaparecieron conservándose buen color y calor de la mano. Evidentemente el injerto se trombosó finalmente aunque se dio lugar a una buena circulación colateral que salvó el miembro.

En el último caso, el No. 8, la experiencia fue muy mala. Se trataba de un gran falso aneurisma de la axilar con treinta días de evolución. El arteriograma confirmó el diagnóstico clínico (Fig. N^{9} 9). Hicimos la intervención quirúrgica exponiendo amplamente la región, con sección de la clavícula para hacer hemostasia provisional, de la arteria subclavia. Nos encontramos con un tronco braquiocefálico y una arteria subclavia enormemente dilatados y de paredes muy poco consistentes y consideramos peligroso continuar trabajando sobre estas estructuras. Decidimos abordar directamente la formación pseudoaneurismática. Una vez evacuado el hematoma, se produjo una hemorragia gigantesca, teniendo únicamente tiempo de introducir el dedo pulgar, que se introdujo en un orificio de unos 3 cms. de diámetro. Comprobamos que este orificio pertenecía a una bolsa aneurismática formada a expensas de la cara inferior de la arteria subclavia muy dilatada. No teníamos medio de hacer una hemostasia provisional del extremo proximal de la arteria. Para poder trabajar, controlando la hemorragia, introdujimos un dedil de guante de hule relleno de gasa, montando en una pinza, que pasamos dentro del orificio y así, alrededor de éste, hicimos un sorjete y anudamos. Se contuvo la hemorragia. Exploramos el resto de la arteria hacia su parte distal y comprobamos la existencia de otra herida en el límite entre arteria subclavia y axilar, que suturamos. El postoperatorio, desde el punto de vista local fue malo. Se produjo, isquemia de la mano, que nos llevó finalmente a la amputación.

COMENTARIO

Cuando los falsos aneurismas se localizan en arterias de poco valor para la irrigación de un determinado territorio, como fue el caso de 9 de nuestros casos, el problema es sencillo: la evacuación del hematoma, seguido de ligadura de la arteria resuelve la situación sin ninguna secuela desagradable. Cuando por el contrario, se trata de arterias muy comprometidas, el problema puede en algunas ocasiones ser difícil de resolver.

La restitución de la continuidad arterial es imperiosa, so pena de poner en grave peligo la vitalidad del miembro. Según la experiencia de Kremer (7) resultan particularmente graves las lesiones arteriales (si no pueden ser reparadas adecuadamente) siguientes: humeral común y femoral superficial en el conducto de Hunter. Considera de mediana gravedad las de las arterias axilar, parte inferior de la humeral, ilíaca externa, femoral común y tronco braquiocefálico, las otras son relativamente favorables. En un mismo orden de ideas Kinmonth (6) refiere que después de la guerra de Corea se decidió hacer la reparación arterial en el 56 por ciento de todos los casos de heridas arteriales y en el 75% de aquellas arterias consideradas como "críticas". Aquí, no existe una circulación colateral rica como en el caso de las fístulas arteriovenosas y por lo tanto es por demás problemático, dejar a esta eventualidad la salvación de un miembro. Vale la pena dejar constancia., que en los dos casos en los que no se pudo hacer reconstrucción adecuada de una arteria importante (casos 14 y 18), el primero con ligadura de la femoral superficial y el segundo con una sutura en condiciones muy poco satisfactorias de la arteria axilar, se produjo la gangrena del miembro. Con, una experiencia similar a la nuestra, dice Ziperman (6) que el índice de gangrenas consecutivas a ligaduras en la Guerra de Corea es e] siguiente: axilar 7.7% ; humeral 5%, Femoral 35% ; poplítea 27.9%. En los seis casos en que se hizo reconstrucción de una bolsa aneurismática arterial (dos arteriorrafias, una arteriorrafia que fracasó, seguida de injerto venoso, un parche venoso, un injerto venoso con simpaticectomía y un injerto de Dacron), se obtuvo restitución perfecta, con pulso arterial distal permanente en cuatro casos pero los otros dos, si bien uno se obliteró en las primeras horas *y* otro a la semana, hubo conservación del miembro en buenas condiciones aunque sin pulsos distales.

Jahnke (6) al referirse a los fracasos en las reparaciones arteriales refiere los siguientes resultados: Trombosis con obliteración arterial: Anastomosis téminoterminales 18.8%. Autoinjertos venosos, 47.4%. Homoinjerto arterial 71.4% ; Reparación lateral 44.4%. Como condiciones adversas en nuestros casos, encontramos la degeneración de la íntima arterial, en dos de los, casos (N° 8 y 17) como consecuencia del mismo proceso traumático; en el otro (N° 14) tal vez no sólo por este mismo proceso sino además por Una arteriosclerosis concomitante. Encontrándose con problemas semejantes Kinmonth (6) refiere que es necesario reparar la arteria inmediatamente antes de que se establezcan lesiones densas fibrosas de tipo crónico.

Nos queda la gran preocupación de haber perdido dos miembros. En el caso N° 14 no creemos que se hubiera podido hacer más. En el caso No. 18, de falso aneurisma de la subclavia, creemos a posteriori que una hemostasia provisional de la arteria subclavia en su origen por medio de toracotomía, talvez nos hubiera permitido trabajar sin hemorragia, logrando una reparación correcta.

CONCLUSIONES

1.—Los falsos aneurismas y aneurismas traumáticos verdaderos pueden constituir cuando asientan en arterías vitales para la circulación de una región, problemas difíciles de resolver.

2.—La mejor profilaxis sería lograr una mejor asistencia de estos pacientes en las primeras horas de su accidente, instruyendo a los médicos generales sobre la necesidad de pensar siempre en la posibilidad

de una herida arterial o de una herida simultánea de arteria y vena, aún en los casos en los que no existe una hemorragia externa considerable.

3.—Es necesario, ante estos casos agotar todos los medios quirúrgicos al alcance de uno para hacer en el caso de arterias "vitales", la reconstrucción arterial de preferencia por la simple arteriorrafia, de parche venoso o en el último caso de injerto.

RESUMEN

El autor presenta 17 casos de falsos **aneurismas** y un aneurisma verdadero traumático de los cuales 9 afectaron arterias vitales para los miembros. En 6 casos se pudo hacer la arteriorrafia pero en uno de éstos el falso aneurisma se reprodujo y hubo necesidad de hacer posteriormente un injerto. En uno se empleó un parche venoso para reparar la brecha arterial. En dos, se usó de primera intención injerto, uno venoso y otro de dacron. En otro, hubo que hacer ligadura de la arteria femoral y en otro una sutura de la bolsa pseudoaneurismática, en malas condiciones técnicas. Estos dos, evolucionaron mal con gangrena del miembro. Se resalta el inconveniente que puede representar la degeneración de la íntima arterial, bien sea por el mismo proceso traumático o por arterioesclerosis sobreañadida. Se insiste en la necesidad de dar una mejor instrucción al médico general para una atención inmediata y adecuada a los heridos vasculares.

SUMMARY

The author presents 17 cases of false aneurisma and one real traumatic aneurism, 9 of **which** affecting **the** vital arteries of the members. Artereography was performed in 6 of the cases, and in one case a false **aneurism** repreduced and there was a need to practice a venous graft. In one case a venous patch was used to repair the arterial wound, In two instance? a graft was used primarly, one venous and the other dacron. In anothei instante a **ligature** of the femoral artery had to be done, and in another *e* suture of the pseudoaneurismatic bag was practiced, in bad technical con dítions. These two evolutioned with gangrene of the limb. The inconveniencí that the degeneration of the arterial interior layer may represent, is underlined, wether produced by the same traumatic process or by added arte rioes clero sis. It is stressed the fact of giving to the general practitionei a betters instruction for ah inmediate and adequate attention to vasculai injuries.

TABLA Nº 1

Caso	Año	Sexo	Edad	Arma	Evolución	Arteria	Pulsos Isquemia	Pulsos Dist. Prev.	R X Arteria Preop.	Operación	R X Arter. Post.	Pulsos Post.	Resultado
1	60	M	22	B	37d.	Peronea	No	Sí	No	Ligadura	No	—	B
2	60	M	48	Acc Aut	6h.	Glutea	No	—	No	Ligadura	No	—	B
3	61	M	34	Bala	3 m	Humeral	No	—	No	Arterio-rrafia	No	Sí	E
4	63	M	25	Bala	40d.	Radial	No	No	No	Ligadura	No	No	B
5	64	M	37	Bala	4d	Cubital	No	No	No	Ligadura	No	No	B
6	64	M	42	Bala	1 m	Femoral Superf.	No	Sí(-)	No	Arterior.	No	Sí	B
7	64	M	34	Bala	39d.	Iliaca Ex	No	Sí(-)	Sí	Arterior.	No	Sí	B
8	65	M	25	Bala	2a	Fem. Sup	Sí	No	Sí	Injerto Simpat.	Si	No	B
9	65	M	14	Bala	19d.	Fem. Sup	Sí	No	Sí	Parche Venoso	Sí	Sí	E
10	65	M	16	Mach.	15d.	Radial	No	No	Sí	Ligadura	No	No	B
11	66	M	23	Bala	12h	Tibial Post.	No	No	Sí	Ligadura	No	No	B
12	66	M	33	Bala	5 m	Femoral	No	Sí	Sí	Ligadura	Sí	—	B
13	66	M	27	Bala	12h.	Axilar	Sí	No	Sí	Injerto	No	No	B
14	67	M	60	Bala	4 m	Fem. Sup.	Sí	No	Sí	Ligadura	No	No	M
15	67	M	7	Mach.	9d	Radial	No	No	No	Ligadura	No	No	B
16	67	M	22	Bala	18d.	Maxilar Interna	No	—	Sí	Ligadura	No	—	B
17	67	M	48	Bala	2m.	Fem. Sup.	No	No	Sí	Arterior.	No	Sí	E
17	67	M	49	Bala	30d.	Subclav.	No	No	Sí	Injerto Sutura Bolsa An.	No	No	M
18	67	M	33	Bala									

d: día
H: hora
m: mes
a: año
B: Bueno
E: Excelente
M: Malo

NOTA: Se consideraron excelentes aquellos en que hubo pulso distal postoperatorio. Buenos en los que si bien el territorio vascular correspondiente quedó bien nutrido, no se hizo reconstrucción arterial o se fracasó en ella. Malos los casos con pérdida de miembro.

TABLA Nº 2

ARTERIA		TRATAMIENTO	RESULTADO
Cubital	1	Ligadura	Bueno
Femoral Prof.	1	Ligadura	Bueno
Glútea	1	Ligadura	Bueno
Maxilar Int.	1	Ligadura	Bueno
Peronea	1	Ligadura	Bueno
Radial	3	Ligadura	Bueno
Tib. Post.	1	Ligadura	Bueno
Axilar	2	Injerto	Bueno
		Sutura no ideal	Malo
Femoral Superficial	5	Arteriorrafia	Excelente
		Injerto-Simpatectomía	Bueno
		Ligadura-Simpaticectomía	Malo
		Arteriorrafia seguida de injerto	Excelente
		Parche Venoso	Excelente
Humeral	1	Arteriorrafia	Excelente
Ilíaca Externa	1	Arteriorrafia	Excelente

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1,—BEAL, A. C; DIETHRICH, E. B. ; DE BAKEY, M. E.; MORRIS, G. C.: Surgical Manegement of Vascular Trauma, Surg. Clin. North Am, 46: 1001, 1966.

2.—DE TAKATS: Vascular Surgery p. 136. W. B. Saunders Co. Philadelphia and London, 1959.

3.—GOME Z-MAR QUE Z, J.: Trauma Vascular. Nuestra Experiencia en 43 casos. Angiología 18: 171, 1966.

4.—GOMEZ-MARQUEZ, J.: Fístulas arteriovenosas traumáticas. Rev. Méd. Hondur. 35: 134, 1967.

5.-^TULIAN, O. C.; HUNTER, J. A.: Vascular Emergencies of the lower Extremity. Surg, Clin. North Am. 45: 135, 1965.

6.—KINMONTH, ROB and SIMEONE: Vascular Surgery. Págs. 70-82. Wiliam and Wilkins. Baltimore 1963.

7.—KREMER, K.: Chiurgie der Arterien. Pág. 143. Georg. Thieme Verlag. Stuttgart, 1959.

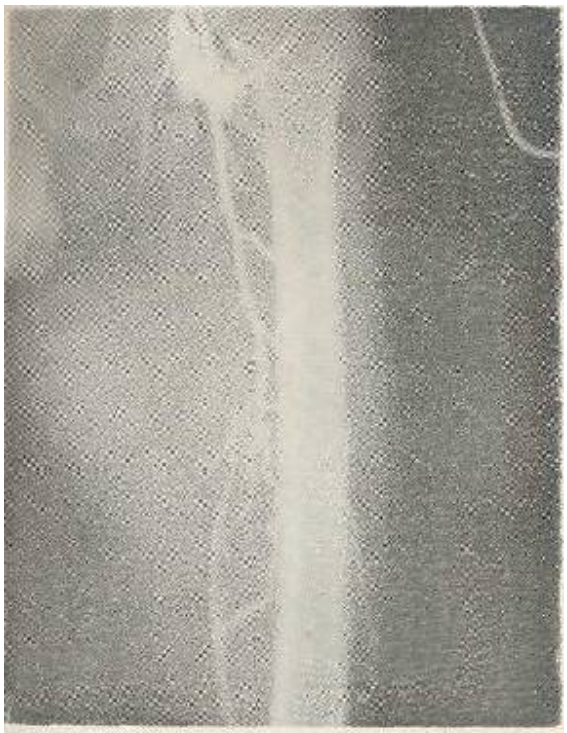


Fig. 1.—Caso 8. Arteriografía preoperatoria demostrando obstrución de la mitad superior de la arteria femoral superficial.

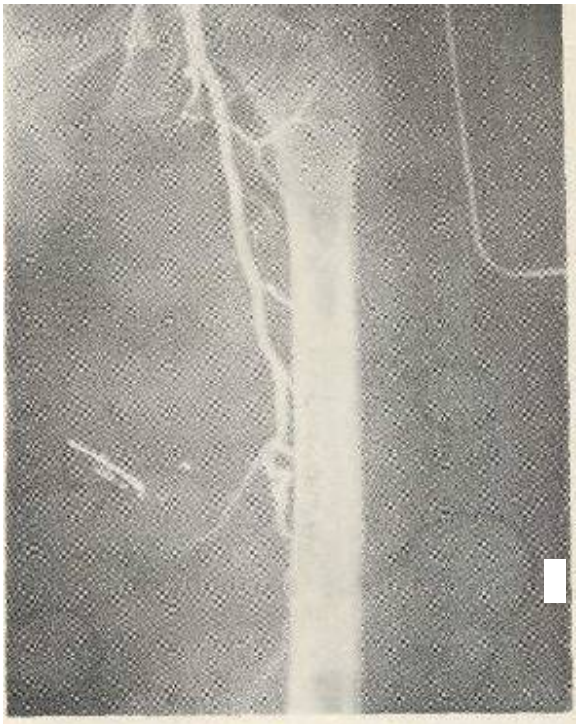


Fig. 2.—Caso 8. Arteriografía postoperatoria. A pesar de haberse intentado la reconstrucción arterial por medio de injerto venoso, este se trombosó y la circulación se establece por medio de la arteria femoral profunda y sus colaterales.

Fig. 3.—Caso 9. Arteriografía preoperatoria, demostrando el falso aneurisma que comprime la femoral superficial.

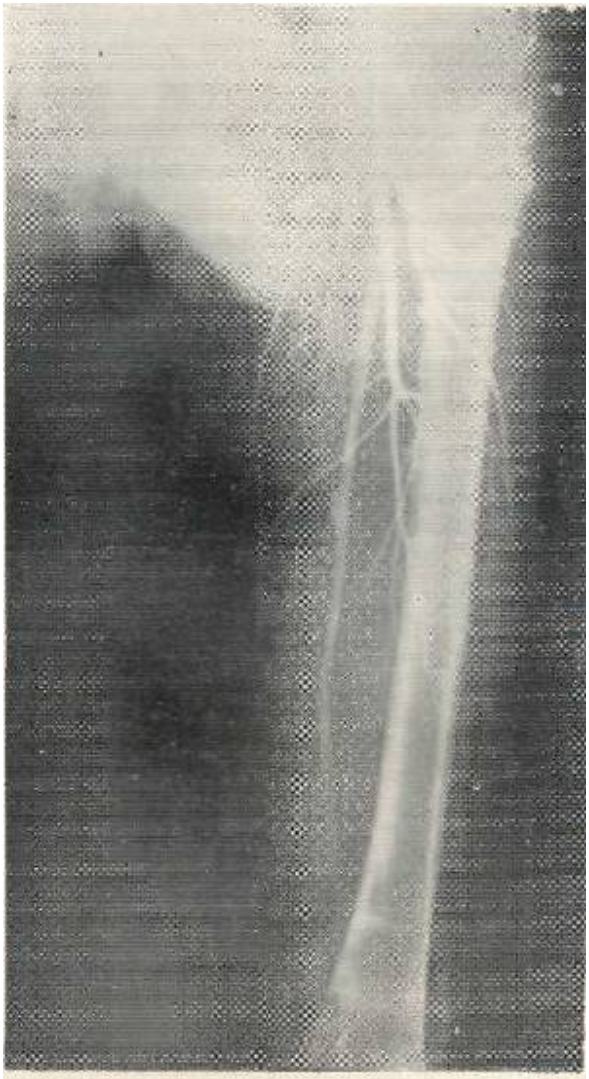


Fig. 4.—Caso 9. Arteriografía postoperatoria demostrando la reparación arterial por medio de parche venoso.

Fig. 7.—Caso 13. Primera arteriografía preoperatoria en que apenas se alcanza a ver un pequeño defecto en la arteria axilar.

FMig. 8.—Caso 13. Arteriografía 5 meses después con un aneurisma verdadero traumático bisacular.

Fig. 9.—Caso 8. Arteriografía preoperatoria con falso aneurisma de la arteria subclavia.

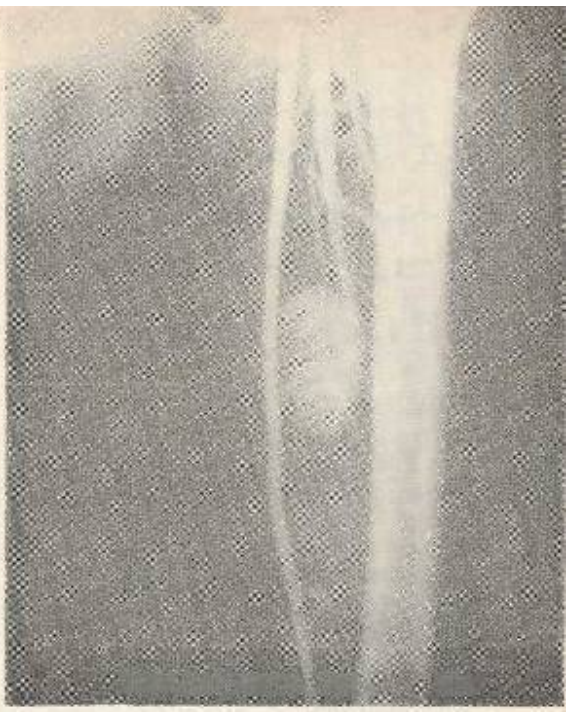


Fig. 10.—Caso 12. Arteriografía preoperatoria con falso aneurisma de la femoral prorunda.

Fig. 11.—Caso 12.— Arteriografía postoperatoria, después de hacer ligadura de la femoral prorunda.

Fig. 12.—Caso 16. Arteriografía preoperatoria demostrando la detención del medio de contraste en la emergencia de la arteria carotida externa.

FRACTURAS DEL CODO

TRABAJO PRESENTADO EN EL VII CONGRESO CENTRO-AMERICANO DE TRAUMATOLOGÍA, TEGUCIGALPA, DIC. 1967

Antonio Bermúdez Milla (*)
Francisco **Montes** Guerrero **(**)**

INTRODUCCIÓN

La frecuencia de esta fractura, la cantidad de casos que llegan veinticuatro horas o varios días después del traumatismo, la gravedad de sus complicaciones vasculares —por ellas se consideran como verdaderas emergencias— y la diversidad de opiniones, muchas contradictorias, que existen acerca de su tratamiento (1, 3, *4,* 8, 9, 10), desde el Tabú preconizado por Watson-Jones: "Evitar la tracción esquelética y la reducción operatoria" hasta la atcitud eminentemente agresiva, quirúrgica, de Hernández Ros y otros, además de la **gran** variedad de métodos empleados entre nosotros, nos inclinó a procurar hacer una revisión de los casos tratados en el Hospital General de Tegucigalpa, a partir de 1962, año que todavía tiene completos sus expedientes.

Nos limitaremos a puntualizar conceptos generales, un recuerdo anatomo-radiológico y algunos ejemplos de los métodos principales de tratamiento, haciendo énfasis en la técnica operatoria para los casos en que asta francamente indicada y que nos ha dado resultados halagüeños.

Consideramos que este trabajo debe considerarse preliminar, para un estudio posterior con mayor número de casos y fotografías de los pacientes después de su rehabilitación, orientada a base exclusiva de movimientos activos.

Es oportuno hacer notar que en los casos tratados quirúrgicamente no hemos observado aún complicación de parálisis isquémica. El restablecimiento funcional ha sido satisfactorio con mínima limitación de movimientos en algunos de ellos.

Los casos analizados pertenecen en su mayoría al Servicio de Ortopedia de Niños, pero incluimos en nuestro estudio los encontrados en los Servicios de Adultos y dos casos más de fracturas intercondíleas, uno del Hospital Centro Médico Hondureño y otro del Hospital del Instituto Hondureño de Seguridad Social, por considerarlos de valor ilustrativo, ambos tratados quirúrgicamente.

RECUERDO ANATOMO-RADIOLOGICO

La articulación del codo representa el gozne medio del miembro superior y debido a su gran movilidad se sitúa en infinitas posiciones dentro del área del espacio. Esta constituida esencialmente por tres articulaciones envueltas en una misma sinovial y formada por las extremidades óseas de tres huesos largos, que se desarrollan a partir de varios núcleos de osificación, que van apareciendo de acuerdo con la edad hasta los 16 años (3, 6, 7, 8). **(Fig.** 1-2).

(*) Traumatólogo Hospital Centro Médico Hondureño, Tegucigalpa, Honduras, C. A.
(**) Traumatólogo servicio de Niños Hospital General e Instituto Hondureño de Seguridad Social.

Cronológicamente así:

Fig. 1.—Niño de 4 años: Núcleo del epicóndilo 1. Núcleos de la cabeza del radio 2 y epitróclea 3.

Fig. 2.—Niño de 10 años: Núcleos de Tróclea 4, epicóndilo 5 y olécranon 6.

A los 16 años solamente el epicóndilo *I,* no se ha fusionado al Húmero. (3-4).

DIAGNOSTICO: Para llegar a un diagnóstico de precisión son indispensables buenas radiografías, por lo menos en dos posiciones, y aprender a identificar en ellas las sombras de las estructuras óseas.

Proyección antero-posterior: Fig-. 3. **1.**—Pilar Externo. 2.—Fosilla radial. 3.—Cóndilo. 4.—Epicóndilo. 5;—Relieve intercóndilo-troclear; 6;—Cabeza del radio. 7.—Cuello radial. 8.—Tuberosidad bicipital. 9:—Confluencia diáfiso-lepifisaria. 10.—Pilar interno. 11.—Región y lámina interfosal coronoideo-olecraniana. 12.—Epitróclea. 13.—Olécranon, superpuesto a la tróclea. 14:—Tróclea, carilla interna. 15.—Coronoides. 16.—Carilla articular sigmoidea (8).

Fig. 4.—**Proyección lateral: 1.**—Metáfisis. 2.—Cresta epitroclear: 3.—-Epitróclea. 4—Angostura troclear. 9.—Coronoides. 10.—Tuberosidad bicipital.

Solamente teniendo estos elementos presentes y habiendo operado varios codos, pueden llegar a interpretarse correctamente las radiografías de esta región y hacer la evaluación adecuada de las lesiones para una acertada escogencia del tratamiento a elegir en cada caso (8).

TRATAMIENTO

Para decidir la conducta en una fractura del codo, hay que interpretar primero la lesión sobre un principio fundamental, la estabilidad o inestabilidad de los fragmentos, ya que en el último caso de antemano podemos preveer los resultados de un tratamiento conservador. Luego hay que considerar la evolución desde el momento de producirse el traumatismo, después de tres días las formaciones de sales calcáreas en el foco de fractura y alrededores hacen sumamente difícil, si no imposible, la corrección anatómica, al grado que la manipulación cerrada puede ser más cruenta que la reducción abierta. Cuando son más tardías, con grandes desplazamientos, donde la masa ósea posterior, ya organizada o en vías de organización, constituye un obstáculo insuperable para la correcta reposición de Ios fragmentos, la cirugía se impone (8). Desde luego, el cirujano que no está familiarizado con este tipo de intervenciones no podrá tener resultados satisfactorios y ese hecho ha redundado en muchas ocasiones en descrédito del tratamiento quirúrgico. Otro dato interesante, que debe tomarse en cuenta, es el hecho de la interposición frecuente del nervio cubital, en las fracturas por flexión, —en los dos casos de nuestra serie, que fueron tratados quirúrgicamente, el nervio se encontraba en el foco de fractura.— Hecha la evaluación del caso, el tratamiento puede ser cualquiera de los siguientes, en cuyos detalles técnicos no insistiremos, excepto para el tratamiento quirúrgico.

INMOVILIZACIÓN SIMPLE.—Aplicable únicamente en los casos sin desplazamiento, usando un canal posterior, con el codo en flexión, durante dos a tres semanas.

REDUCCIÓN CERRADA.—Usada con buen juicio, manipulando los tejidos con extrema suavidad, en fracturas estables, en las primeras horas, da lugar a la obtención de magníficos resultados y debe considerarse el tratamiento de elección, sin olvidar el principio fundamental de inmovilizar en flexión las supracondíleas posteriores y en extensión las anteriores. (Fig. 5). En algunos casos es necesario inmovilizar en aparato de yeso toraco-braquial.

TRACCIÓN ESQUELÉTICA.—Tiene sus indicaciones precisas, en fracturas tardías con mucha inflamación, sin compromiso vascular o nervioso, teniendo siempre en mente que produce un enderezamiento de la extremidad distal del húmero y la reducción hay que completarla, bajo anestesia, dos semanas después, inmovilizando con canal posterior.

REDUCCIÓN ABIERTA.—Deseamos hacer énfasis que, con una buena técnica, se obtienen magníficos resultados con la reducción quirúrgica de las fracturas del codo, cuando la indicación es clara, particularmente cuando se opera "en fresco", sin manipulaciones previas, en las primeras veinticuatro horas. Hay varias técnicas y vías de abordaje (5, 6, 8, 9), nosotros seguidos la de Hernández-Ros (8): (Fig. 6) Incisión longitudinal interradio-cubital en el antebrazo, pasando por fuera del vértice del codo se prolonga por la parte media del brazo, disecando ampliamente ambos colgajos hasta epicóndilo y epitróclea. Se aisla siempre el nervio cubital para evitar lesionarlo y se precede luego a desinsertar el tríceps, contorneando el olécranon, respetando su carilla articular. Esta maniobra va precedida de una incisión aponeurótica en forma de "V" sobre la inserción del tríceps, que se inicia sobre la diáfisis cubital. Esta técnica permite hacer el alargamiento plástico del tríceps cuando se estime necesario. El desprendimiento debe hacerse con bisturí y a ras de hueso. Desprendido el tríceps y abierto el fondo de saco de la articulación para exponer la cara **posterior** del húmero, se reclina este músculo hacia abajo, previa sección de la aponeurosis braquial en sus. dos bordes, externo e interno. En los casos de fracturas recientes el borde superior de la sinovial y el periostio se encuentran despegados de la metáfisis humeral, con lo que al bajar el músculo la fractura queda ampliamente expuesta. Cuando han pasado varios días esta- zona se encuentra ocupada por depósito óseo neoformado, del que hay que despegar el periostio y extirpar esta masa para poder descubrir la zona de fractura. (Fig. 7). Por lo general, el acceso que así se consigue es suficiente para la mayoría de las maniobras; pero si se precisa ampliarlo se pueden desprender los ligamentos laterales juntamente con las tuberosidades de inserción, con lo que la articulación se hace totalmente accesible. Terminada la intervención estas tuberosidades se restituyen a su sitio con suma facilidad.

En las fracturas supracondíleas los ligamentos no se seccionan nunca ni es necesario hacer desprendimiento de inserciones musculares debido a que las lesiones se encuentran por encima de ellos. Esta incisión permite explorar al mismo tiempo los nervios cubital y radial. Con todo a la vista es fácil reponer los fragmentos fracturados en su ¿sitio, con precisión anatómica y fijarlos con clavos de Kirchner, preparados con anterioridad, dejando los extremos redondeados por fuera de la piel, para retirarlos 3 o 4 semanas después y empezar la rehabilitación funcional del codo, que se ha mantenido inmovilizado por medio del canal de yeso posterior o anterior. (Fig. 8).

COMPLICACIONES

Debido a la gran cantidad de elementos vasculares y nerviosos que atraviesan esta región, es lógico pensar que estas fracturas pueden complicarse fácilmente con lesiones de estas estructuras. Afortunadamente en la totalidad de los traumatismos del codo, solamente se presentan en el cuatro por ciento (4%) (3), en cambio en el grupo de las supracondíleas su incidencia se eleva a un diez por ciento, 10% (3). Debido a las graves consecuencias que conllevan, es sumamente importante su diagnóstico y tratamiento precoces; especialmente, como es obvio, en las lesiones vasculares que son las más graves y ameritan tratamiento inmediato. Las lesiones nerviosas nos permiten una espera prudencial, inclusive cuando hay sección total del nervio, ya que pueden repararse quince días más tarde e incluso cuatro a seis semanas posteriores a la fractura (3). Cuando se hace tratamiento cerrado y no se logra la coaptación anatómica de los fragmentos, quedan como secuelas deformaciones debidas a la consolidación viciosa, que con frecuencia es necesario corregir posteriormente, por medio de osteotomías en cuña o derrotatorías. Resumiendo, las complicaciones lejanas pueden reducirse a tres principales, la más grave es el Síndrome Isquémico de Volkman (2, 4, 8) conocido desde 1884 (2) y una de sus causas más frecuentes es la fractura supracondílea, incompletamente reducida. En el 80% de los casos es secundaria a compresión y espasmo vascular, producido por irritación, a nivel del foco de fractura.

Siguen en frecuencia las osificaciones post-traumáticas del codo (8), secuelas que consisten en depósitos calcáreos periarticulares, que se localizan en la cápsula, ligamentos y músculos, constituyendo la causa más frecuente de las limitaciones de los movimientos de la articulación de! codo (8). Pueden presentarse también, como dijimos antes, lesiones de los nervios cubital, radial y mediano (2, 3, 8, 10) que tienden a desaparecer a medida que mejoran las técnicas de tratamiento.

Finalmente tenemos, como deformaciones post-traumáticas, las desviaciones que producen "codo varo" o "codo valgo", que nos obligan a intervenciones correctivas, tardías, cuando el crecimiento está llegando ya al final de su curva. Estas deformaciones son siempre consecutivas a reducciones incompletas y por ende fácilmente eliminadas con la reducción anatómica que nos permite la reducción abierta.

RESULTADOS LESIONES TRAUMATICAS DEL CODO EN NIÑOS

EDAD: Hasta 12 años

PERIODO: 5 años

Fracturas Supracondíleas	Húmero Derecho	Expuestas	6
		Cerradas	46
	Húmero Izquierdo	Expuestas	5
		Cerradas	81
Fractura de Cóndilo	Derecho		7
	Izquierdo		5
Fractura de Epicóndilo	Derecho		2
	Izquierdo		3
Fractura de Epitroclea	Derecha		9
	Izquierda		3
Luxo-Fracturas	Codo derecho		2
	Codo izquierdo		3
Lesiones de Monteggia	Derecha (expuesta)		2
	Izquierda		3
			177
Sexo	Masculino		124
	Femenino		53
			177

LESIONES TRAUMATICAS DEL CODO EN HOMBRES MAYORES DE 12 AÑOS

Fracturas Supracondíleas	Húmero derecho	1
	Húmero izquierdo	4
Fracturas de Cóndilo	Derecha	1
	Izquierdo	0
Fracturas de Epicóndilo	Derecha	0
	Izquierda	1
Fracturas de Troclea	Derecha	2
	Izquierda	1
Luxo-fracturas	Codo derecho	0
	Codo izquierdo	2
Lesiones de Monteggia	Derecha (expuesta)	1
	Izquierda	0
	Total	13
Casos ilustrativos		2
	Total	15

LESIONES TRAUMATICAS DEL CODO EN MUJERES MAYORES DE 12 AÑOS

Fracturas Supracondíleas	Humero derecho	0
	Húmero izquierdo	1
Fracturas de Cóndilo	Derecho	0
	Izquierdo	0
Fracturas de Epicóndilo	Derecho	0
	Izquierdo	0
Luxo-fracturas	Derecho	0
	Izquierdo	1
Fracturas de Troclea	Derecho	0
	Izquierda	1
Fractura de Olecranón	Derecha	0
	Izquierdo	1
Luxación	Derecho	1
	Izquierda	1
	Total	6
Tratamiento quirúrgico		4
Tratamiento ortopédico		2

TRATAMIENTO		
Niños	Sin tratamiento	9
	Inmovilización simple	22
	Ortopédico	63
	Tracción olecraneana	11
	Quirúrgico	72
	Total	177
Adultos	Ortopédico	7
	Quirúrgico	14
	Total	21
	Total casos	198

RESUMEN

Se hace una revisión de las fracturas del codo y su tratamiento en el Hospital General, desde 1962, haciendo énfasis en la reducción abierta cuando hay indicación. Se revisaron 177 casos, en niños menores de 12 años y 21 en adultos, hombres y mujeres, haciendo un total de 198. 86 se trataron quirúrgicamente, 70 ortopédicamente, 22 con inmobilización simple y 9 quedaron sin tratamiento porque sus padres lo rehusaron.

SÜMMARY

At General Hospital of Tegucigalpa, 198 elbow fractures were rewieved from 1962, 177 in children **until** 12 years old an 21 in adults. 86 were trated by surgical procedures, 63 by orthopaedics measures and 22 with simple inmobilization. 9 were not treated because **their** parents refused the treatment.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—BLOUNT, W. P.: Fractures in Children. The William and **Wilkins** Co-, Baltimore, p. 21, 1955.
2.—BUNNEL: Surgery of the Hand, 3rd. Edition. J. B. Lippincott Co., Philadelphia, p. 242, 1956.
3.—CALANDRIELLO, B.: Fracture Recenti Dell Arto Superiore. Instituto Ortopédico Toscano "P. Palagi" Fierneze. Relazione del L Congreso Della Soc. Italiana Di Ortop. E Trau. Roma. 25 Ottobre 1965.
4.—CAMPELL'S: Operative Orthopaedics, 4th Edition. Vol. I. The C V. Mosby Co., Saint Louis, p. 117. 1963.
5.—COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS: Tratamiento de las Fracturas y Lesiones de Partes Blandas. Editorial Interamericana, S. A. México, p. 57, 1960.
6.—COMPERE-BANKS: Fracturas Atlas y Tratamiento, Editorial ínteramericana, S. A., México, p. 165, 1959.

7.—GRAY'S ANATOMY, 27th Edition. Lea and Febinger. p. 360, 19 ?
8.—HERNÁNDEZ ROS-CODORNIU, A.: **El** Codo, sus **Fracturas** y Luxaciones. Cirugía del Aparato Locomotor. **Madrid, 1945.**
9.—Me LAUGHLIN, H. L.: Trauma. Editorial Interamericana, S. A., México, p. 202, 1959.
10.—WATSON-JONES, sir Reginald: Fracturas y Traumatismos Articulares, Salvat Editores, S. A., Barcelona, **p. 514,** 1957.

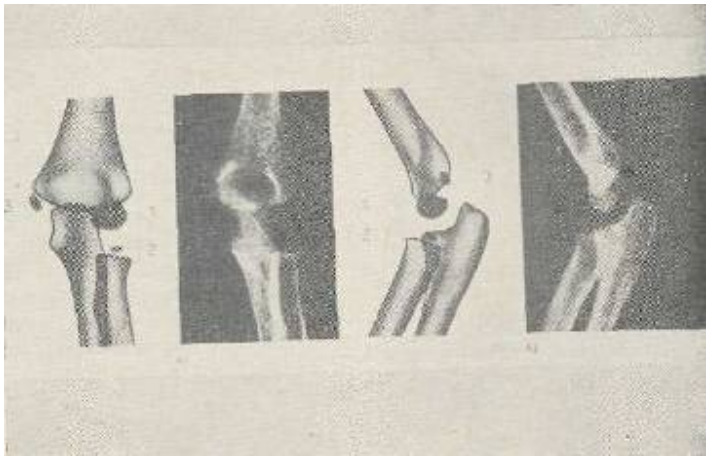


Fig. 1.—Niña de 4 años 1.—Núcleo de epicóndilo. 2.—Núcleo cabeza del radio. 3.—N de epitróclea

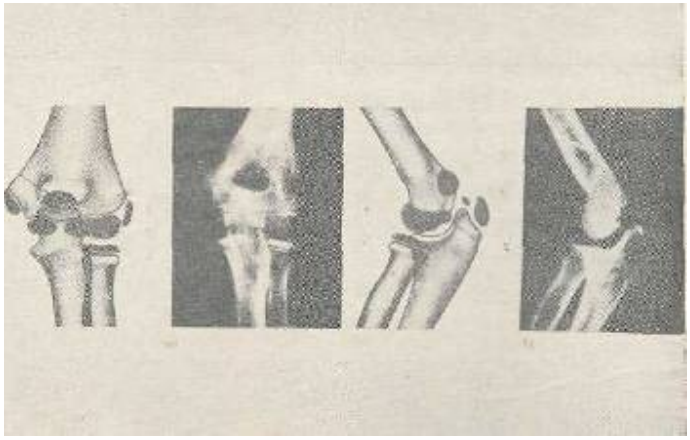


Fig 2.—Niño de 10 años 4—Núcleo de la tróclea 5.—Núcleo de epicóndilo. 6.—Núcleo de olecranón

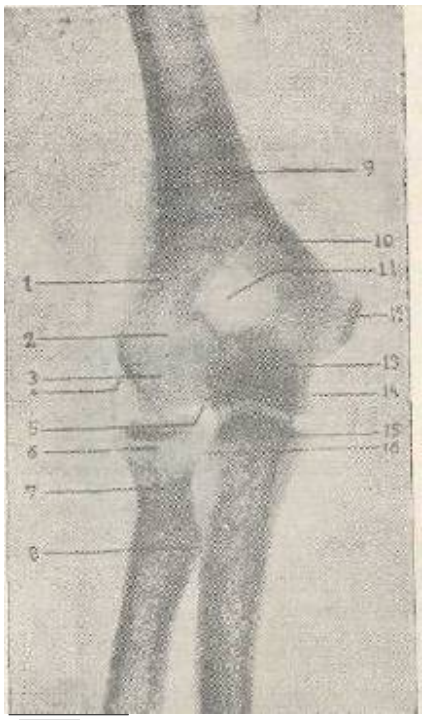
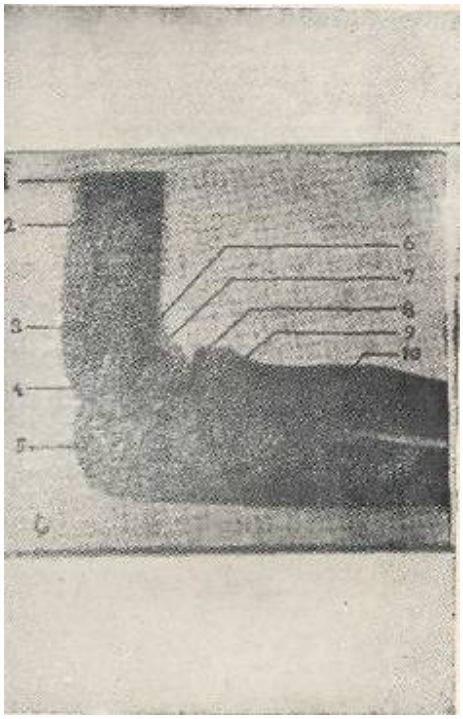


Fig. 3.—Proyección antero-posterior.

1.—-Pilar externo. 2.—Fosilla radial. 3.—Cóndilo. 4.—Epicóndilo. 5.—Relieve intercóndilo-troclear; 6.—Cabeza del radio. 7.—Cuello radial. 8.—Tuberosidad bicipital. 9.—Confluencia diáfiso-epifisaria. 10.—Pilar interno. 11.—Región *y* lámina interfosal coronoideo-olecrániana. 12.—Epitróclea. 13.—Olécranon, superpuesto a la tróclea. 14.—-Tróclea, carilla interna. 15.—Coronoides. 16.—Carilla articular sigmoidea (8).



Fíg. 4.—Proyección lateral

1.—Metáfisis. 2.—Cresta epitroclear. 3.—Epitróclea. 4.—Angostura troclear. 9.—Coronoides. 10.—Tuberosidad bicipital.

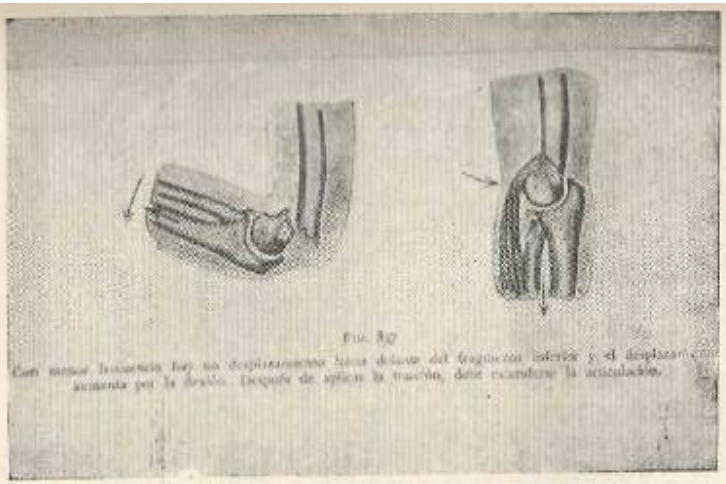


Fig. 5.—Las supracondilias posteriores se inmovilizan en Flexión Y las anteriores en extensión.

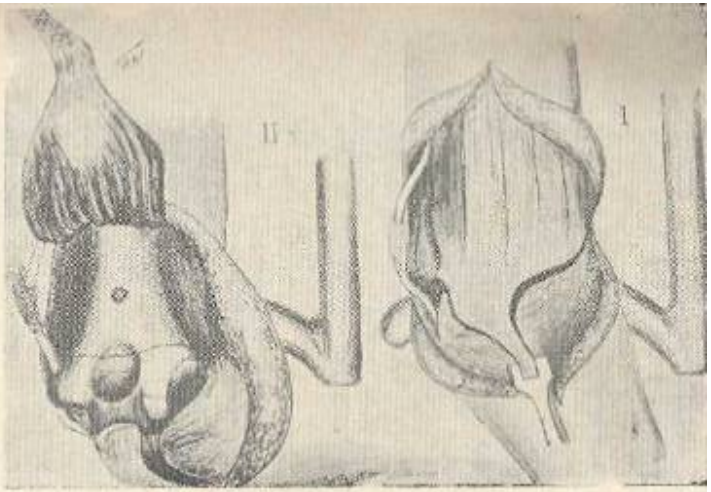


Fig. 6.—Incisión longitudinal interradio-cubital en el antebrazo.

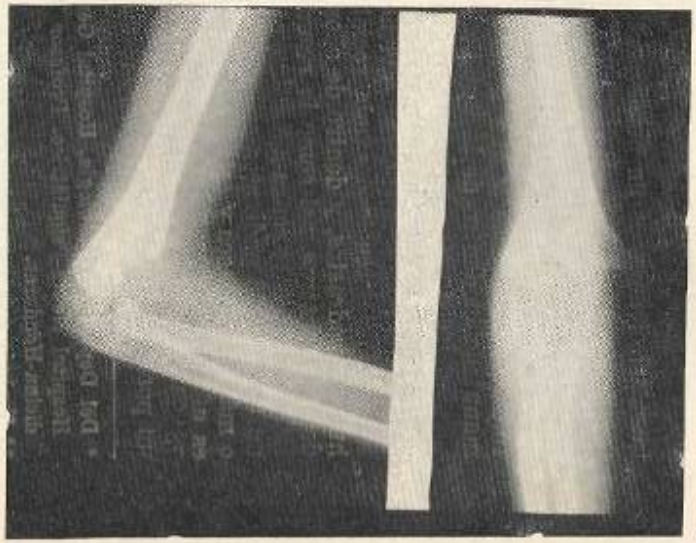


Fig. 7.—Nótese el hueso neo-formado en la cara posterior del húmero.

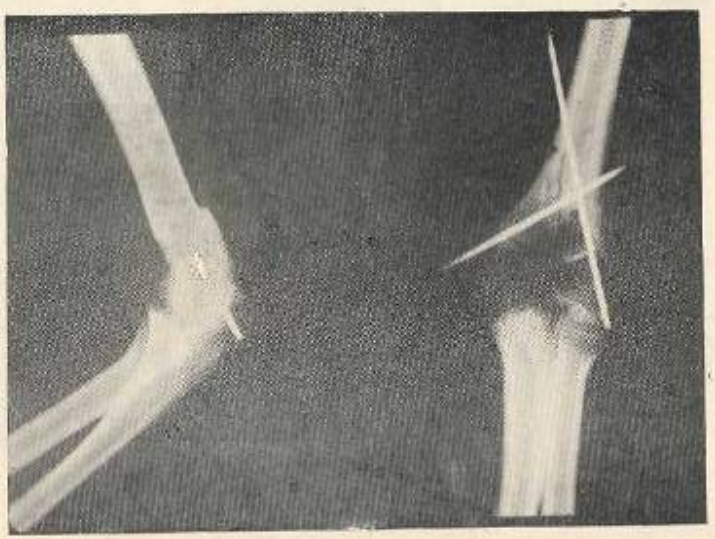


Fig. 8.—Clavos de Kirchner para fijación de los fragmentos.

Síndrome del padrastro"

Dr. Francisco León Gómez*

Una de las más constantes características de los hogares en las clases de bajo nivel económico en Honduras, es la inestabilidad e irresponsabilidad del jefe de la familia. No hablamos de padre, en el sentido literal de la palabra, porque el término no significa simplemente la acción de haber engendrado uno o más seres, sino que conlleva funciones determinadas de protección, manutención, apoyo físico y moral a la madre y la prole, que sino son llenadas en mayor o menor grado determinan una serie de acontecimientos desafortunados para los hijos (enfermedad, maltrato, deprivación afectiva, etc.) y eventualmente termina con la deserción del hombre del hogar. Es natural, que en una sociedad pobre, desorganizada y con escasa protección social, como es la hondureña, florezcan los casos de abandono de hogar por el padre, sobre todo en hogares formados por personas ineducadas, de escasos ingresos, o adictos al alcohol. La deserción del padre en este tipo de hogares constituye casi un patrón social, visto con tanta frecuencia que no requiere mayor ilustración. Pero que sucede con el hogar abandonado? ¿Qué hace la madre y los menores a quienes falta el apoyo del padre? Casi siempre son víctimas de una pobreza que aunque ya existía, se acentúa al faltar el padre, y la madre se ve obligada a abandonar el hogar para ganar el sustento propio y de los menores, situación que deja a estos últimos desamparados durante el día y expuestos a sinnúmero de peligros físicos y morales.

Frecuentemente, el lugar abandonado por el padre es tomado por otro hombre, quien se convierte en el padrasto del ya desorganizado hogar, y que casi siempre es un pobre sustituto paterno, ya que ha sido aceptado como tal por la madre e hijos por razones materiales, como un alivio económico *y* no como un elemento afectivo integral de la familia. A" su vez, el padrasto no muestra mayor interés en el bienestar de su nuevo hogar. y sus razones para su nuevo papel casi siempre son producto de sus instintos insatisfechos y aún a veces con la esperanza de encontrar fácil manutención dentro de la familia.

La frecuencia creciente con que hemos observado casos en que estos padrastos manifiestan interés sexual en sus hijastras nos movió a hacer un estudio en 145 menores provenientes de hogares pobres, y que habían requerido asistencia o ayuda social; buscando estudiar los casos en que hubiera padrastos, y dentro de ellos, cuantos habían abusado sexualmente de sus hijastras, así como la reacción posterior en la conducta de éstas. Estos datos se exponen a continuación en las tablas ilustradas, que arrojan un total de 78 padrastos en los 145 hogares; que corresponde a la mitad o más de los casos y que muestra por sí solo que, en, clases deprivadas, no es afortunado para las menores la existencia de un padrasto. De estos 78, 28 violaron a una de sus hijastras o talvez a varias de ellas, haciendo un porcentaje del 32%.

---

* Del Depto, de Neurología, Hospital General; Jefe de Sala, Psiquiatría de Mujeres, Hospital Neuro-Psiquiátrico. Profesor Titular de Psicopatologia, Facultad de Medicina-Honduras.

** Trabajo original presentado en el XII Congreso Médico Centroamericano en Tegucigalpa, estudio Dreliminar.

SÍNDROME DEL PADRASTRO
REVISIÓN DE 145 CASOS

Menores que presentaron problemas de conducta irregular —hurto, prostitución, rebeldía y deserción escolar; y que necesitaron asistencia social o ayuda de instituciones. El objeto del estudio fue valorar el número de casos en que las menores sufrieron abuso sexual por el padrastro, y las consecuencias patológicas para la familia, y la conducta de 3a menor.

Be las 145 menores, 85 .son internas del Centro Educacional de Belén y 60 son externas, todas del área de Tegucigalpa.

Del total (145), hubo 78 casos en que había padrastro en el hogar, (42%) y de estos 78, 28 abusaron de sus hijastras.

PORCENTAJES

Número de casos	**145**	%
Número de padrastros	78	52%
Padrastros violadores	28	32%

Posteriormente al abuso sexual, todas ellas, excepto 7, mostraron conducta de naturaleza antisocial, que previamente no existía o no se había manifestado abiertamente, y en la realidad cambió la rutina y desorganizó aún más el hogar en que vivían, y empeoró la relación afectiva, de por sí ya mala, entre los componentes de la familia.

Nótese en las ilustraciones que el nivel económico familiar es paupérrimo, y que los padrastros escasamente han cursado uno o dos grados de primaria.

Otro aspecto interesante lo constituye el hecho que al tener conocimiento las madres de la violación de su hija, 10 de las 28 mostraron escaso interés o reacción hacia el padrastro. Hecho este que nos hizo pensar si es siempre cierto que el lazo afectivo materno-hijo tiene igual significación en todos los niveles sociales, o si la depravación material e intelectual puede hacer que el sentido de protección hacia los hijos, ceda su puesto al de conservación de la familia como grupo, y que sería una explicación lógica a este aparente desinterés de la madre ante el abuso de la propia hija.

EDAD DE LAS MENORES

9 años	1
10 "	0
11 "	2
12 "	0
13 "	3
14 "	8
15 "	6
16 "	4
17 "	3
18 "	1

SITUACIÓN ECONÓMICA DE LOS HOGAR.ES

Sin ingresos	4
30 a 50 L	8
50 a 70 L	5
70 a **100** L	4
100 a 300 L	
	28

CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA POSTERIOR EN LAS 28 MENORES

Sin cambio	7
Cambios antisociales	12
Patrón relación sexual	6
Suicidio	2
Hurto	8
Agresión al hijo	4
Rebeldía	12
Mecanismos neuróticos	10
Psicosis	1

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE PADRASTROS Y DE LAS MENORES

	P	M
Analfabetos	9	3
2º Grado	6	8
3º Grado	2	4
4º Grado	3	3
5º Grado	5	6
6º Grado	2	2
Educación Sec	**1**	2
	28	28

28 **MENORES EN 145 CASOS, SUFRIERON ABUSO SEXUAL LA REACCIÓN MATERNA AL SABERLO FUE ASI:**

Disgusto sin reparación del marido	12
Separación inmediata	4
Separación y aviso a autoridad	2
Indiferencia	10
Total	28

De las 10 madres que reaccionaron con indiferencia, 8 eran analfabetas.

REACCIÓN DE LA MENOR AL ABUSO SEXUAL

Comunicación a la madre	8
Abandono del hogar	5
Aceptación de la situación	11
Conducta rebelde	4
Total	28

Once menores aceptaron la situación debido a:

4 ..... Miedo al padrastro
2..... Miedo a la madre
2 ..... Estaban de acuerdo
3 ..... No sabían qué hacer.

NOTA: Hubo 8 embarazos.

En la tabla que ilustra la reacción de las menores posteriormente al abuso sexual, es notorio que casi la mitad de ellas (11 de las 28) reaccionaron inmediatamente en forma pasiva, aceptando la situación consiguiente en un plan de resignación visto a menudo en sus propias madres y hermanas en trances angustiosos, (tales como muerte, enfermedad o desgracias físicas) ; tal pareciera que la providencia (si es que esto existe) al mismo tiempo que las hubiera desdotado, por así decirlo, también las hubiera dotado con un nivel de resignación sólo visto en nuestras clases ignoradas de América Latina, o de Asia, y no así en las clases pobres de países llamados desarrollados (negros en E.U.) quienes reaccionan casi siempre vio-

lentamente en casos similares de violación padrastro hija. La reacción pasiva de 11 de las menores puede compararse con la indiferencia demostrada por 10 de las madres. Se ilustran en esa misma tabla las razones expuestas por las menores por no haber protestado, algunas por miedo a la venganza física del propio ofensor, o miedo a la madre, o simplemente no saber qué hacer. 8 embarazos fueron la consecuencia de estas violaciones, y en 4 de estos casos las menores, después del parto, observaron patrones de conducta agresiva y de rechazo al hijo, o tendencia a abandonarlos.

En general, sólo 7 menores no tuvieron cambias antisociales posteriormente. En el resto, hubo definidas irregularidades que incluyeron hurto, rebeldía, mecanismos neuróticos, prostitución, vagancia.

No es posible decir con seguridad si estos cambios se hubieran presentado de todas maneras, aun sin haber mediado el trauma sexual.

El nivel de educación de los padrastros era escaso, y menos del promedio de educación presentado por las menores; sin embargo uno de ellos era director de un colegio secundario.

CONCLUSIONES

La revisión de 145 casos de menores con problemas de conducta, mostró que en 78 de ellos había padrastro, **y** que uno de cada tres había abusado sexualmente de la hijastra.

Las causas que favorecen este tipo de patrón familiar en Honduras son la ignorancia, pobreza, y falta de medios de vida para el individuo casi analfabeto; el síndrome social de violación de una menor por su padrastro, desencadena en casi todas ellas cambios de conducta antisociales, o exagera rasgos disocíales previamente existentes.

NOTA DE LA REDACCIÓN: Por considerarlo como trabajo original, el autor no presenta bibliografía de literatura médica similar. Este trabajo es preliminar, **y** será aumentado conforme aumenten los casos de este tipo.

EDITORIAL

al obrero en conflicto, al que desea lecturas, música y espectáculos de calidad; si ha brindado sus dones generosamente, con alegre pasión, con voluntad diáfana, cordial, limpia de demagogia, ciertamente la Universidad ha de estar satisfecha, pero su satisfacción ha de emplearla en centuplicar sus impulsos benéficos; pero si como entidad o en alguno de sus hombres **ha faltado a estos deberes, si no ha seguido el ritmo legítimo de la Revolución auténtica, si ha entorpecido el logro de las aspiraciones de sus hombres mejores, hora es hoy de despertar al sentido de responsabilidad universitaria y enderezar todo el esfuerzo de nuestra Casa, sin que alguna-de** sus **gentes incurra en remisión, hacia la conquista de los ideales que la nación tiene en nosotros cifrados; tiempo es de avivar el sentimiento revolucionario genuino, fecundo y constructivo de la Universidad.**

Sección informativa

Las inversiones y sus riesgos frente a las fluctuaciones monetarias

Pr. Julio C. Batres (*)

INTRODUCCIÓN

En el panorama económico-financiero de un país, las personas e instituciones que ahorran y las que invierten, se ¡uegan sin duda un pape] fundamental. Ninguna de estas dos personas tiene motivaciones similares, los ahorrantes u oferentes de capitales lo hacen por motivos de transacción, previsión y especulación (1) y en cada uno de estos casos el rendimiento, la seguridad y la liquidez son actitudes a considerar en mayor o menor grado.

Los inversionistas por su parte están en capacidad de acometer nuevos proyectos cuando las expectativas son favorables, y tienen la seguridad de que el rendimiento de las inversiones les brindará una tasa apropiada de beneficios.

Dentro de estas dos personas, (ahorrantes e inversionistas) existen las instituciones bancarias y crediticias que hacen fluir los capitales de un sector a otro. Naturalmente, hay ocasiones en que un inversionista se financia con sus propios ahorros, como las empresas cuando hacen uso de sus utilidades y reservas, o bien, cuando hay una línea de enlace directo entre ahorrador e inversionista.

Colocada, una ¡persona en calidad de ahorrante u oferente se le presentan dos canales principales hacia los cuales puede orientar sus recursos: a) las instituciones bancarias y de crédito y b) las empresas inversionistas.

a) Las primeras, son intermediarias, pueden ofrecerle transacciones de corto y largo plazo, siendo las principales los depósitos visto, a plazo o ¡sistemas de capitalización, además pueden ofrecer bonos, sean de la banca privada o del Estado; estas transacciones tienen una gama distinta de rentabilidad que dependen de la seguridad que da la operación, del período que permanecen y también de la liquidez, entendiéndose esta última como la posibilidad que ofrece un banco de devolver el dinero cuando lo requiera el ahorrante.

Las empresas pueden ofrecer también acciones y bonos, se distinguen de las primeras por su rentabilidad variable significando esto que el rendimiento de los títulos en algunos años puede ser mayor que en otros de acuerdo a las posibilidades de la empresa o el mercado. Los bonos por su parte tienen rendimientos constantes, y ya dicen expresamente cuanto han de devengar anualmente.

Otra posibilidad que tiene el ahorrante es de convertirse a su vez en inversionista sea en la creación o ampliación de empresas o utilizando sus recursos para la adquisición de bienes raíces; la primera alternativa produce rendimientos generalmente más elevados, aunque con mayores riesgos (de acuerdo a la rama de producción que elija), la otra alternativa es de menor rentabilidad pero ofrece más seguridad.

(*) Presentado en la VII Asamblea del Colegio Médico de Honduras. (1) Keynes, J. M. Teoría General de la Ocupación, el Interés y el Dinero.

Sin embargo todas las alternativas que tiene una persona o institución de utilizar sus recursos, ofrecen diferentes grados de riesgos, independientemente de que adquieran bonos, acciones, depósitos a plazo, préstamos directos o haga inversiones reales, obedecen a consideraciones que tienen que ver: 1) con la empresa y 2) y con la situación política y económica.

Respecto a la empresa, hay que tomar en cuenta factores tales como:

a) la clase de actividades que realizan, sus riesgos y garantías; por ejemplo, una empresa bancaria puede emitir bonos hipotecarios para financiar operaciones de largo plazo, la operación es de mucho riesgo pero en cambio de garantía hipotecaria suficiente.

b) La capacidad del mercado y sus características son elementas indispensables que determinan la demanda de los productos.

c) Las condiciones de los competidores.

d) La eficiencia en la organización.

Entre los factores políticos y económicos una persona siempre tiene en cuenta el grado de estabilidad política y económica que hay en el país, por lo general la carencia de ellas produce temores y cuando tienen su3 causas en los problemas de balanza de pagos (2) que hacen pensar en probables variaciones en los tipos de cambios, se generan los movimientos o huidas de capitales.

Hay también otros factores que estimulan esta salidas de capital, por ejemplo la nacionalización de la industria, altos gravámenes al capital y las tensiones económicas y políticas internacionales, etc. Estas últimas cuando son producidas en los países más desarrollados extienden su efectos a los otros con los cuales están ligados comercialmente, este aspecto se tratará de desarrollar especialmente ahora cuando uno de los temores es el que provoca la incertidumbre de que la moneda que tiene características de patrón mundial llegue a devaluarse.

CAUSAS POR LAS CUALES UN PAÍS DEVALUA SU MONEDA

Generalmente un país se ve en la necesidad de devaluar su moneda cuando ocurre un déficit crónico en la balanza de pagos; (3) estos déficit son propiciados por cualesquiera de las siguientes causas:

a) Aumentos o retiros muy rápidos del valor de las importaciones, y cuando no hay una correspondencia proporcional en las exportaciones.

b) Disminución del valor de las exportaciones.

c) Salidas de capital sin compensación.

Estas condiciones que ¡pueden tener su origen dentro del país por motivos de rigidez del sistema productivo, o bien ser generados en los demás países (resto del mundo) con los cuales comercia, (como ejemplo variaciones en los precios, cambios en los patrones de consumo, etc.) van produciendo una constante disminución de las reservas internacionales; pudiendo llegar hasta un punto en que ellas son insuficientes para cubrir el valor de las importaciones y otros compromisos.

Cuando esta situación ocurre, el país tiene la necesidad de variar sus tipos de cambio, los cuales son expresados generalmente en función de una moneda patrón, el dólar, o específicamente del oro; en un caso hipotético podría decirse que la relación del lempira respecto al dólar es de cuatro a uno, y en el segundo que el precio de compra del oro es de una cantidad superior a setenta lempiras por onza.

---

(2) David L. Grove, Política Monetaria en Países Sub-desarrollados. GEMLA

(3) Grove, David L. op. cit.

El efecto que se desea obtener con esta devaluación es por una parte desestimular las importaciones ya que entonces los bienes y servicios adquiridos valen más en términos de la moneda nacional, más por otra parte los precios de las materias de origen nacional y aún los salarios no aumentan en la misma proporción, estimulando en consecuencia las exportaciones. Es claro que estos efectos pueden ser contrarrestados cuando los otros países con los cuales se comercia ejercen iguales medidas. ejemplo, huidas de capital, inflaciones, etc. un país siempre está dispuesto a tomar otras medidas, para evitar llegar a ese extremo, a saber:

a) Utilizar las reservas para financiar los déficit.
b) Controles de cambio para establecer restricciones o condiciones especiales de comercio con los países con que se adquieren los déficit.
c) Uso de préstamos del extranjero, especialmente del Fondc Monetario Internacional quien otorga a sus miembros ciertas promesas de crédito (stand by) que puede hacer efectivo en los momentos críticas.

Pero también las condiciones que los motivan pueden originarse en otros países; de ese modo las devaluaciones en los países más desarrollados, repercuten inmediatamente en los países pobres y producen en éstos, fluctuaciones similares, las condiciones pueden ser como ejemplo las siguientes:

a) Los países como Honduras tienen la mayoría de sus reservas en moneda extranjera, el dólar; si perdiera valor esta moneda los bienes y servicia? que adquiera el país por ese motivo, se verían también disminuidos.
b) Las exportaciones que en un alto porcentaje son destinadas a los Estados Unidos, pierden valor, pues siempre se pagarían con dólares y éstos adquieren menos bienes en ese país.
c) Las importaciones se vuelven más baratas y como consecuencia se estimulan.

Esta situación de no producirse ajuste en el cambio Lempira-Dólar produciría una escasez de dinero de tal naturaleza que perjudicaría e! propio desarrollo del país por cuanto muchas industrias dependen del extranjero para su abastecimiento, el mismo desarrollo de las obras públicas por parte del gobierno podría verse interrumpido por esa misma carencia; pudiendo tener al final un penoso endeudamiento, que comprometería el desarrollo económico del país. En este proceso, las industrias netamente nacionales se verían afectadas profundamente por sus altos costos de operación y no podrían competir con las empresas extranjeras.

Más por otra parte, un país pequeño casi no tiene medios para cubrirse de las fluctuaciones monetarias que genera un país tan desarrollado, la alta dependencia del comercio exterior necesariamente lo haría caer en la misma situación de aquéllos, y al final se vería obligado también a devaluar.

Corresponde entonces, examinar la manera cómo afecta una devaluación a los ahorrantes e inversionistas para ello hay que hacer una distinción entre una devaluación a escala nacional y otra a escala internacional.

A escala nacional, los ahorrantes pierden confianza en sus instituciones monetarias y se generan los movimientos de capital hacia el extranjero por los temores a devaluaciones futuras. Como consecuencia de esta fluctuación, de la carencia de capitales y el alto costo que origina se vuelve inelástica la producción.

Cuando las devaluaciones del país, son consecuencia de las devaluaciones registradas en los países como Estados Unidos cuya moneda sirve de patrón y país del cual se depende económicamente; todos los sectores económicos del país se ven afectados, (5) aunque hayan buenos propósitos de la administración norteamericana por evitarle problemas a los países subdesarrollados. (5).

HAY SIGNOS QUE EVIDENCIAN UNA PROBABLE DEVALUACIÓN DEL DOLAR?

Como antes se señaló, el signo de importancia fundamental es el que ofrece un déficit crónico en la balanza de pagos y tal parece que desde 1949 a la fecha Estados Unidos, ha tenido déficit (excepción del año de 1957 {6 y 7) continuos que han reducido las reservas en oro de un máximo de 24.560 millones de dólares a una cifra actual de menos de 12.000 millones. La situación se ha agravado especialmente por el fuerte déficit de la balanza de pagos, estimado en cuatro mil millones para fines del año 1967 y también por los temores originados en la reciente devaluación de la libra esterlina que ha generado movimientos especulativos de capitales.

Naturalmente el país tiene una fuerte capacidad de producción que le permitiría salir sin problemas de la prueba del fuego pero los compromisos de orden político y económico con el, resto del mundo, obligan las. salidas de fuertes cantidades de capital y ponen en duda la afirmación anterior.

Hay también un grupo de países industrializados que integran el llamado "pulí del oro internacional." que estarían dispuestos a arriesgar sus activos para mantener la situación, pero solamente lo harían cuando Estados Unidos se comprometiera a equilibrar la balanza de pagos, condición que naturalmente es indispensable y aplicable a cualquier país que tenga problemas similares, pero que es probable Le ofrezca grandes problemas llevarla a cabo.

Las medidas conducentes a eliminar el déficit de la balanza de pagos tienen que ver con probables restricciones en las importaciones, "disminuciones en el volumen de préstamos al extranjero, los cuales afectan la reducción de las fuerzas militares y las actividades bélicas en el extranjero, si se tiene en cuenta que solamente la guerra de Viet-Nam ha aumentado los gastos de seis, mil a veintidós mil millones de dólares en 1967.

Naturalmente que una devaluación del dólar no le convendría política y económicamente pues la mayoría de los países tienen sus reservas en dólares y produciría un efecto depresivo en el comercio; y por otra parte estaría dándole oportunidad a la URSS de beneficiarse por su alta producción de oro.

Sin embargo las primeras cuatro medidas aún cuando se realicen, estarían contrarrestadas por el efecto inflacionista (9) observado en los últimos años el cual estimula las importaciones y desfavorece las exportaciones.

En resumen, las evidencias son claras, y ellas mismas estimulan los movimientos especulativos de capitales que tienden a agravar la situación, sin embargo, es necesario creer que los Estadas Unidos estarían dispuestos

---

(5' The E'conomist, 12/1/68. Pág. 7
(6) The Economist. 12/1/68. Pág. 7.
(7) Diccionario de Economía Política, Editorial Castilla, Pág. 257.
(9) The Economict op. cit.

a evitar repercusiones políticas y económicas desfavorables; y aunque la devaluación es la medida más aconsejable pues es un correctivo en el desequilibrio de la balanza de pagos, los efectos depresivos se dejarían sentir en todos los países con quienes tienen relaciones comerciales.

En estos momentos parece que hay la intención de reducir el déficit en la balanza de pagos mediante la puesta en práctica de las medidas anteriores, mientras ésto ocurra los países que integran el "pulí del oro internacional" también respaldarán a los Estados Unidos, en la política de mantenimiento del precio del oro, téngase cuenta que este compromiso no es de carácter filantrópico, sino el resultado de los fuertes intereses que los ligan. Por otra parte, si el Congreso aprueba suprimir la cobertura oro del dólar que ahora es de un 25% de la circulación monetaria, podrá respaldar la situación internacional del dólar con todas sus reservas (10).

CONCLUSIOSES

I) a) Todas las posibilidades que tiene una persona o institución de colocar sus recursos, tienen riesgos de diferente magnitud; cuando las operaciones son menos líquidas y de largo plazo, normalmente son retribuidas con altos rendimientos. Ej: las acciones de las empresas.

b) Otras operaciones menos rentables tienen la característica ofrecida por el emisor de los títulos, de poderlos adquirir en cualquier tiempo (liquidez), gozar, a veces, del respaldo del Banco Central **o** de garantía hipotecaría, y tener además un rendimiento constante

II Todas las alternativas de inversión están sujetas a riesgos, dependiendo éste de las condiciones que puedan llamarse inherentes a la empresa *y* de las condiciones sociales y económicas del país.

III) De los. mayores riesgos a que se somete un inversionista, son los que conciernen a las fluctuaciones monetarias, sobre todo cuando éstas van acompañadas de variaciones en los tipos de cambio, por el desencadenamiento de efectos inesperados que ponen en peligro **los** rendimientos y el propio capital.

Por eso, cuando se producen las variaciones en los tipos de cambio en un país, ellas van precedidas de *fuertes* movimientos de capitales, algunas veces con el propósito de protegerse y en otras ocasiones por motivos especulativos.

IV) De todas formas cuando el panorama en el resto del mundo no es muy claro, cuando el público no puede procurarse adecuada información acerca de la situación económica en el extranjero, cuando hay temores fundados en modificaciones de los tipos de cambio, es preferible invertir —en bienes raíces, valores **o** préstamos dentro del país, aun cuando los rendimientos esperados sean más bajos, a los ofrecidos en el extranjera.

V) La mayor garantía que ofrece la inversión en bienes raíces consiste en garantizar la existencia misma del capital, cuando se producen situaciones inestables dentro de la economía nacional.

---

(10) The Economist 26/1/68. (Publicada por The Economist Newspaper Ltd. 25 St. James Street. London SW. 1.

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

Anteproyecto de reforma al Reglamento de Ley de AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO DEFINITIVO. (*)

Dr. Manuel Carrasco Flores

CAPITULO I BASES

LEGALES Y FINES

Art. 19—Se establece el Fondo de AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO DEFINITIVO, para los Médicos afiliados al Colegio Médico de Honduras, de acuerdo con el Art. 4? inciso e) y f) de la Ley del Colegio Médico de Honduras, aprobado según decreto N^{9} 94 de 25 de junio de **1964.**

Art. 2o Son fines del AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO DEFINITIVO:

a) Proporcionar protección económica a los afiliados y sus here deros según lo establece este Reglamento.
b) Proporcionar protección económica a los afiliados que por inca pacidad permanente total para poder ejercer la profesión, o retiro profesional definitivo por edad.
c) Proporcionar ayuda económica a los afiliados mediante préstamos bien garantizados, de los fondos del AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO DEFINITIVO, cuando se establezca el sistema de cooperativa entre los afiliados.

CAPITULO II

PATRIMONIO

Art. 3^{1}?—El patrimonio del Fondo de AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO DEFINITIVO, consistirá en:

a) Las cuotas obligatorias para los afiliados determinadas por la Asamblea General y destinadas única y exclusivamente a los fines enunciados en este Reglamento.
b) La cantidad de DOS LEMPIRAS (L 2.00) obtenibles de cada certificación médica, extendida por los colegiados en pleno goce de sus derechos, y a este efecto se considerarán únicamente como válidos los certificados extendidos en papel sellado de primera clase, membretados y enumerados por el Colegio Médico de Hon duras, salvo, las excepciones de Ley.
c) Los donativos hechos a este fondo específicamente o que la Asamblea General tenga a bien asimilarlos a este fondo, por cualquier persona o institución natural o jurídica del país o del extranjero.
d) La diferencia entre el costo y venta del sello que cada colegiado deberá adquirir a través del Colegio, se abonará al fondo de AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO DEFINITIVO.

(") Presentado en la Asamblea General de 1968.

e) Se abonará al Fondo de AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RE TIRO DEFINITIVO, el 50% del superávit del presupuesto del Colegio Médico de Honduras a! final de cada ejercicio anual en lo que respecta a los gastos administrativos, después de practi cados y aprobado el auditaje correspondiente. Este traslado será acordado por la Asamblea General Ordinaria, después que se haya construido la sede.
f) Todo ingreso proveniente del manejo de fondos y obtenido en concepto de intereses, descuentos o cualquiera otra operación financiera, formarán parte del Fondo de AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO DEFINITIVO.

CAPITULO III

MANEJO DE FONDOS

Art. 4?—El Fondo de AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO DEFINITIVO, se manejará en cuenta bancaria distinta a los fondos generales de la Tesorería del Colegio Médico de Honduras, por un organismo integrado por el Presidente y Tesorero, asesorados por un personal o Institución necesaria especializada, para lograr el mejor y más claro manejo de dichos fondos de acuerdo con la resolución de la Asamblea General.

Art. 5?—El Tesorero que maneje los Fondos de AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO DEFINITIVO, será electo por la Asamblea General y deberá rendir fianza hipotecaria (no bonos de fidelidad) por un total del 50% de la cantidad que vaya a manejar durante su período. Será responsable civil y criminalmente del total de los fondos que maneje y no podrá ser reelecto, si previamente a la Asamblea General no pre-> senta un auditaje legalizado, y autorizado por el Comité de Vigilancia hasta el 31 de enero.

Art. 6?—Los cheques de expedición de estos fondos serán firmados por el Presidente y Tesorero del Colegio. Las órdenes de pago serán autorizadas por el Presidente y cuando se trate del pago de AUXILIO MUTUO deberán llevar el visto bueno del Fiscal.

Art. 79—Cuando se establezca la Cooperativa de Servicios Múltiples de los afiliados al Colegio Médico de Honduras, la Asamblea General podrá autorizar prestemos a aquélla, siendo el monto de éstos determinado por la Junta Directiva previo estudio. Estos préstamos por ningún motivo podrán superar el monto de los beneficios a pagar como máximo a tres colegiados.

Art. 8?—El Comité de Vigilancia del Colegio Médico de Honduras, verificará arqueos del Fondo de AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO DEFINITIVO, así como ordenar auditajes cada vez que lo estime necesario y obligatorio los arqueos dos veces al año, de los cuales informará a la Junta Directiva y a la Asamblea General.

Art. 9?—A los beneficiarios de acuerdo con este Reglamento de los afiliados del Colegio Médico de Honduras, cuya muerte acontezca durante el primer año de su afiliación y que tenga sus cuotas al día, se le pagará un beneficio único de DOS MIL LEMPIRAS (L 2.000.00).

Art. 10.'—A los beneficiarios de acuerdo con este Reglamento de los-afiliados del Colegio Médico de Honduras, cuya muerte acontezca durante el segundo año de su afiliación y que tenga sus cuotas al día, se le pagará un beneficio único de CINCO MIL LEMPIRAS (L 5.000.00).

Art. 11.—A los beneficiarios de acuerdo con este Reglamento de los afiliados del Colegio Médico de Honduras, cuya muerte acontezca durante el tercer año de su afiliación y que tenga su cuota al día, se le pagará un beneficio único de DIEZ MIL LEMPIRAS (L 10.000.00).

Art. 12.—A los beneficiarios de acuerdo con este Reglamento de los afiliados del Colegio Médico de Honduras, cuya muerte acontezca durante el cuarto año de su afiliación y que tenga sus cuotas al día, se le pagará un beneficio único de QUINCE MIL LEMPIRAS (L 15.000.00).

Art. 13.—A los beneficiarios de acuerdo con este Reglamento de los afiliados del Colegio Médico de Honduras, cuya muerte acontezca durante el quinto año de su afiliación y que tenga sus cuotas al día se le pagará un beneficio único de VEINTE MIL LEMPIRAS (L 20.000.00).

Art. 14.—A los beneficiarios de acuerdo con este Reglamento de los afiliados del Colegio Médico de Honduras, cuya muerte acontezca durante el sexto año de su afiliación y que tenga sus cuotas al día, se le pagará un beneficio único de VEINTICINCO MIL LEMPIRAS (L 25.000.00)1

Art. 15.—A los beneficiarios de acuerdo con este Reglamento de los afiliados del Colegio Médico de Honduras, cuya muerte acontezca durante el séptimo año de su afiliación y que tenga sus cuotas al día, se le pagará un beneficio único de TREINTA MIL LEMPIRAS (L 30.000.00).

Art. 16.—Todo colegiado al momento de afiliarse al AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO DEFINITIVO, está obligado a llenar de su puño y letra por duplicado la hoja en donde inscribirá sus beneficiarios, la cual firmará en presencia del Secretario o Delegado del Colegio, refrendándolas con su sello. La Secretaría llevará un libro de registro en donde anotará estos beneficiarios y será responsable del origina] de las hojas, el duplicado, será guardado por el Fiscal. En caso de no llenar este requisito y muerte del afiliado, el Colegio entregará a sus herederos declarados legalmente, el beneficio a que tenga derecho, todo de acuerdo con este Reglamento.

El afiliado puede cambiar los beneficiarios cuando lo desee, llenando los requisitos anteriores y haciendo constar que deja sin valor su anterior declaración, ante el Secretario del Colegio para que haga la anotación correspondiente en el. libro respectivo. Así como su aceptación, a las condiciones de este Reglamento.

Art. 17.—Para poder gozar de los beneficios del AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO DEFINITIVO no debe haber estado en mora el colegiado después del 1 de marzo de 1968, los que se afilien después de ese año, para poder hacer uso del AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO DEFINITIVO. Se exceptúan los colegiados solventes que tengan menos años de estar afiliados.

Art. 18.—Para tener derecho al uso del PLAN DE RETIRO DEFINITIVO por incapacidad, los colegiados además de estar solventes, de acuerdo con este Reglamento, harán la solicitud a la Junta Directiva que se acompañará de los siguientes documentos: a) Certificación de nacimiento, b) tres certificaciones médicas, en donde constará su incapacidad permanente por enfermedad y c) comprobante que no devengará, ni recibirá ningún salario por servicios profesionales.

Art. 19.—La Junta Directiva mantendrá vigilancia sobre los colegiados que estén bajo la protección del PLAN DE RETIRO DEFINITIVO por incapacidad, para evitar que puedan ejercer la profesión en alguna forma, y así percibir algún salario.

Art. 20.—Los colegiados aunque no hayan cumplido sesenta y cinco (65) años de edad y queden incapacitados definitivamente para ejercer

la profesión y no estén morosos, ni lo hayan estado al momento de producirse su incapacidad permanente, recibirán la protección del PLAN DE RETIRO DEFINITIVO aunque no hayan cumplido siete años de estar afiliados, al AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO DEFINITIVO.

Art. 21.—El colegiado que al cumplir sesenta y cinco (65) años de edad y haya cumplido con lo prescrito en el artículo N? 17 y 18 de este Reglamento y solicita la protección del PLAN DE RETIRO DEFINITIVO, se concederá, si previamente ha renunciado a todos los cargos relacionados con el ejercicio profesional, sean estatales, públicos, asistenciales, privados o docentes. De esta manera se evitará la duplicidad de salarios y además se dará la oportunidad a los colegas jóvenes, para que puedan ocupar las plazas que dejen vacantes quienes entrarán hacer uso del PLAN DE RETIRO DEFINITIVO.

Art. 22.—El colegiado podrá renunciar temporal o definitivamente al PLAN DE RETIRO DEFINITIVO, para poder continuar gozando de los privilegios del AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO DEFINITIVO o para poder aceptar cargos, aunque haya cumplido sesenta y cinco (65) años de edad. Quien, haya hecho uso del PLAN DE RETIRO DEFINITIVO por edad o incapacidad definitiva y renuncie a él temporalmente para aceptar cargos o ejercer la profesión, por ningún motivo volverá a tener los privilegios que tienen los beneficiarios del AUXILIO MUTUO, cuando el afiliado no ha hecho uso del PLAN DE RETIRO, aunque continúe solvente como es su deber.

Art. 23.—El colegiado que esté bajo la protección del PLAN DE RETIRO DEFINITIVO, recibirá mensualmente la cantidad de SEISCIENTOS LEMPIRAS (L 600.00), de los cuales se deducirá previamente sus cuotas de AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO DEFINITIVO, ordinarias y extraordinarias, así como las obligaciones que tenga con la tesorería del Colegio, cuando forma parte del PLAN DE RETIRO DEFINITIVO, por edad, o incapacidad permanente, el benéfico del AUXILIO MUTUO, que recbirán los beneficiarios al fallecer el afiliado, será única y por última vez la tercera parte del total a que tenga derecho al momento de empezar a ser protegido por el PLAN DE RETIRO DEFINITIVO. Cuando se trate de beneficiarios de afiliados que están haciendo uso del PLAN DE RETIRO DEFINITIVO por edad, aquéllas serán exclusivamente, la esposa o los hijos menores de edad y por ningún motivo otro heredero o persona, aunque no existan esposa o hijos menores de edad. Por tal motivo en su hoja de inscripción de beneficiarios hará constar su aprobación o acuerdo a este Reglamento el afiliado.

Art. 24.—Al morir un colegiado en pleno goce de sus derechos y solvente con el AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO DEFINITIVO, así como en todo lo relacionado con el tesoro del Colegio, los últimas derechos que tienen los beneficiarios inscritos son: a) Los que están bajo la protección del AUXILIO MUTUO, el pago total según los años que tenga de estar afiliado el colegiado; b) Los beneficiarios de los que están protegidos por el PLAN DE RETIRO DEFINITIVO: 1?) A los que están bajo la protección de incapacidad permanente, serán los que estén inscritos en la hoja de beneficiarios y 2º) a los que están bajo la protección por retiro por edad serán la esposa o hijos menores de edad, si existen en ambos casos y de acuerdo con este Reglamento al pago de la tercera parte del total a que tenga derecho el afiliado al momento de entrar a formar parte del PLAN DE RETIRO DEFINITIVO.

Art. 25.—La Junta Directiva del Colegio Medico de Honduras llevará un libro de actas en donde hará constar exclusivamente la entrega con testigo a los beneficiarios del auxilio a que tenga derecho al morir un afiliado; verificando de inmediato el pago correspondiente de acuerdo con este Reglamento, previa la identificación de los beneficiarios y la presentación por éstos del certificado de defunción del afiliado, autenticado cuando la muerte y enterramiento haya ocurrido fuera del país,

Art. 226.—La Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, una vez llenados los trámites que exige este Reglamento hará el pago del monto de AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO;-DEFINITIVO, conforme los deseos firmados en la hoja de inscripción de beneficiarios manifestados por el Colegiado.

Art. 27.—Con el objeto de ayudar a la creación del fondo para la construcción de la sede y el pago del manejo del AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO de la totalidad de ingresos anuales se deducirá el 2% el cual servirá para cubrir los gastos apuntados y el sobrante ingresará al fondo de la construcción de la sede del Colegio.

CAPITULO IV

MOROSIDAD

Art. 28.—Se considerará en estado de morosidad todo colegiado que a la fecha de su muerte tenga más de dos cuotas mensuales sin cancelar y se considerará como solvente al colegiado que no deba ninguna clase de cuotas u obligaciones al Colegio.

Art. 29.—El afiliado que al momento de sufrir un accidente o enfermedad que haga peligrar su vida y se encuentre moroso, no podrá cancelar su morosidad, ni lo harán sus beneficiarios, sino hasta que hayan pasado las causas que tuvieron en peligro su vida; ya en este caso, puede recuperar sus derechos de colegiado solvente.

Art. 30.-—Los beneficiarios de un afiliado ¿según su voluntad manifestada en su hoja de inscripción de éstos, cuando se encuentre moroso al momento de su fallecimiento, no tendrán más derecho que al valor total de las cuotas pagadas por el colegiado a la fecha de su muerte. El Colegio Médico de Honduras, se obliga al pago de estos valores única-, mente como fondo de rescate.

Art. 31.i—Los beneficiarios, según la voluntad del afiliado que a la fecha de su muerte adeude hasta dos cuotas, se le descontará el quíntuplo de las cuotas *no* pagadas del monto, total de los beneficios a que tuvieran derecho.

Art. 32.—Se considerará también en mora al beneficio de AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO, cuando el afiliado tenga cuentas pendientes con el Colegio Médico de Honduras y con la Cooperativa de Servicios Múltiples Limitada del Colegio Médico de Honduras, en este caso los beneficiarios según la voluntad inscrita por el colegiado, recibirán la diferencia entre el monto adeudado a los diversos organismos afiliados o dependientes del Colegio y el total a que tuvieren derecho los beneficiarios en el año del deceso del respectivo colegiado.

CAPITULO **V DE**

LAS CUOTAS

Art. 33.—Cada afiliado pagará a la Tesorería del Colegio Médico de Honduras, o a quien por resolución de la Asamblea maneje los fondos exclusivos de AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO DEFINITIVO, la cantidad de ..... (L.) mensuales.

Art. 34.—Dicha cantidad deberá ser pagada por adelantado dentro de los primeros cinco días del mes correspondiente. El afiliado que lo desee podrá pagar por adelantado sus cuotas hasta por un año; en caso de muerte del afiliado se le devolverán las cuotas adelantadas a sus beneficiarios.

Art. 35.—Las cuotas se pagarán en las Oficinas de la Tesorería de! Colegio Médico de Honduras o donde éste indique y cuando lo haga por medio de cheques será a nombre del Colegio Médico de Honduras. El colegiado que haga sus pagos por medio de giros o cheques, deberá enviar a la Tesorería el duplicado y una nota indicando, el mes que está cancelando.

Art. 36.—El monto de las cuotas mensuales del AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO no podrá ser modificado más que por resolución del 75% del total de los afiliados al Colegio Médico de Honduras.

CAPITULO VI

OTROS BENEFICIOS

Art. 37.—Este Reglamento podrá ser revisado y modificado en la Asamblea General Ordinaria del año de 1977, motivo por el cual la Asamblea General con un año de anticipación nombrará la comisión que hará los estudios correspondientes y los presente a la Junta Directiva, para que ésta a su vez con el tiempo necesario pueda enviar estos informes a los afiliados y éstos puedan en la Asamblea General discutir y aprobar las reformas convenientes.

Art. 38.—En cualquier caso el beneficio por muerte del AUXILIO MUTUO no podrá ser superior a TREINTA MIL LEMPIRAS ..... (L 30.000.00) y en caso de AUXILIO DE PLAN DE RETIRO DEFINITIVO, la cuota mensual a recibir por el afiliado no podrá exceder de SEISCIENTOS LEMPIRAS (L 600.00) mensuales.

Art. 39.—Los afiliados que después de estar protegidos por el PLAN DE RETIRO DEFINITIVO, renuncien temporalmente a él, aunque estén solventes en caso de muerte de éstos sus beneficiarios sólo tendrán derecho a la tercera parte del total de AUXILIO MUTUO, según sus años de afiliación, al momento de hacer uso del PLAN DE RETIRO DEFINITIVO, la primera vez. En el caso de los que estén protegidos por retiro de edad, sólo serán beneficiarios en caso existan la esposa e hijos menores de edad.

Art. 40.—Los afiliados que temporalmente renuncien a la protección del PLAN DE RETIRO DEFINITIVO por edad, pueden volver hacer uso de él, cuando lo comuniquen a la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, pero siempre bajo las condiciones que prescribe este Reglamento y si se ha mantenido y está solvente, durante su renuncia temporal al PLAN DE RETIRO DEFINITIVO.

Art. 41.—Queda autorizado al reaseguro de los afiliados, sobre todo cuando se trate de viaje aéreo colectivo de colegiados.

CAPITULO VII

DISPOSICIONES GENERALES

Art. 42,—Estas modificaciones al Reglamento de Ley del AUXILIO MUTUO Y PLAN DE RETIRO DEFINITIVO, serán discutidas y aprobadas, por resolución de la Asamblea General Ordinaria de 1968, conforme al proyecto presentado por la Junta Directiva y será sancionado en la Asamblea General Ordinaria de 1969, entrando en vigencia el día 1o de marzo de 1972.

Lev del Estatuto de Servicios Médicos

CAPITULO I **DISPOSICIONES**

GENERALES

Este capítulo contendrá;

a) La definición. Debe discutirse si la presente *ley* abarcará todo servicio médico prestado a instituciones estatales, autónomas, semiautónomas y particulares o si sólo será para las instituciones del Estado.
b) Loe casos especíales o particulares, que no estarán regidos por el Estatuto.
c) La aplicabilidad del estatuto en instituciones cuyas funciones difieren del ejercicio profesional rutinario. Ej. Universidad, Fuerzas Armadas, etc.

CAPITULO II DE LOS

FUNCIONARIOS Y PROFESIONALES MÉDICOS

a) Definirá quien será funcionario y quien profesional médico.
b) Sistemas de ingreso del médico a una institución.
c) Concursos.
d) Tiempo mínimo de ejercicio profesional para poder optar cargos en ciudades,
e) Requisitos de entrenamiento para optar cargos.
f) El contenido que deberá llevar todo acuerdo o contrarío.
g) Restitución del médico a nuevo cargo.

CAPITULO III **ESCALAFÓN,**

GRADOS Y REMUNERACIONES

a) Establecer un escalafón de 5 grados y una distribución 1O%,*15%, 20%, 30% y 25% para cada grado del primero al 5º respectivamente El encasillamiento se hará tomando en cuenta:

a) Formación académica, b) experiencia profesional, c) estudios de postgrado, d) experiencia administrativa, e) publicaciones en revistas acreditadas, nacionales y extranjeras, f) cargos desempeñados, g) tiempo de servicio en la institución, h) participación activa en sociedades u organismos extranjeros de su especialidad o actividad, i) distinciones meritorias por selección o elección de organismos extranjeros, j) labores desarrolladas en función gremial.

b) Salario base establecido en L 150.00 (ciento cincuenta lempiras) hora mes.
c) Aumento de salario por quinquenio equivalente a un 10% del salario anterior.
d) Salarios porcentuales, cuando se trate de trabajos especiales: Ej. que puedan alterar la salud, en lugares alejados, trabajos de máxima, responsabilidad, etc.
e) Porcentajes de aumento por jefaturas.

CAPITULO IV HORARIO DE TRABAJO E INCOMPATIBILIDADES

a) Contemplará lo que será tiempo completo.
b) Contemplará lo que será dedicación exclusiva.
c) Extensiones horarias.
d) Los cargos desempeñados simultáneamente que sean o no compatibles.

CAPITULO V DE LAS EVALUACIONES

En este título deben de formularse los renglones que servirán para evaluar al profesional médico en forma anual, para efectos de calificación.

CAPITULO VI FERIADOS, PERMISOS Y LICENCIAS

Deberá sujetarse este capítulo a lo establecido en la Ley de Servicio Civil.

CAPITULO VII REEMPLAZOS, COMISIONES Y TRASLADOS

CAPITULO VIII DE LA PREVISIÓN

Si la ley del Servicio Civil no contempla, nada al respecto puede acordarse que todo médico se sujetará a la previsión que acuerde el Colegio Médico.

CAPITULO IX

VACACIONES Y PERMISOS

Se regularán tomando en base la Ley de Servicio Civil.

CAPITULO X

BECAS

Este capítulo deberá reglamentarse de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública *y* Asistencia Social y el Consejo Superior de Planifican ción Económica.

CAPITULO XI FALTAS

Y SANCIONES

Capítulo que en lo posible, debe dejarse coordinado con el reglamento de Sanciones aprobado por el Colegio Médico.

CAPITULO XII DISPOSICIONES

TRANSITORIAS

Se contemplará en ellas lo que no ha podido capitularse y la vigencia del Estatuto Ley.

JUNTA DIRECTIVA DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

Proyecto Reglamento de Carrera Docente

_ i

DEFINICIÓN

Art. 1?—Se reglamenta la Carrera Docente de conformidad con lo establecido en el Capítulo V, de la Ley Orgánica de la UNAH, con el objeto de vincular el personal de la misma, cualquiera que fuese su categoría, a un sistema que garantice las condiciones de ingreso, ascenso, estabilidad y retiro.

_ JJ _

FINES

Art. 2?—Son fines del Reglamento del Personal Docente Universitario :

1) Establecer la docencia como carrera profesional;
2) Propiciar la superación profesional del personal docente univer sitario ;

3) Dotar a la Universidad, en forma progresiva, de un personal do cente eficiente, responsable y evolucionado, de acuerdo a los re querimientos de la enseñanza universitaria moderna;
4) Mejorar el nivel académico de la enseñanza universitaria;
5) Garantizar la estabilidad del personal y establecer el sistema de ascensos;
6) Precisar las condiciones legales y profesionales que el personal docente debe llenar para el cumplimiento eficiente de la función educativa; y
7) Promover el desarrollo integral de la educación universitaria.

— III —

OBJETIVOS

Art. 3^—El Docente será ubicado en uno de los Departamentos de la Universidad, de acuerdo a su especialización y a los intereses de la misma.

Ningún docente podrá ser asignado a más de un Departamento de la UNAH, pero podrá dentro del mismo, participar en más de una Cátedra, si tiene acreditada la preparación adecuada. Los servidos,, que preste en otra unidad universitaria se considerarán como de colaboración, sin que esto modifique su categoría.

Art. 4°—Quedan excluidos de lo dispuesto en el artículo anterior, los profesores encargados de cátedra en forma temporal, según el artículo 13 de este Reglamento.

— IV —

CLASIFICACIÓN Y FUNCIONES

Art. 59—Los servicios docentes y de investigación de la Universidad, de conformidad con su Ley Orgánica, se clasifican en las siguientes categorías de profesores:

1) Titular
2) Auxiliar
3) Instructor
4) Visitante.

Art. 69—Las categorías indicadas en los numerales I) y 3) del artículo anterior se dividen en grados, así: En la categoría de Titular:

a) Titular
b) Titular Adjunto
c) Titular Asociado

En la categoría de Instructor:

a) Instructor
b) Instructor Asistente.

Art. 79—Sin perjuicio de las demás que determina este Reglamento y otras especiales, serán funciones de los docentes, según su categoría, **las** siguientes:

Del Titular:

a) Tener a su cargo la responsabilidad total de una asignatura en diferentes cursos.
b) Programar con el Departamento sus tareas de docencia e inves tigación.

Del Titular Adjunto:
a) Desempeñar trabajo de docencia e investigación bajo la dirección del Titular o del Jefe del Departamento, a falta de aquél.

Del Auxiliar:
a) Cumplir las funciones docentes y de investigación bajo la direc ción del Titular Asociado, Titular Adjunto, del Titular o del Jefe del Departamento, según ese orden.
b) Asumir la responsabilidad interina de una Cátedra en ausencia del Titular. Este interinato no podrá durar más de tres años y no modificará su categoría.

Del Instructor:
a) Asistir, orientar y asesorar a los estudiantes bajo su responsa bilidad y cumplir las demás tareas que le sean asignadas por sus superiores en el orden jerárquico correspondiente.
b) En ningún caso podrá sustituir a Profesores Auxiliares o Titu lares en ¿sus funciones docentes.

Del Instructor Asistente:
a) Prestar su colaboración a los trabajos de la Cátedra bajo la dirección de las categorías docentes superiores.

Art. 8?—Los profesores visitantes serán contratados dentro de las categorías que determina este reglamento y sus funciones. Y remuneración se determinarán en el contrato respectivo.

Art. 9?—La Universidad reconoce también las siguientes categorías de Profesores:
1) Honorario
2) Jubilado
3) Ad-honorem

Art. 10.—El título de Profesor Honorario será conferido conforme al Reglamento de Distinciones Honoríficas de la Universidad.

Art. 11.—El Profesor Jubilado será el que se acoja a los beneficios del sistema de jubilación de la UNAH.

Art. 12.—Se considerará Profesor Ad-Honoren, la persona que en alguna forma participe en la enseñanza de cualquier unidad universitaria sin remuneración alguna Su nombramiento se hará en la misma forma que para el Visitante. No podrá participar en las deliberaciones del Departamento o Claustro de Profesores, salvo invitación especial.

Art. 13.—El Encargado de Cátedra, es el profesor que atiende, en forma temporal una cátedra, por no haber dentro del Departamento correspondiente el servidor con el entrenamiento adecuado para hacerlo. Su nombramiento será por contrato conforme convenga a los intereses de la Universidad por un período no mayor de tres años. Tendrá derecho a voz y voto en las deliberaciones del Departamento, pero no podrá tener más cargos que el que le corresponde dentro de ese Departamento. Su situación académica será la que le corresponde en el Departamento a que pertenece y este servicio a la Universidad le servirá únicamente en el otorgamiento de puntos para su ascenso. Su nombramiento se hará en forma similar al anterior.

Art. 14.—A los profesores visitantes que ingresen a la Carrera Docente y los Encargados de Cátedra se les acreditará el tiempo servido de acuerdo con el sistema de méritos y valoración de este Reglamento.

— V —

ELEMENTOS DE CLASIFICACIÓN, ASCENSOS Y SISTEMAS DE PUNTUACIÓN

Art. 15.—Los requisitos académicos para la clasificación dentro de las categorías docentes, son las siguientes:

1) Instructor Asistente: Estudiantes, haber aprobado el curso asignado en que colaborará.
2) Instructor: Egresado del último año universitario.
3) Profesor Auxiliar: Graduado de la Universidad de Honduras o Grado en el exterior con título equivalente a Licenciatura otorgada por la UNAH.
4) Profesor Titular Asociado: Graduado universitario o graduado en el exterior con grado académico equivalente a la maestría.
5) Profesor Titular Adjunto: Estudios de post-grado a nivel de maestría o grado académico equivalente superior a la Licenciatura de la UNAH.
6) Profesor Titular: Estudios de post-grado superiores a la maestría con los que se obtenga el grado académico más alto en el campo correspondiente y de aceptación internacional.

Experiencia docente requerida para cada categoría:

Profesor Auxiliar: Por ser el inicio de la carrera docente no se requiere experiencia.

Profesor Titular Asociado: Cinco años de experiencia para graduados en la Universidad de Honduras u otra de igual categoría, o ninguna experiencia si su formación académica es a nivel de maestría de una universidad de categoría superior.

Profesor titular Adjunto: Cinco años de experiencia a tiempo completo o diez años de experiencia a medio tiempo o veinte años de experiencia por hora. El titular Adjunto deberá prestar servicios a tiempo completo en la docencia.

Profesor titular: Diez años de experiencia a tiempo completo.

Art. 16.—Son derechos del personal docente de la Universidad los siguientes:

a) Gozar en forma automática de la remuneración y beneficios otorgados en este Reglamento de acuerdo con su categoría y puntaje, según el artículo 33 de este Reglamento.
b) Gozar de inamovilidad desde el inicio de la carrera docente después de haber servido dos años a la Universidad, a tiempo completo.
c) Participar en las reuniones de Departamento, con derecho a voz y voto, con excepción de los instructores.
d) Los visitantes sólo tendrán derecho a voz.

Art. 17.—En el sistema de puntuación en la carrera docente se tomarán en consideración los siguientes elementos:

1) Condición académica
2) Experiencia docente
3) Publicaciones
4) Trabajos de investigación
5) Idiomas
6) Cursos de Post grado y cursos cortos
7) Afiliación a asociaciones científicas
8) Otros grados universitarios
9) Cursos de mejoramiento pedagógico.

Art. 18.—A los diferentes Elementos de Clasificación señalados en el artículo anterior se aplicará el siguiente sistema de puntajes:

1) Formación académica;
   a) Título universitario equivalente a la licenciatura de la UNAH: 20 puntos;
   b) Maestría o grado académico equivalente superior a la Licen ciatura de la UNAH: 35 puntos;
   c) Estudios de Post Grado superiores a la Maestrea con los que se obtenga el grado académico más alto en el campo corres pondiente y de aceptación internacional: 50 puntos.

   Se computará:

2) Experiencia Docente:
   a) Dos puntos por cada año a Tiempo Completo
   b) Un punto por cada año de servicio a Medio Tiempo.
   c) Medio punto por cada año como profesor por hora.

   A los profesores por hora que tuvieren más de diez años de servicio a la fecha de aprobación de este reglamento .se les computará un punto por cada año de servicio.

3) Publicaciones:
   a) Libros de texto aprobados, para Enseñanza Universitaria hasta 10 puntos.
   b) Libros de texto aprobados para Educación Media, Hasta 5 puntos.
   c) Artículos originales (científicos, humanísticos o filosóficos hasta 3 puntos.

   Se computará un máximo de 20 puntos en total en caso de trabajos en equipo, se adjudicará el puntaje proporcionalmente al número de colaboradores.

4) Trabajos de Investigación:
   a) Director del Proyecto (Investigador principal) hasta 5 puntos.
   b) Co-Investigadores principales hasta 2 puntos.

5) Idiomas :

   Por cada idioma extranjero cuyo conocimiento sea certificado por una institución competente, en:
   a) Capacidad de Traducción, hasta 2 puntos.
   b) Dominio para poder recibir educación, hasta 5 puntos.

   Se contará hasta un máximo de 10 puntos.

6) Cursos de Post-Grado y Cursos Cortos:

   Se considerarán como cursos de post-grado aquellas que tengan una duración mínima de un semestre y que se tomen en un nivel superior a] grado académico que ostente el participante.
   a) Por cada semestre, 3 puntos.
      Se computará un máximo de 2 años
   b) Por cada curso corto, 2 puntos. Se computará un máximo de 10 puntos.
      Un curso corto tendrá una duración mínima de 60 horas docentes.

7) Afiliación a Asociaciones científicas, humanísticas o filosóficas internacionales. Por afiliación a asociaciones de los tipos men cionados, se computará por cada una, un punto hasta un máximo de 3 puntos.

8) Otros grados universitarios:
Por cada grado académico distinto al de su especialización se considerará una cuarta parte del puntaje correspondiente al indicado en el numeral 1) del artículo 16.
9) Curso de Mejoramiento Pedagógico, hasta 2 puntos.
Se computará máximo cuatro puntos por quinquenio.

Art. 19.—El puntaje mínimo para ascensos en la carrera docente será el siguiente:

Para Profesores Auxiliares, hasta 20 puntos. Para
Profesores Titular Asociado, hasta 35 puntos. Para
Profesor Titular Adjunto, hasta 60 puntos. Para
Profesor Titular, hasta 90 puntos.

— VI —

ASIGNACIÓN DE CATEGORÍA

Art. 20.—La Comisión Académica en carácter de Comisión de Carrera Docente, estará encargada de la aplicación del presente Reglamento. La Comisión podrá asesorarse en casos especiales, en la forma que estime conveniente.

Art. 21.—Todo aspirante a un ascenso deberá presentar toda la documentación pertinente a la Comisión antes del 21 de mayo de cada año.

Art. 22.—Implicando todo ascenso aumento de salario, la Comisión deberá dictaminar todo lo concerniente sobre el particular, en el período correspondiente de junio a septiembre. Será obligatorio para ello en consecuencia, presentar la lista de ascensos en la primera sesión del Consejo Universitario correspondiente al mes de octubre, previa comunicación sobre lo resuelto a los interesados.

Art. 23.—El docente que no estuviere conforme con las decisiones de la Comisión Académica, podrá pedir apelación ante el Consejo Universitario, el que resolverá basándose en un Dictamen razonado que le presentará una Comisión integrada por los Decanos y Director del CUEG.

Art. 24.—Los ascensos aprobados por el Consejo Universitario de inmediato pasarán a la Sección de Presupuesto de la UNAH para ser considerados en el presupuesto del año siguiente.

— VII —

JORNADA DE TRABAJO Y ESCALA DE SALARIOS

Art. 25.—La UNAH nombrará su personal por contrato, clasificándose en lo que a horas de trabajo se refiere, en cuatro categorías:

1) Dedicación exclusiva
2) Tiempo completo
3) Medio tiempo
4) Por hora.

Art. 26.-—Se entiende por dedicación exclusiva o tiempo integral, la ocupación de todo el tiempo del docente a servicio de la Universidad. Los docentes clasificados en esta categoría no podrán recibir remuneración alguna de entidad pública o privada, nacional o internacional, salvo que esto se considere como una gratificación o premio, por resolución del Consejo Universitario. La dedicación exclusiva no tiene carácter de obligatoriedad para los docentes de la Universidad.

Art. 27.—Se entiende por profesor a tiempo completo el que dedica c cuarenta (40) horas semanales a la Universidad en jornada diurna o treintiséis (36) horas en jornada mixta.

Art. 28.—El profesor a medio tiempo tendrá la obligación de servir a la Universidad veinte (20) horas semanales en períodos no menores de 4 horas diarias consecutivas.

Art. 29.—Los profesores por hora serán nombrados o contratados tomando en consideración alguna de las siguientes razones:

a) Porque el curso a impartirse no amerita más de una hora diaria de clase.
b) Por ser la asignatura complementaria u optativa en una unidad académica.
c) Por estar servida la asignatura por un profesor encargado.
d) Por tratarse de un profesor de méritos reconocidos, cuyo tiempo dedicado a otras funciones, no le permiten mayor dedicación a la Universidad.
e) Los que sirven cursos libres, patrocinados por la UNAH en pe ríodos de vacaciones.
f) Por razones de índole presupuestaria.

Art. 30.—Ningún profesor por hora podrá servir más de dos asignaturas diferentes y tampoco podrá acumular por las dos materias más de un total de seis horas semanales.

Art. 31.—La escala de sueldos mensuales conforme al presente reglamento, será la siguiente:

Sueldo base mensual por categoría:
Auxiliar, L 600.00 Titular Asociado, L
900.00 Titular Adjunto, L 1:200.00
Titular, L 1.600.00

Conforme al puntaje acumulado en cada categoría se otorgará un aumento sobre los sueldos base anteriormente indicados así: 3.3% por cada punto adicional para los auxiliares. 1.3% por cada punto adicional para los auxiliares titulares asociados 1.1% por cada punto adicional para los auxiliares Titulares Adjuntos 0.75% por cada punto adicional para los Titulares. Art. 32.—Los aumentos progresivos de salario dentro de la misma casilla, serán considerados por la Comisión a solicitud por escrito del interesado. No se otorgarán aumentos dentro de la misma casilla por apreciaciones de tipo personal, sino en base a méritos y puntajes.

Art. 33.—La escala de sueldos del artículo 31, se refiere a profesores de tiempo completo. Para profesores de medio tiempo la escala se aplicará en forma proporcional al tiempo de trabajo

Art. 34.—El Profesor por hora que se contrate en una cátedra a partir de la vigencia de este Reglamento, devengará un sueldo de Diez Lempiras por hora servida no considerándose como nueva contratación el cambio de Cátedra.

Art. 35.—La dedicación exclusiva solamente podrá ofrecerse en circunstancias especiales a profesores en las categorías de Asociado, Adjunto y Titular, en cuyo caso gozarán de un veinte por ciento (20%) de aumento sobre el sueldo que les corresponde de acuerdo con su clasificación.

Art. 36.—La propuesta de un servidor a dedicación exclusiva la hará la unidad correspondiente al Rector, quien a su vez la someterá a la

Comisión Académica y sólo las que fueren aprobadas por ésta, pasarán al Consejo Universitario para su ratificación o no.

Art. 37.—Por la naturaleza del trabajo las docentes a dedicación exclusiva se consideran que desempeñan cargos de Dirección.

Art. 38.—La contratación a dedicación exclusiva se podrá hacer en los siguientes casos:

a) El científico cuyos trabajos, al prestigiar en el ámbito internacional a la Universidad, necesite de ese tiempo para ello.
b) El Jefe de un departamento, que para cumplir sus funciones, necesite un número mayor de horas de las designadas al tiempo completo.
c) El profesor universitario cuyos conocimientos básicos de la institución ameriten su incorporación en organismos intrauniversitarios y cuyo trabajo implique más de ocho horas diarias.

Art. 39.—El profesor de tiempo completo dedicado únicamente a la docencia, tendrá la obligación de impartir un mínimun de doce (12) horas de clase a la semana. En el caso de los profesores que comparten la enseñanza con la investigación, el Departamento respectivo fijará el régimen de trabajo.

Art. 40.—El profesor de medio tiempo tendrá la obligación de impartir un mínimum de 6 horas de clase a la semana.

Art. 41.-—Todo docente universitario dedicado a la investigación tendrá la obligación de dedicar a la docencia por lo menos el veinte por ciento (20%) de su jornada de trabajo, en una asignatura afín a su campo de investigación.

Art. 42.—El profesor universitario, que por las características de su trabajo, tenga empleo remunerado en cualquier otra Institución u organismo y cuyos servicios deban prestarse dentro de un mismo horario, se le clasificará conforme a este Reglamento, pero el salario a devengar no podrá ser consignado en su totalidad, porque automáticamente lo convierte en un servidor con doble .sueldo.

Para ello ,1a Universidad le ofrecerá las siguientes alternativas: a) Completarle el sueldo de tiempo completo conforme al salario estatuida en este Regamento; b) la dedicación exclusiva.

Art. 43.—Para los fines de jornada de trabajo la Universidad se reserva el derecho de facilitar los servicios de cooperación de profesores en carácter de asesores a los organismos nacionales e internacionales que lo soliciten. Si éstos fueren, autorizados y el profesor recibiere remuneración por ello, el sueldo que les corresponde de la Universidad, no le será pagado, mientras duren sus servicios en el organismo solicitante a título de cooperación.

Art. 44.—El ascenso a Jefe de Departamento de un profesor implicará automáticamente una remuneración adicional del 15% sobre el sueldo base que corresponde a su categoría mientras ejerza dicho cargo.

Art. 45.—El ascenso a Decano, Director de División o Director de Carrera, implicará automáticamente una remuneración adicional del 20% sobre el sueldo base que corresponda a su categoría mientras ejerza, dicho cargo.

Art. 46[—Los profesores que asciendan a Jefes de Departamentos o Directores de Carrera mantendrán la obligación de impartir la asignatura que tuvieran a su cargo antes de la designación como tales.

Art. 47.—Todo docente de la UNAH tendrá derecho a un aumento del 10% de su salario por cada quinquenio. El aumento se computará sobre el salario con que inició el quinquenio vencido.

Art. 48.—La categoría mínima para desempeñar el cargo de director de carrera o Jefe de Departamento debe ser la de Profesor Titular Adjunto. En caso de no existir ningún docente con esta categoría se elegirá, en forma interina, al docente de tiempo completo con más puntaje.

CONCURSOS

Art. 49.—Para nombramiento de personal docente, los departamentos procederán a la apertura de un concurso de atecedentes especificando:

a) Características del cargo a llenarse, y
b) Requisitos que se exigen a los candidatos para el mismo.

Art. 50.—El plazo máximo para cumplir lo señalado en el artículo anterior, será de treinta (30) días a partir de la fecha de publicación del aviso, término en el cual, el Decano correspondiente, integrará una comisión formada por dos profesores y el jefe del Departamento respectivo que la presidirá, la que, después de evaluar los candidatos presentará el o los nombres de los concursantes según la calificación por méritos que resultare.

Art. 51.—La Comisión se reserva el derecho de entrevistar a los candidatos para efectos de una mejor decisión cuando dos o más tengan puntajes similares.

Art. 52.—Cuando en un Departamento se ofrezcan cargos de medio tiempo o tiempo completo por vacancia o creación y no impliquen jefaturas, serán considerados en primera instancia los docentes que desempeñen tiempo parcial o medio tiempo, y el llamado a concurso comprenderá exclusivamente a dichos profesionales. El aviso que llame a concurso interno, deberá expresar esta circunstancia.

VACACIONES Y PERMISOS

Art. 53.—Los docentes universitarios tendrán derecho a vacaciones, una vez al año, con goce íntegro de sueldo.

Art. 54.—La duración de estas vacaciones será de cuarenta y cinco días (45) calendario a partir del final del año académico (docente).

Art. 55.—Durante el período de vacaciones los docentes podrán prestar servicios extraordinarios a la Universidad que se remunerarán como tales, por un período no mayor de treinta (30) días

Art. 56.—Los calendarios de vacaciones en los Departamentos dedicados a Investigación, serán preparados por el Jefe del Departamento, de manera que no sufran menoscabo los servicios docentes o de investigación.

Art. 157.—Los jefes de unidad estarán autorizados para conceder en sus dependencias, por resolución fundada y cuando las circunstancias lo justifiquen permisos fraccionados o continuos, hasta por quince (15) días con goce total de sueldo, durante el año académico. Todo permiso se deberá comunicar por escrito y con copia a la Rectoría de la UNAH.

Art. 58.—Se podrá otorgar permiso sin goce de sueldo en los siguientes casos:

a) Por motivos particulares hasta dos meses en cada año académico;
b) Por trasladarse al extranjero con fines de mejoramiento académico o científico, hasta por dos años, salvo que se trate de beca concedida por la UNAH.

Los permisos a que se refiere el presente artículo sólo podrán ser concedidos por el Consejo Universitario.

Art. 59.—Los servidores universitarios tendrán derecho a un máximo de diez días de permiso anual, con goce de sueldo, cuando por iniciativa propia asistan a Congresos o Conferencias Nacionales e Internacionales de interés para la Universidad.

Estos permisos serán resueltos por la Junta Directiva correspondiente y no dan lugar a otros beneficios económicos. Si se excede de los 10 días, el excedente le será rebajado de su sueldo.

— VIH —

BECAS

Art. 60.—Los docentes universitarios podrán gozar de becas, de conformidad con el Reglamento respectivo.

— IX —

COMISIONES Y REEMPLAZOS

Art. 61.—El docente universitario que realice una comisión de trabajo fuera del lugar donde desempeña habitualmente sus labores, tendrá derecho a los correspondientes viáticos, de acuerdo al reglamento respectivo.

Art. 62.—Cuando un docente universitario, sustituya a un jerárquico superior, recibirá como estímulo por mientras dure la sustitución, un aumento de un diez por ciento (10) del sueldo base que le corresponde por clasificación, siempre que tal substitución no sea menor de un mes.

Art. 63.—Cuando un docente se ausente por motivos de estudio y con permiso reglamentario o por desempeñar cargos en organismos universitarios, internacionales, conservará su derecho a ocupar la cátedra a su regreso en igual condición por lo menos, computados ese tiempo como servicio docente.

— X —

OBLIGACIONES DE PERSONAL DOCENTE

Art. 64.—Son obligaciones del personal docente:

a) Cumplir con el número de horas de trabajo para el que han sido contratados.
b) Acatar las disposiciones reglamentarias y las que impartan sus superiores jerárquicos.
c) Cumplir con las disposiciones sobre docencia que emanen del Departamento.

— XI —

FALTAS Y SANCIONES

Art. 65.—Las faltas en que puedan incurrir los docentes se clasi- fican en tres grados: leves, menores y graves. Art. 66.—Se consideran faltas leves:

1) Inasistencia al trabajo sin motivo justificado en un cincuenta (50) por ciento de la jornada de trabajo o tiempo de trabajo.
2) Impuntualidad en el horario de trabajo.

3) Incumplimiento de las disposiciones generales' de disciplina emanadas del superior jerárquico.

Para los fines de este artículo se considerará que hay impuntualidad en los siguientes casos:

a) La llegada con diez (10) minutos de retraso en los profesores por hora y treinta (30) minutos en los de medio tiempo o tiempo completo.
b) Para que se considere cumplida la obligación de asistencia pun tual, el catedrático, por hora de clase, deberá impartir como mí nimo cuarenta y cinco (45) minutos.

Art. 67.—Se consideran faltas menores:

1) La repetición de una de las faltas mencionadas en el inciso ante rior por más de dos veces en una semana o tres veces en un mes.
2) Incumplimiento a una disposición específica y directa dada al docente por un superior jerárquico, para el desempeño de labores académicas.

Art. 68.—Se consideran faltas graves:

1) La violación al presente reglamento cuando no hubiere sido con siderada como falta en los numerales anteriores.
2) La repetición de hechos que produzcan la imposición de sanciones en el grado de falta menor por dos veces o más.
3) Participación en actividades que desprestigien la Institución o lesionen su autonomía.

Art. 69.—Además se considerarán motivos de destitución de un catedrático:

1) Incapacidad docente comprobada.
2) Utilización de la Cátedra para fines ajenos a los académicos.
3) Faltas graves a la moral y a la ética profesional.
4) Falsificación o alteración de documentos para su clasificación como docente.
5) Alteración de documentos, actas, registros, etc. relativos a la docencia universitaria.

Art. 70.—Las faltas leves serán sancionadas en la siguiente forma, según su gravedad:

a) Llamada de atención
b) Amonestación verbal
c) Amonestación por escrito.

Estas sanciones serán impuestas por el superior jerárquico inmediato con comunicación a la Dirección de la respectiva unidad Art. 71.—Las faltas menores se sancionarán con:

a) Amonestación pública.
b) Suspensión del cargo hasta por diez (10) días sin goce de sueldo.
c) Privación por un año de beneficios que otorgare la Universidad tales como: permisos remunerados, becas, etc.

Estas sanciones serán impuestas a solicitud del superior jerárquico inmediato, por el Consejo Universitario.

Art. 72.—Las faltas graves, según su grado y frecuencia, serán sancionadas conforme a la siguiente escala progresiva:

a) Suspensión del cargo sin goce de sueldo hasta por un mes.
b) Suspensión del cargo sin goce de sueldo hasta por un año.
c) Destitución.

La falta que se estime de carácter grave, obliga a levantar una información sumaria, con todas las formalidades habituales. La Junta Directiva designará la Comisión que levantará la información sumaria,

cuyos miembros no podrán ser jerárquicamente inferiores al Juzgado. Después de verificada la investigación correspondiente la Comisión pasará su informe a la Junta Directiva para las medidas pertinentes.

Art. 73.—Cualquier sanción a que diere lugar un docente quedará consignada en su expediente y *se* tomará en consideración para efectos de ascenso y goce de otros beneficios otorgados por la Universidad cuando ameriten por lo menos una suspensión del cargo según el inciso e) del artículo 89.

Las faltas menores y graves se sancionarán además con la rebaja del puntaje conforme a la siguiente escala:

a) La sanción de las letras b) y c) del Art. 68, 5 puntos.
b) La suspensión por 1 mes, 10 puntos.
c) La suspensión por 1 año, 20 puntos.

Art. 74.—Para la remoción de un docente de la Universidad, 3a denuncia podrá partir del Jefe del Departamento. La Junta Directiva de inmediato abrirá una investigación que tendrá una duración máxima de dos meses. Todo el expediente pasará a un Tribunal Especial formado por los Decanos y Directores de Centros Universitarios quienes resolverán en primera instancia.

Art. 75.—Las apelaciones se interpondrán dentro de los quince días siguientes a su notificación personal directamente y a la Secretaría del Consejo Universitario, para que este Organismo decida si hay lugar o no a la reconsideración de lo resuelto.

— XI —

JUBILACIÓN

Art. 76.—Todo servidor de la UNAH, tendrá derecho a ser jubilado, de acuerdo al Reglamento Especial elaborado para este fin, y en base a los siguientes criterios:

a) Funcionamiento de un sistema de previsión.
b) Tiempo de servicio dentro del sistema de previsión.
c) Escalas de beneficio proporcionales a los sueldos y antigüedad.

_ XII — **OTROS**

SERVICIOS

Art. 77.—Mediante reglamentación especial, la UNAH podrá disponer en el futuro, la implantación de otros servicios que vayan en beneficio de sus servidores, mediante sistemas de previsión con deducción de cuotas.

Art. 78.—En tos casos de terminación del Contrato de servicios, el docente tendrá derecho a reclamo de las indemnizaciones legales que en iguales casos corresponde conforme al Código de Trabajo.

Art. 79.—En caso de despido o destitución justificados, el docente no podrá volver a ser contratado por la UNAH.

— XIII — **DISPOSICIONES**

GENERALES

Art. 80.—Para reformar cualquier artículo del presente Reglamento se necesitará aprobación por el Consejo Universitario por dos terceras

partes de los votos de sus componentes. Debiendo ratificarse en la siguiente sesión por el mismo número de votos. En tanto no se cumpla lo aquí dispuesto la reforma no tendrá vigencia.

Art. 81.—Todas las disposiciones que se opongan al presente Reglamento, quedan derogadas

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Art. 82.—La aplicación del presente Reglamento no significará disminución de rentas para ninguno de los servidores de la UNAH. Si por las disposiciones en él contenidas, a alguno de los docentes le correspondiere un sueldo inferior al que actualmente goza, la diferencia se computará a los aumentos por quinquenios, aumentos de grado y puntaje.

Art. 83.—Los profesores actualmente en servicio que al momento de entrar en vigencia este Reglamento tengan cinco años o más de estar en servicios docentes, clasificarán en la categoría de Titular asociado por lo menos. Los demás deberán cumplir con los requisitos de este Reglamento.

Art. 84.—Los profesores por hora, que a la fecha de la aprobación de este Reglamento hubieren cumplido 25 o más años de docencia, se Exceptúan de la limitación establecida en el artículo 30.

COMISIÓN" ACADÉMICA

Instituto Nacional de Cardiología de México ofrece anualmente las siguientes plazas:

Doce plazas para Médicos Residentes en Cardiología, dos para Médicos Residentes en Cirugía Cardiovascular y tres para Médicos Residentes de Anestesiología en Cirugía Cardiovascular. Los beneficiados reciben enseñanza, alojamiento, alimentación, la retribución económica mensual y las prestaciones complementarias que a tales puestos hospitalarios corresponden.

Un corto número para Médicos Investigadores Ayudantes. Reservadas para quienes deseen trabajar activamente en un tema de investigación científica bajo la dirección del Jefe del Departamento respectivo, con un programa previamente aprobado por el Cuerpo Consultivo Técnico de este Instituto.

Treinta plazas para Médicos Ayudantes de tiempo completo que reciban adiestramiento en Cardiología, en alguna de sus ramas o en disciplinas conexas (electrocardiografía, radiología cardiovascular hemodinámica, fisiología, farmacología, anatomía patológica, nefrología, etc.), sin retribución económica y con duración de un año como mínimo y dos como máximo.

Todo solicitante deberá ser Médico graduado, haber trabajado la profesión al menos por tres años, o bien haber sido Médico Residente de un hospital de primera categoría por dos años, como mínimo; llenar el formulario de solicitud correspondiente y acompañarlo de los documentos *y* comprobantes que se mencionan en el mismo.

Los interesados pueden dirigirse al Sub-Director Médico del INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA, Av. Cuauhtémoc Num. 300, México 7, D. F.

COLEGIADOS POR ORDEN ALFABETICO

"A"

Aguilar Paz, Enrique
Alonzo Medina, Edgardo
Aguiluz Berlíoz, Oscar
Aguilar Barrientos, Gabriel Rafael
Arriaga Iraheta, Edgardo
Andonie Fernández, Juan A.
Alvarado Lozano, Rigoberto
Alvarado Lozano, Hugo
Alvarado Salgado, Francisco R.
Alvarez Santos, Manuel Efraín
Andino Matamoros, Armando
Alcerro Oliva, José Napoleón
Abularach Sabat, Francisco
Acosta Guifarro, Isidoro
Abud Handal, César Roberto
Alvarado Lozano, Carlos Alberto
Ayestas López, Claudio Leonardo
Alemán Quiñónez, Armando
Abadie García, César Augusto
Aguilar Antúnez, Reginaldo
Agüero Vega, René ...
Alcerro, Ramón ... ..
Andrade Tejeda, Rolando
Aguilar A., José Trinidad
Agurcia Membreño, Carlos
Abraham Galo, David
Ayala Avila, Saúl
Argueta Ariza, Ernesto
Azcona del Hoyo, Fernando F.
Ayestas López, Juan Francisco
Ayestas López, Guillermo
Alvarado Sagastume, Rómulo
Amaya Bográn, Antonio Ramón
Alcerro Castro, Mario
Almendares Bonilla, Juan
Aguilar y Aguilar, Rafael Antonio
Aguilera Romero, Rolando
Argueta Aguilar, Angel Ernesto
Atuán Simón, José
Almendares Irías, Juan Bautista
Ayestas López, Santos Darío
Aguilera Ponce, Rolando Alonso
Arriaga Chinchilla, José Rigoberto
Arita Chinchilla, Carlos Arturo

"B"

Bueso Gómez, Manuel
Bustillo Oliva, Guillermo
Barahona C., J. Rodrigo
Barahona, Edmundo Alejandro
Barahona Garay, Luis Alonso
Bobadilla, J. Antonio
Barahona Coello, Adán
Beaumont L., Austin Augustus
Bendaña Meza, Sergio
Banegas Montes, Virgilio
Boza Zerón, Adán
Batres Pineda, Julio César
Bennaton G., Carlos Alfonso
Bermúdez Bográn, Roberto
Bermúdez Milla, José Antonio
Bustamante C., María Cristina
Borjas V., Ernesto A.
Bendaña Medal, Renato
Barrientos Valle, Juan
Brevé Martínez, Roberto
Bendaña Medal, Luis Tirso
Bendaña Meza, Arturo
Bueso, Julio César
Baltodano Mejía, Federico
Benavides G., Juan Pablo
Bendaña Ulloa, Carlos Alberto
Bertrand Anduray, Tulio
Bulnes B., Martín A.
Bustillo R., Emilia
Bonilla Contreras, Adán
Bográn Idiáquez, Marco Antonio
Bueso Castillo, José Antonio
Bendaña Meza, Guillermo
Bueso Arias, Juan Angel
Bueso Arias, Luis
Bendaña Meza, René
Bendeck Nimer, Alberto C.
Barrientos Ventura, Oscar Adolfo
Boesh Matute, Raúl Fernando
Bueso Pineda, Arnulfo
Bueso Cáceres, Arturo
Bustamante, Luis Alonso
Bados Mendoza, Leonel Armando
Berlíoz Simón, Sady Edgardo

"C"

Custodio López, Ramón
Claros Fortín, Honorio
Cuéllar Martínez, Raúl
Corrales Padilla, Hernán
Carranza Velásquez, René
Collart Valle, Juan Ramón
Carrasco Flores, Manuel
Calderón R., Manuel Antonio
Cárcamo T., Tito Humberto
Cárcamo Tercero, Oscar Jacobo
Carías Oviedo, Rolando
Coello Oliva, Miguel Humberto
Castillo Moncada, Armando
Canales Zúñiga, Zulema
Castillo Antúnez, Mario
Cueva Villamil, J. Adán
Castro Reyes, José
Cáceres Vijil, Manuel
Cardona López, Virgilio
Castillo Handal, Selim
Caballero R., Armando
Caballero Mejía, Lucas
Cortés de Villeda, Martha
Callejas Zelaya, Luis
Cardona de Herrera, Hena Haydeé
Corrales Padilla, Cornelio
Cervantes Gallo, René
Casco Mazier, José Harold
Cuevas B., José Pablo
Castillo Barahona, Manuel
Carías Donaire, Gustavo
Cousin B., Luis Alejandro

Canahuati, Shibli M.
Castellón, Esteban
Cerna Salgado, Félix
Castellón Tercero, Prisciliano
Castellanos S., Plutarco
Cardona Chinchilla, Herlindo
Coello Núñez, Ramiro
Cálix Hernández, Roberto
Canahuati Mitri, Jamal Emilio
Caminos Díaz, Carlos
Castillo Molina, Danilo
Castillo Ochoa, José de Jesús
Cerrato Zelaya, Ciro Randolfo
Cuevas Recinos, Juan Ramón
Cruz Moreno, Enemecio
Corea Molina, Jorge A.
Cuestas Chinchilla, Luis Antonio

"CH"

Chávez Quán, Manuel Armando
Chavarría Suazo, Gilberto
Chavarría R., Santiago Ramón
Chirinos Velásquez, Raúl
Chirinos Velásquez, Manfredo

"D"

Durón Rivera, José Ramón
Downing Chavarría, Alberto
Díaz Bonilla, José Manuel
Domínguez de Murrillo, Mª Elena
Domínguez R., José Refugio
Durón Martínez, Raúl
Delgado, Carlos Antonio
Dávila, José Manuel
Delgado Pineda, Juan
Díaz Santos, Pablo
Díaz Maestre, Luis
Duarte de Lafitte, Olga
Dubón Martínez, Rodolfo
Díaz Salinas, René
De León Paz, Carlos
Durón García, Jorge Arturo
Díaz Lobo, Alfonso
Duarte M. de Núñez, Flora C.
Del Cid López, Juan Rafael
Delgado y Aguirre, Ricardo
Delgado Zepeda, Armando Nicolás
Dox Guillén, Francisco

"E"

Eibuschitz, Roberto
Estrada Domínguez, Anarda
Estrada Duarte, Rafael
Escoto Manzano, Ezequiel
Echeverría, Justo Manuel
Erazo Caballero, Servio Tulio
Escorcia H., Rafael de Jesús
Echeverri, Victoriano
Elvir Aceituno, Carlos
Echeverría, Manuel de Jesús
Espinoza Mourra, Dagoberto
Enamorado Castro, Edgardo
Elvir Girón, Luis

"F"

Fiallos Salgado, Julián Federico
Fiallos Montero, Denis
Florentino P., Guillermo
Fernández h., Eduardo
Fajardo h., Jerónimo
Faraj Rischmawy, Elías Alejandro
Ferrufino O., Ramón
Flores Fiallos, Raúl
Flores Flores, José René
Fajardo Cabrera, Hernán Danilo
Fiallos Fonseca, Ernesto Narciso
Ferguson Luna, Arturo
Fortín Midence, Benjamín
Fajardo Aguirre, Modesto
Figueroa Rodezno, Ramiro
Flores Fiallos, Armando
Figueroa Girón, Virginia
Férez Illa, Marcio César
Fiallos Montero, Denis
Fiallos Medina, Pedro Orlando
Figueroa Sarmiento, José Pablo

"G"

González Rosa, Virgilio
García Becerra, Guillermo
González Flores, Atilo
Gómez Robelo, Roberto
Godoy Sandoval, José Leonardo
Gómez Padilla, César Alberto
Girón Mena, Edgardo
García, Donaldo L.
Godoy Arteaga, Carlos
Gómez Núñez, Concepción
Gómez-Márquez G., José
Gúnera Aguilar, Napoleón
González O., Julio Augusto
Girón Aguilar, Arístides
Gálvez Robelo, Carlos M.
Gutiérrez Villafranca, Roberto
Guzmán Banegas, Alberto
García Erazo, Tomás
González H., Carlos Humberto
Gutiérrez López, Rodrigo
Gauggel C., José Eduardo
Guillén Pinel, Humberto
Galo Puerto, Ramón
Gómez Rivera, Daniel
García G., Jacinto Radegundo
Gómez Alvarado, Vicente
Girón Rodríguez, Miguel A.
Gómez Hernández, Nery
Guillén A., Jorge A.

"H"

Haddad Quiñónez, Jaime
Haddad Quiñónez, Jorge
Herrera Arrivillaga, Víctor
Handal Handal, Alberto Elías
Hilsaca H., Fernando
Hernández Meléndez, Pablo
Hernández Rodríguez, René
Hernández Canales, Miguel Angel
Hernández Santos, F. Alberto
Handal Handal, José Elías
Hiza Kury, Salvador
Herrera Cruz, Santiago
Herrera Cruz, Oscar Leonel
Henríquez Izaguirre, César
Hernández Cañadas, Vicente

"I"

Interiano, Rodolfo E.
Irías Cálix, Héctor Armando
Irías Miralda, Marco Tulio
Inestroza Zelaya, Javier
Interiano Rodríguez, Manuel
Interiano Rodríguez, Pompilio

"J"

Javier S., Carlos Alberto
Jiménez N., Rodolfo
Jiménez Leiva, Salvador
Joya Moncada, Pablo Ulises
Juárez Pereira, Leonardo

"L"

León Gómez, Francisco
León Gómez, Alfredo
Lozano Caballero, César
Larach Jamis, César
Laínez Núñez, Héctor
Lázarus Bernhard, Roberto
Lozano Matamoros, Ramiro H.
Lafitte Martínez, Enrique
Lara Zepeda, Juan .....
López Zelaya, Alejandro
Leiva Vivas, José María
López Villa, José Antonio
Lara López, Alejo
Larios Bonilla, Manuel Enrique
Larios Hernández, Saúl Enrique
Lanza, Mario Duilio
López Lagos, Rigoberto
Larios Contreras, Ramón
Lacayo Sánchez, Alfonso
Larios Ulloa, Jerónimo
Lagos Lagos, Wilberto
López Nieto, Marco Antonio

"M"

Midence Moncada, Ignacio Emilio
Márquez Cerrato, Antonio
Moreno Perdomo, Dagoberto
Mejía y Mejía, Miguel Angel
Milla Galeano, Horacio
Matamoros Flores, Benjamín
Moncada Medrano, Lucas Gregorio
Midence, Alfredo C.
Medina Nolasco, Aníbal
Munguía Alonzo, Salomón
Munguía Alonso, Luis
Moncada Amador, Miguel Rafael
Moncada, Miguel Roberto
Mejía Castro, Cándido
Medrano Díaz, Héctor
Medrano Martínez, Raúl H.
Mendoza F., José Trinidad
Martel Guillén, Pedro
Muñoz Mendoza, Miguel Rafael
Matute Canizales, Eugenio
Mendoza Alvarado, Amado Mario
Mencía Salgado, Daniel
Murillo Selva h., Francisco
Mannheim de Gómez, Eva
Madrid Zelaya, German Rigoberto
Montes Guerrero, Francisco
Martínez Ordóñez, José
Magarín Rosales, Julio César
Molina Castro, Rafael
Mejía Durón, Roberto
Medal, Mario Santos
Mena Baide, Benjamín Alfredo
Martínez Pinel, Carlos Alfredo
Monteya Alvarez, Juar
Martínez Valenzuela, Rafael
Moreno V., José Jacinto
Moreno Perdomo, Eduardo
Mena Díaz Galindo, Carlos
Meza Galeas, Ramón
Membreño Marín, Héctor
Mejía del Cid, Armando
Montes Guerrero, José Aníbal
Murillo Elvir, Sergio Arturo
Montenegro P., Leopoldo
Mejía Antúnez, Cornelio
Martínez Guillén, Andrés Arturo
Mc. Kinney, Mariano B.
Murillo Escobar, Francisco
Moncada Irías, José Máximo
Martínez Matamoros, Oscar
Muñoz Muñoz, Carlos Miguel
Mendoza Valdés, Clemente
Morales San Martín, Ramón
Membreño Padilla, Alejandro
Mejía Valladares, Enrique
Mariona Mejía, Antonio
Merino Zaldívar, Orlando
Murillo Escobar, Edgar Aníbal
Mayes Huete, S. Eduardo
Martínez Funes, José
Munguía Padilla, Carlos Elpidio
Martínez Castillo, Carlos
Martínez Boquín, Gustavo
Medina Nolasco, René
Matute Alvarez, Roberto A.
Montes Zepeda, Francisco Javier
Martínez Meza, Luis Edgardo

"N"

Núñez Ortiz, Joaquín Angel
Núñez Zúniga, Antonio Roberto

"O"

Osorio Contreras, Gilberto
Odeh Nasrala, Nicolás
Oviedo C., Raúl G.
Ochoa Reina, Efraín
Oviedo Padilla, Guillermo
Osejo Paz, Gloria
Orellana M., J. Humberto
Orellana, Carlos Alberto
Oliva Barralaga, Roberto
Oviedo Meza, Lisandro
Oviedo Pineda, Antonio
Ortega Ordóñez, León Adalid
Ochoa Alcántara, Ricardo

"P"

Pascua Leiva, Herman
Peraza Casaca, J. Antonio
Peña Zelaya, Guillermo
Pineda Tábora, Manuel
Pereira, J. Ramón

Ponce Ochoa, Marco Antonio
Pastor Zelaya, Rodolfo
Portillo G., Carlos F.
Pavón Leiva, Rafael Antonio
Pacheco Reyes, Jorge Alberto
Paredes Regalado, Leandro S.
Pineda Muñoz, Carlos Alberto
Pavón Aguilera, Armando
Pinto Mejía, José
Palma Molina, Jacobo
Ponce Ochoa, Marcial
Pérez Izaguirre, José Antonio
Ponce Tejeda, Felipe
Paredes P., Manuel Armando
Pineda Coello, Mario
Pineda Fasquelle, Constantino
Paredes Toro, Salvador Ramón
Paz Rivera, José Trinidad
Pineda Contreras, Octavio
Pérez Izaguirre, Manuel de Jesús
Pineda Santos, F. Humberto
Paredes P., Francisco Otomán
Pino Montes de Oca, Emilio Roy
Pavón Moncada, Mario
Ponce de Avalo, Reinaldo
Paredes Escoto, Marco Antonio
Pinto González, Ernesto Antonio
Pérez Estrada, Alberto Vicente
Pineda Escoto, José David
Paz Rivera, Juan
Paredes Toro h., Salvador Ramón

"R"

Rivera Reyes, Manuel de Jesús
Reyes de Paz, Olga
Ramírez Alfaro, Rigoberto
Raquel Sánchez, Pompeyo
Reyes Berlioz, Rodolfo
Rodríguez A., Reynaldo
Ramos Reina, Luis Vidal
Raudales de Midence, Martha
Rivera Wiliams, Carlos
Rivas Alvarado, Carlos
Rivera Reyes, Oscar Armando
Rivas Bustamante, Gustavo A.
Rivera Miyares, Jorge Alberto
Raudales Alvarado, Rodolfo A.
Romero Madrid, Manuel
Rivera Medina, Carlos Humberto
Raudales Barahona, Oscar
Riera Hotta, Abraham
Rivera Henry, Julio C.
Romero Madrid, Raúl Manuel
Reyes Soto, Joaquín
Rodríguez O., Conrado Ernesto
Rodríguez Soto, Gonzalo
Rivera Cáceres, José Augusto
Rivera Domínguez, Presentación
Rivera Suazo, Edgardo
Rivas, Mario Catarino
Rodríguez, Benjamín
Rivera N., José Benjamín
Rivera Vallecillo, M. Jesús
Reyes Quezada, José Lisandro
Rivera Fajardo, Elio
Rivera Reyes, Roberto
Rodríguez Izaguirre, Rigoberto
Rodríguez Leiva, Saúl
Ramos Funes, Carlos Ventura
Ramírez, Marco Antonio
Rivas García, José Armando
Ruiz Leiva, Rafael
Ramírez Castañeda, Orlando
Rosales Colindres, Martín U.

"S"

Sosa Vidal, Jesús
Salvadó Aguilar, Ramón
Sosa Alvarado, Manuel Esteban
Sandoval Pineda, Manuel Antonio
Sánchez Guevara, Angel Porfirio
Suazo Córdova, Roberto
Sabillón Leiva, Juan
Seaman Reyes, Julio
Salgado Martínez, Humberto
Salgado Molina, César Rodolfo
Sarmiento Soto, Manuel
Sierra Andino, Carlos
Sarmiento Acosta, Luis Alonso
Sikaffy Talamas, Jesús
Sequeiros Verde, Manuel
Sierra Lagos, Rafael Enrique
Saybe Cabús Jorge Martín
Sibrián C., Laudelino
Suazo Bulnes, Arístides
Samra Saykaly, Luis
Sosa Vidal, Marco Antonio
Sierra García, Donaldo
Sandoval Cálix, Wilfredo
Samayoa, Enrique Octavio
Sarmiento Soto, Marco Antonio
Sarmiento Soto, Ramón Alberto
Sierra Martínez, Edgardo
Sabillón Rivera, Oscar Rolando
Sevilla Rivera, Marco Antonio
Silva de Rivas, María Elena
Silva Godoy, José Luis
Salinas Portillo, José Luis

"T"

Talavera Westin, Eduardo
Tábora Bautista, José Eliseo
Torres Wills, Carlos Arturo
Torres Wills, Manuel Antonio
Tercero Mendoza, Rafael Antonio
Tróchez Sabillón, Gonzalo
Tinoco Araya, Eduardo
Torres Padilla, Benjamín
Tomé Abarca, Fernando

"U"

Ulloa D., Miguel A.
Ulloa P., Angel Augusto
Ulloa Vásquez, Ernesto

"V"

Valladares Rivera José Erasmo
Voto Delgado, José

Valladares Lemaire, Juan René
Velásquez Laínez, Armando
Vargas Funes, Angel Donoso
Vaquero Muñoz, Luis
Villeda Soto, Juan José
Velásquez V., Víctor Manuel
Valerio Pazzetti, José René
Venegas Flores, Arturo Joaquín
Villanueva Doblado, Jorge Alberto
Vallecillo Toro, Gaspar
Valle Mejía, Carlos Arístides
Villela Vidal, Ricardo
Valle Mendieta, Teodoro
Vallecillo Toro, Octavio César
Velásquez Suazo, Fausto
Villeda Chinchilla, Roberto
Varela Mejía, Fausto José
Velásquez G., José Ramón
Villafranca Soto, Terencio
Villela A., Miguel Angel
Villeda Morales, José Ramón .
Valenzuela, Juan Ramón
Villalobos Castillo, Juan Roberto
Vásquez, Jesús Alberto
Velásquez Cruz, Danilo
Vides Turcios, Marcial
Valenzuela Guerrero, Rodolfo
Valle Siguí, Héctor Augusto
Vallejo Larios, Víctor Manuel
Vijil Osorio, Julio César

"Y"

Ynestroza López, Luis
Youngberg Strephen, Aaron

"Z"

Zelaya Appel, Julio Antonio
Zelaya Flores, Juan Evangelista
Zúñiga Durón, Silvio Renato
Zelaya Smith, Jorge M.
Zúniga, César Augusto
Zelaya Ramírez, Angel
Zúniga Díaz, Gustavo Adolfo
Zepeda Raudales, Adán
Zavala Castillo, Octavio
Zepeda Turcios, Roberto
Zavala Chirinos, Alejandro
Zelaya Pinel, Arturo
Zepeda V., Francisco Salomón
Zúniga Ortega, Raúl Enrique
Zelaya Martínez, Rafael
Zambrana Castillo, Mario Alfredo
Zúniga Lagos, Alejandro
Zúniga h., Gustavo Adolfo
Zúniga Amador, Darío
Zerón Ortega, Roberto

Colegio Médico de Honduras

JUNTA DIRECTIVA 1967-1968

PRESIDENTE .....DR. ABRAHAM RIERA HOTTA
VICE-PRESIDENTE .....DR. ENRIQUE AGUILAR PAZ
SECRETARIO .....DR. FRANCISCO ALVARADO S.
PRO-SECRETARIO .....DR. ADAN BOZA h.
TESORERO .....DR. FRANCISCO MURILLO SELVA
PRO-TESORERO .....DR. ENRIQUE O. SAMAYOA
FISCAL .....DR. VIRGILIO BANEGAS MONTES
VOCAL 1º.....DR. IGNACIO E. MIDENCE MONCADA
VOCAL 2º.....DR. CESAR A. ZUNIGA

COMITE DE VIGILANCIA

DR. EDGARDO ALONZO MEDINA
DR. ANGEL D. VARGAS

TRIBUNAL DE HONOR

PROPIETARIOS:

DR. JOSE MARTINEZ ORDOÑEZ — DRA. EVA MANHEIM DE GOMEZ
DR. SALOMON PAREDES REGALADO — DR. MANUEL CARRASCO FLORES
DR. CARLOS M. GALVEZ — DR. JULIO C. BATRES PINEDA

SUPLENTES:

DR. AUGUSTO RIVERA CACERES — DR. CANDIDO MEJIA CASTRO

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION MEDICA HONDUREÑA

PRESIDENTE .....DRA. EVA M. DE GOMEZ
SECRETARIO .....DR. ENRIQUE SAMAYOA
TESORERO .....DR. JOSE CASTRO REYES

ASOCIACION HONDUREÑA DE NEUMOLOGIA Y CIRUGIA DEL TORAX

PRESIDENTE .....DR. CANDIDO MEJIA CASCO
SECRETARIO .....DR. J. AUGUSTO RIVERA CACERES
TESORERO .....DR. RAUL FLORES FIALLOS

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA DE HONDURAS

PRESIDENTE .....DR. R. ASDRUBAL RAUDALES A.
SECRETARIO .....DR. RAFAEL MOLINA CASTRO
TESORERO .....DR. FRANCISCO LEON GOMEZ

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION DE PATOLOGIA Y RADIOLOGIA CLINICAS

SECRETARIO GENERAL .....DR. JORGE RIVERA
TESORERO .....DR. RAMON PEREIRA

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION QUIRURGICA DE HONDURAS

PRESIDENTE .....DR. JOSE GOMEZ MARQUEZ
SECRETARIO .....DR. LUIS SAMRA
TESORERO .....DR. ANTONIO BERMUDEZ MILLA

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE OTORRINOLARINGOLOGIA

PRESIDENTE .....DR. J. NAPOLEON ALCERRO O.
SECRETARIO .....DR. ENRIQUE AGUILAR-PAZ
TESORERO .....DR. JOSE CASTRO REYES

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION PEDIATRICA HONDUREÑA

PRESIDENTE	DR.	ADAN ZEPEDA
SECRETARIO	DR.	ALBERTO BENDECK
TESORERO	DR.	JOSE ELISEO TABORA

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

PRESIDENTE	DR.	CESAR A. ZUNIGA
SECRETARIO	DR.	ANTONIO BERMUDEZ MILLA
TESORERO	DR.	FRANCISCO MONTES

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION HONDUREÑA DE TISIOLOGIA

PRESIDENTE	DR.	RAUL FLORES FIALLOS
SECRETARIO	DR.	EDGARDO GIRON M.
TESORERO	DRA.	EVA MANNHEIM DE GOMEZ

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGIA

PRESIDENTE	DRA.	ZULEMA CANALES Z.
SECRETARIO	DR.	J. MANUEL ECHEVERRIA F.
TESORERO	DR.	ARMANDO RIVERA R.

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE HONDURAS

PRESIDENTE	DR.	ALEJANDRO ZUNIGA
SECRETARIO	DRA.	MARTA R. DE MIDENCE
TESORERO	DR.	ELIAS FARAH

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA

PRESIDENTE	DR.	CESAR LOZANO CABALLERO
SECRETARIO	DR.	HECTOR LAINEZ N.
TESORERO	DR.	JESUS RIVERA h.

ASOCIACION HONDUREÑA DE MEDICOS SANITARISTAS

PRESIDENTE	DR.	CARLOS RIVAS ALVARADO
SECRETARIO DEL INTERIOR	DR.	ANGEL PORFIRIO SANCHEZ G.
SECRETARIO DEL EXTERIOR	DR.	JULIO A. GONZALEZ
TESORERO	DR.	CARLOS A. PINEDA

DIRECTIVAS Y SOCIOS
DIRECTIVA DE LA ASOCIACION MEDICA SAMPEDRANA

PRESIDENTE	DR.	J. RAMON VALENZUELA
SECRETARIO	DR.	ADAN BARAHONA COELLO
TESORERO	DR.	PEDRO MARTEL

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION MEDICA CEIBEÑA

PRESIDENTE	DR.	RIGOBERTO RODRIGUEZ
SECRETARIO	DR.	ENRIQUE LAFFITE MARTINEZ
TESORERO	DRA.	OLGA DUARTE DE LAFFITE