

# Revista

# MEDICA HONDUREÑA

(2a. Epoca)

ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS  
FUNDADA EN 1930

## Sumario

### EDITORIAL

Dr. Gaspar Vallecillo h.

Pág. 2

### TRABAJOS CIENTIFICOS

#### CIRUGIA ONCOLOGICA-FUNDAMENTOS

Angel E. Argueta

" 4

#### HUEVOS DE TREMATODO EN LA CAVIDAD PERITONAL DE UN HOMBRE EN HONDURAS

P. C. Beaver, R. A. Durón M. and M. D. Little

" 7

#### REVISION DE BACTERIURIA ASINTOMATICA EN 764 EMBARAZADAS DE CLINICA PRIVADA

Dr. Enrique Samayoa M.

" 12

#### ALCOHOLISMO Y MEDICINA

Dr. Francisco León Gómez

" 18

#### ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL EJERCICIO PROFESIONAL MEDICO EN HONDURAS

Dr. Asdrubal Raudales A.

" 21

#### LA BIBLIOTECA MEDICA Y EL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

Lic. Rosa Amalja de Zavala

" 26

### SECCION INFORMATIVA

#### REGLAMENTO DE LA REVISTA MEDICA HONDUREÑA

" 30

### SECCION GREMIAL

#### ORGANISMO DE GOBIERNO DEL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS", 1977-1978

" 35

*Revista*

# MEDICA HONDURENA

(2a. Época) ÓRGANO DEL  
COLEGIO MEDICO DE HONDURAS  
F U N D A D A E N 1 9 3 0

---

---

## CONSEJO EDITORIAL

DR. GASPAR VALLECILLO h.  
Director

DR. CARLOS JAVIER Z.  
Secretario

Cuerpo de Redacción  
DR. JORGE A. GONZÁLEZ C.  
DR. RENE HENRIQUEZ  
DR. CARLOS GUTIÉRREZ  
DR. ÓSCAR GONZÁLEZ A.

Administración: "COLEGIO MEDICO  
DE HONDURAS"

Oficina "Colegio Médico de Honduras", Tegucigalpa, D. C. Tel. 22-5466  
Apartado Postal W 810

**SE SOLICITA CANJE**

---

---

Honduras Industrial, S. A-

## EDITORIAL

Este es el primer número de la Revista Médica Hondureña correspondiente a los meses de enero, febrero y marzo de 1977, llevamos varios meses de atraso en la publicación, debido a los problemas que comentamos en la edición anterior, sin embargo estamos saliendo adelante y esperamos en corto tiempo poder estar al día con nuestro cometido, gracias a la ayuda de los colegas que nos hacen llegar los trabajos para su publicación.

Hacemos un nuevo recordatorio a los médicos del país que gustan de la investigación para que divulguen por este medio sus esfuerzos a fin de dar a conocer nuestra medicina y sus adelantos. En este número incluimos el Reglamento vigente de la Revista Médica Hondureña, que todos debemos conocer para que sirva de guía a nuestros propósitos. A partir de la siguiente edición, se incluirá en la contraportada los requisitos para la publicación de trabajos, lo que evitará el retraso en la elaboración de los escritos que deseamos sean incluidos para su divulgación.

En los días del 3 al 6 de este mes de agosto, se celebró en Tegucigalpa el XI Congreso Centroamericano de Ginecología y Obstetricia por la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología y la IV Jornada Nacional de la misma especialidad, patrocinada por la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras. El evento significó un acontecimiento de gran trascendencia en la vida médica del país, ya que logró reunir personalidades de la Ginecología y de la Obstetricia, que han contribuido con sus estudios a un avance acelerado en la investigación de tantos problemas que aún aquejan a la mujer en sus funciones específicas y en la maternidad.

Se dictaron dos cursos, Endocrinología Ginecológica y Embarazo de Alto Riesgo, en ambos, los profesores dieron muestra de su capacidad y mantuvieron la atención de un auditorio compuesto por más de doscientos médicos, tanto nacionales como del área centroamericana y de Panamá. El Congreso en sí, resultó un verdadero éxito, ya que durante tres días, el programa científico estuvo lleno de conferencias por invitados y un sin número de interesantes trabajos libres, que constituye el esfuerzo de equipos médicos bien coordinados, que supieron exponer sus experiencias en las diferentes áreas de trabajo.

La complacencia fue unánime y dio muestras de gran interés, razón por la que creemos que este tipo de reuniones dejan además de los conocimientos, inquietudes para seguir adelante en la pretensión de que los futuros congresos superen a los anteriores.

El próximo Congreso Centroamericano de Ginecología y Obstetricia será en Panamá, donde seguramente nos reuniremos más médicos convencidos de los beneficios que para nuestros pueblos significan el acercamiento científico, en aras de una mejor Gineco-obstetricia centroamericana.

Honduras será muy pronto sede de otras reuniones, como son el Curso Internacional de Pediatría, el Congreso de Otorrinolaringología, el Congreso Latinoamericano de Hospitales y en febrero del próximo año- el Congreso Médico Nacional que es la reunión anual que promueve el Colegio Médico de Honduras.

Ojalá que este breve relato despierte un interés creciente en los médicos hondureños para asistir y participar, en todos los eventos científicos, que son fuente de información, conocimientos y de respuestas a muchas interrogantes que a diario nos hacemos, para que unamos esfuerzos en beneficio de la población enferma y 'o que es más importante en 'a creación de grupos que trabajen en la profilaxis, detección temprana y cura de enfermedades que por mucho tiempo han minado nuestra capacidad productiva.

**Dr. GASPAR VALLECHIXO h.**

# Cirugía Oncológica = fundamentos

ÁNGEL E. ARGUETA\*

## Caracteres Biológicos del Cáncer

- \* Grado de infiltración: Varía en los distintos tumores: -en el epiteloma baso celular es mínima, no produce metástasis aunque localmente •es muy destructivo, contrariamente el Carcinoma espinocelular es muy infiltrante y metatiza rápidamente.
- \* Grado de diferenciación: Cuanto más indiferenciado y mayor número de células inmaduras tenga más rápido es su crecimiento y peor su pronóstico. El cáncer bien diferenciado suele ser de crecimiento lento y tiene más células maduras.
- \* Desmoplasia: Con este nombre se conoce la reacción fibrosa que produce el cáncer al invadir los tejidos, -este carácter ayuda a la cirujano a determinar por palpación el límite del tumor.
- \* Displasia: Son cambios anatomopatológicos en los tejidos sanos, muy conocidos por ser Lesiones pre-cancerosas como es la displasia del Cervix o la Leucoplasia de la mucosa bucal.
- \* Ciertos cánceres tienden a crecer más en superficie, como son los vegetantes o polipoides, que el tipo ulcerante que crece más en profundidad y por tanto más maligno ya que infiltra los tejidos rápidamente.

## Características Anatomopatológicas

El cirujano debe de estar familiarizado con las diferentes características anatomopatológicas de los tumores para decidir el tratamiento más adecuado. A menudo tiene que tomar la decisión en el mismo acto operatorio: en un tumor benigno de parótida, una parotidectomía superficial será suficiente, pero en un carcinoma mucopidermoide, que es de baja malignidad y crecimiento lento, la parotidectomía total con sacrificio del nervio facial será lo más adecuado. Si el cáncer es de tipo indiferenciado, además de lo anterior, se hará una disección radical de cuello. El Cáncer lobular de mama tiende a estar localizado por largo tiempo, por lo que la mastectomía simple es un buen tratamiento pero simultáneamente debe hacerse la biopsia a ciegas de la región opuesta de la otra mama, ya que en 20% de los casos esté cáncer es bilateral.

## Historia y Examen Físico

Deben ser completos incluyendo examen pélvico, prueba de Papanicolaou, examen rectal y examen por sangre oculta en heces.

## Diagnóstico

Además de los procedimientos especiales como estudios radiográficos, gastroscopía, laringoscopia y otros, uno de los más importantes es la biopsia, deben tenerse estos cuidados:

- a) Tomar una cantidad generosa de los bordes de la lesión, ya que el centro suele estar necrosado.

---

\* Cirujano Oncólogo, Hospital General. Tegucigalpa.

b) No traumatizar la muestra.

c) De ser posible, hacer una biopsia incisional y no por aguja, ya que frecuentemente éstas son negativas. En realidad es que la aguja no toma la muestra del tumor.

d) La biopsia de un cáncer de piel o de oerix puede rea'izarse en la clínica pero en tumores de la glándula parótida o de tiroides deberán tomarse durante la operación para evitar hematomas, implantes de células malignas en el trayecto de la biopsia o la lesión del nervio facial. En los sarcomas de las extremidades, debe aplicarse previamente un torniquete para prevenir una diseminación hemática. Otra situación en la que no debe hacerse biopsia para evitar los implantes locales, es con un tumor en el Cecum del que no se sabe si es de tipo inflamatorio, granulomatoso o maligno, lo correcto será hacer una hemicolectomía derecha: Lo mismo puede decirse si un tumor está adherido a otro órgano, en este caso debe realizarse una resección en bloque si técnicamente es posible.

### Estadio del Cáncer

Una vez diagnosticado, se determinará el estadio en el cual se encuentra el cáncer para así decidir el/los tratamientos más adecuados.

Hay varias clasificaciones: la T.N.M. o la clasificación con números romanos I, II, III y IV. (Ref.).

### CIRUGÍA ONCOLÓGICA

Una vez que se sabe el estadio, si el tratamiento a seguir, es quirúrgico, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- a) El cáncer da una sola oportunidad a sus víctimas. . . . la primera.
- b) Una cirugía curativa en cáncer es por lo regular una cirugía

radical que requiere que los márgenes del espécimen estén libres de tumor y que incluya la lesión primaria más los ganglios regionales.

- c) Una operación curativa que resea solo parte del tumor es una operación incompleta y Le quita al enfermo la única oportunidad que le da el cáncer. . . la primera.
- d) Hay procedimientos inadecuados en mi concepto, como son las cauterizaciones y curetajes de lesiones malignas de la piel, pues a menudo recurren después de estos procedimientos.

En ciertos tumores se utilizan técnicas especial/es como la "Non Touche Thecnic" en el cáncer de Colon o la instilación de una solución de formalina al 15% en la vejiga, poco antes de una cistectomía total para fijar las células y evitar los implantes locales.

### Cirugía Curativa

Pueden presentarse dos situaciones: a) cuando el primario se conoce pero la^ metástasis están ausentes; en este caso debe resecarse el tumor primario como en el epifceliona basocelular, pero en un carcinoma espinocelular o en un melanoma es aconsejable hacer además una disección regional profiláctica de los ganglios linfáticos, b) cuando el primario y las metástasis se conocen se hará una resección en bloque de ambos.

La cirugía radical en cáncer a menudo conlleva defectos cosméticos; **sin embargo, se debe tratar de** hacer una reconstrucción inmediata y funcional para reincorporar al enfermo a la sociedad lo antes posible.

La excisión del cáncero de piel debe realizarse con márgenes libres de tumor, comprobado mediante biopsia de congelación.

Aproximadamente es de 0.5 cms. de margen en el epiteloma basocelular, de 1-2 cms. de margen en el carcinoma espinocelular y de 5 cms. de margen en el melanoma.

Los bordes del espécimen deben ser marcados para su identificación.

### Cirugía Profiláctica

Puede presentarse una tercera situación y es cuando las metástasis se conocen pero el primario permanece desconocido aún después de agotar todos los medios de diagnóstico; aquí la actitud será la resección quirúrgica de las metástasis, ya que a veces el primario puede ser destruido por las defensas inmunológicas, y porque con frecuencia las metástasis no responden a la cobaltoterapia o a la quimioterapia como es el caso de las metástasis del cáncer de cabeza o de mama, éstas suelen agrandarse, se ulcera y se infectan.

La cirugía profiláctica estará en ciertos cánceres altamente metastá-

zantes, ejemplo: disección radical de cuello en el cáncero de Lengua o disección retroperitoneal en el Teratocarcinoma o en el carcinoma embrionario del Testículo.

Está indicada para aliviar los síntomas en casos incurables como es la mastectomía simple en los estadios III o IV del cáncer de mama, o las derivaciones gastrointestinales en caso de obstrucción por cáncer Abdominal avanzado.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Fairbanks Barbosa Jorge. Surgical Treatment of Head and Neck Tumors. Grune and Stratton. New York. 1974.
2. Principles of Surgery. Schwartz. McGraw - New York. 1969.
3. Clinical Oncology. The University of Rochester. School of Medicine. American Cancer Society. Fourth Edition. 1974.
4. Cáncer, Diagnosis and Treatment. Ackerman Lauren, Regato Juan. Mosby Company. St. Louis. U. S. A. 1970.

# Huevos de Trematodo en la Cavidad Peritoneal de un Hombre en Honduras

P. C. BEAVER, R. A. VURON M,\* AND M. D. LITTLE

Una Granulomatosis causada por huevos de un helminto no identificado en el omento y mesenterio de un hombre de 19 años de edad fue informada en Honduras por Durón en 1965.<sup>1</sup> En re-examen posterior del material tisular, los huevos fueron identificados, haciéndose aquí el informe, como los de un trematodo, posiblemente **Achillurbainia recóndita**, Travassos, 1942.

El hombre infestado era un viejo residente de una comunidad montañosa (Tutule y cercanías de Santiago) en el Departamento de La Paz, zona sud-central del país, oerca de **uno** de los afluentes (Río Puringla) del río Ulúa, el cual fluye hacia el norte al Golfo de Honduras. Durante una operación de hernia y subsiguiente laparotomía exploradora practicada en junio de 1963, se observaron gran cantidad *de* granulomas distribuidos por todas las superficies de la cavidad peritoneal y visceras. No se encontró evidencia de perforación antigua o reciente del intestino y no fue posible encontrar algún parásito dentro de la cavidad.

Exámenes radiológicos del tórax, cráneo, tracto gastrointestinal, biopsias de hígado y mucosa rectal, exhaustivos exámenes de sangre, orina, heces, lo mismo que otros exámenes tanto clínicos como de laborato-

rio no revelaron otras anormalidades excepto persistente eosinofilia periférica y la presencia de quistes de **Entamoeba histolytica** y de **Giardia lamblia**, lo mismo que huevos de uncinaria en las heces.

El paciente fue visto nuevamente en septiembre y diciembre de 1966, para reevaluación, particularmente de las áreas retroauricular y cervical superior sin encontrarse evidencia de infección ectópica reciente ó anterior tales como masa palpable o cicatrices en alguna parte del cuerpo. Persistía la eosinofilia (11% de 7.400 leucocitos). La radiografía del tórax mostraba pulmones claros y árbol bronquial libre. Radiografía de la cabeza mostraba ligera inflamación crónica del seno maxilar derecho. El lavado de esta cavidad sinusal proporcionó abundante material purulento sin encontrarse en él, parásitos o huevos de parásitos. Examen neuroiógico completo no reveló anormalidades. Los granulomas conteniendo huevos de parásitos aparecían en gran número en cortes histológicos del omento (Figs 1, 2). Al examinarlos en preparados por digestión, libres de los tejidos, los huevos con toda claridad no semejababn ninguno de los de helmintos comunmente conocidos. Muchos de ellos estaban parcial o completamente destruidos **por la reacción** tisular. En algunos **granulomas**

\* Patólogo, Hospital. I.H.S.S. Tegucigalpa.

solamente un fragmento del huevo podía apreciarse y en otros huevos con sus cubiertas casi completas eran visibles en los tejidos aclarados.

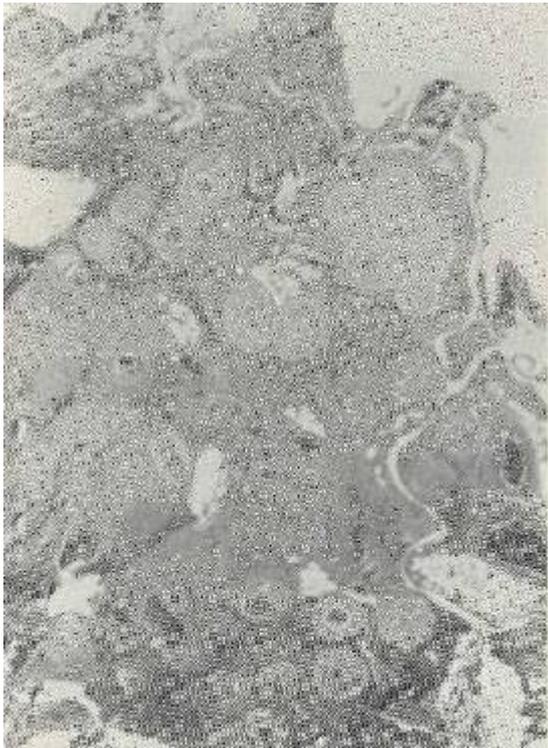
La cubierta (cascara) ovular era de color ámbar, moderadamente gruesa (más de 1 miera, menos de 2), y suave, excepto en el extremo adopercular donde frecuentemente la cascara era ligeramente áspera o irregular y donde, en general, tendía a ser más delgada que en otra parte.

La destrucción de la sustancia capsular parecía comenzar siempre en el extremo adopercular (Fig. 3 c). Las dimensiones de los huevos completos ó casi completos variaba (en mieras) de 60 a 75 de largo, 40 a 50 de ancho y 20 a 24 de diámetro en el opérculo, Medidas de término medio eran 67 x 43 mieras con diámetro opercular de

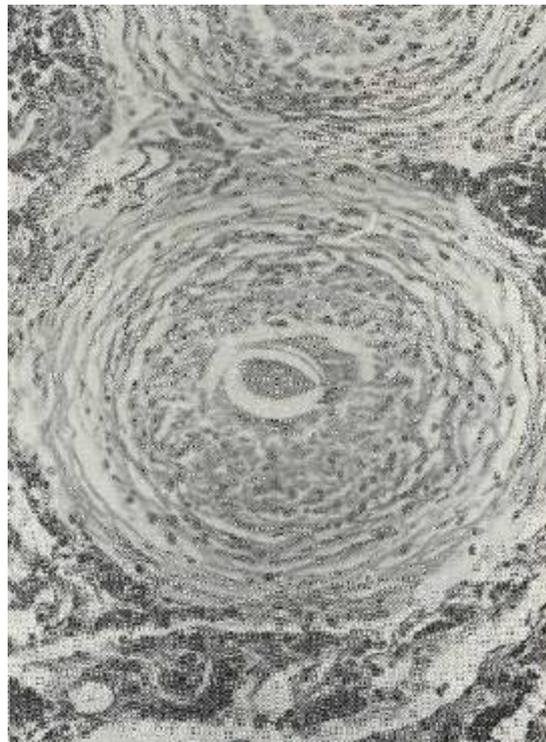
22 mieras. El huevo más alargado era de 75 x 42 mieras. El más robusto (posiblemente aplastado bajo presión del cubreobjeto) 62 x 50 mieras. Existía una tendencia distintiva hacia mayor disminución en el diámetro del hemisferio adopercular con el nivel más ancho cercano al extremo opercular. El opérculo seguía el contorno regular de el huevo, por ejemplo, no era ni achatado ni asentado de borde elevado (Fig. 3a, b). El opérculo por consiguiente era indistinguible excepto cuando era desplazado.

Su margen era algo irregular (Fig. 3b).

En todos los hechos evidentes el huevo semejaba los de **Achillurbainia recóndita** descrita originalmente por Travassos en 1943,<sup>2</sup> y redescrita por Sander en 1958.<sup>3</sup>



**Corte de omento conteniendo numerosos granulomas, algunos de ellos mostrando un huevo de parásitos. H y E, X 25.**



**Corte de granuloma conteniendo un huevo parcialmente destruido.**

La descripción de Travassos se basa en helmintos maduros e inmaduros de 11.2 mm de largo, extraídos de los senos maxilares de un marsupial, **Dideiphis marsupialis**,\* de Obatula en el Estado de Sao Paulo, Brazil.

El huevo no fue ilustrado y en la descripción se afirmaba únicamente que la capsula era operculada, relativamente delgada, sin miracidio y medía cerca de 64 a 72 x 38 a 45 mieras. Los records de Sandars se basaban en un helminto de 8 mm recuperado de un sitio anatómico indeterminado en un Guasalo, **Didelphis marsupiales insularis** en Río Claro, Trinidad. Respecto a los huevos, se indicaba solamente que el útero estaba lleno de numerosos huevos operculados, 70 x 40 mieras en tamaño. Un dibujo pequeño mostraba un contorno regular, ovideado con la estructura y contorno de el operculo vagamente ilustrado.

En las otras especies conocidas de el género **AchUrbainia** se encuentran, el *A. nouveü* (Dollfus 1939) el cual vive en los senos frontales de la pantera de Malaya (*Panthera pardus*),\*<sup>5</sup> y *A. ratti* que vive en la traquea y bronquios de la rata gigante (*Rattus muelleri*), también en Malaysia. Los huevos tienen un operculo distintamente achatado y puede estar rodeado por un bajo borde *de* cascara engrosada hacia afuera. Los tipos de trematodos que como, las especies de **Achiiurbainia** viven en los tejidos y cavidades respiratorias o que son capaces de emigrar a localidades ectópicas, incluyen algunos miembros de Troglotrematidae (**Paragonimus**, **Trogotrema**) Orchipidae (Orchipedum), Fascioidae (**Fasciola**) y Schistosomatidae (*Schistosoma*). En todos ellos, los huevos son marcadamente diferentes en características (*Schistosoma*) o tamaño (*Fascioia*) que los del presente caso, o tienen operculo achatado (**Orchipedum**) o distintamente situado

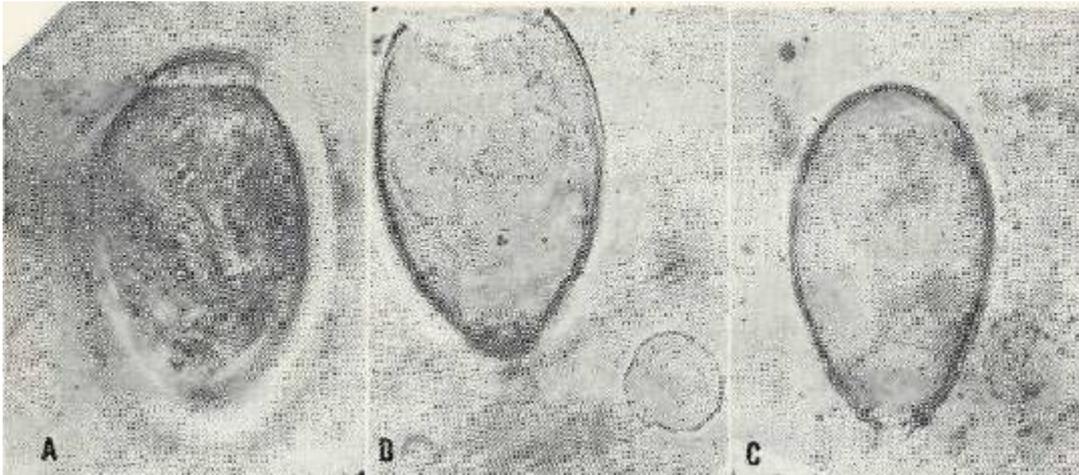
(\*) Guasalo, nombre por el cual se conoce en Honduras.

y cercano **Paragonimus**, **Trogotrema**). En los huevos de **Orchipedum isostoma** obtenidos de la colección descrita por Dollfus et al en 1935,<sup>7</sup> e<sup>1</sup> operculo semejaba al de **Achiiurbainia nouveü**. La única especie entonces cuyos huevos parecen similares a los encontrados en el presente caso es *A. recóndita*. Un helminto maduro de estas especies pudo haber producido el gran número de huevos observados.

El género *Poikilorchis* (Fain y Vandepitte, 1957) fue asimilado por Dollfus como sinónimo de **Achiiurbainia**.

Las evidentes diferencias entre las especies señaladas, respectivamente, a los dos géneros son en todo caso, triviales. El huevo de la especie tipo, *P. Congolensis* (Fain y Vandepitte 1957),<sup>6-10</sup> tiene un operculo achatado y algo deprimido similar al que se ve en *A. ratti* (Miyasaki y Kwo, 1969),<sup>6</sup> Cuatro casos de infecciones **P. CongoSense** fueron informados de África Central en 1957, todos en quistes retroauriculares, siendo los huevos recuperados solamente de una mujer joven y dos niñas y tanto los huevos como el helminto, de un niño.<sup>10-11</sup> En forma similar, en el Sur de Nigeria, huevos del mismo tipo fueron recuperados de quistes cerca de la oreja de un hombre en 1943,<sup>12</sup> y de un hombre y dos niños en 1975.<sup>13</sup>

En Asia, huevos reportados como **Poikilorchis** fueron encontrados en quistes retroauriculares en dos niños (Dyak Sarawak,<sup>14-15</sup>) y un helminto adulto lo mismo que huevos identificados como **Achillurbainia nouveü** recuperado de un nódulo indoloro detrás de la oreja de una niña en Kwangtuns, China.<sup>16</sup> Debido a su localización en quistes, todos estos casos de infección (8 en África, 3 en Asia) fueron rápidamente detectados. En el presente caso si la operación por hernia no hubiera revelado los granuloma conteniendo huevos, la infección probablemente no se hubiera detectado. Un hallazgo algo similar fue infor-



Tres huevos de granulomas después de aclaramiento con lactofenol X 600. Debido a presión con el cubre objetivos, el operario ha sido parcialmente dislocado en A, completamente en B donde aparece en el fondo de la fotografía. En C el operculo (extremo superior) es inaparente y la cubierta en el extremo adopercular está parcialmente destruida debido a 'a reacción tisular del huésped.

fado de Venezuela en un hombre de 69 años de edad quien hasta hacia 12 años había vivido y comido cangrejos en una área del Ecuador donde **Paragonimus** se sabe que ocurre en el hombre.<sup>17</sup> Durante el tratamiento quirúrgico de una hernia inguinal, una masa de 2cm. conteniendo huevos identificados como **Paragonimus** fue descubierta en la grasa para vesicular.

#### REFERENCIAS BIOGRÁFICAS

1. Duron, R.A., 1965. Granulomatosis omento—mesenterico parasitaria. **Rev. Med. Hond.**, **33**: 1-8.
2. Travassos, L., 1942. Sobre un interesante trematodeo parásitos de seios maxilares de gamba (**Didelphis marsupiales**). **Rev. Bras. Biob** 2: 213-218.
3. Sandars, D.F., 1958. On some trematodes from the manicou, **Didelphis marsupialis insularis** (Alien) from the West Indies. **J. Helminthol.**, **32**: 145-158.
4. Dollfus, P.R., 1939. Distôme d'un absces palpebreo-orbitaire chez un panthere. Possibilite d'affinites lointaines entre ce distome et les Paragonimidae. **Ann. Parasitol.**, **17**: 209-235.
5. Dollfus, R.P., and Nouvel, J., 1957. Une énigme pour la spécificité parasitaire et la biogéographie le cas d'Achillurbainia (Trematoda Digenea). **Un. Int. Sci. Biol.**, Ser. B, **32**: 228-229.
6. Miyazaki, I. and Kwo, E.H., 1969. Achillurbainia ratti sp. n. found from swamp giant rats, Rattus muelleri in Malaysia. **Jap. J. Parasitol.**, **8**; 305-311.
7. Dollfus, R.P., Callot J., and Desportes, C., 1935. Distomaisostoma Rudolphi 1819, parasite d'astacus, est une metacercarie d'Orchipeum. **Ann. Parasitol.**, **13**: 116-132.
8. Dollfus, R.P., 1966. Personal communication.

9. F a i n, A., and Vandepitte, J., 1957. A new trematode *Polkilorchis congolensis*, n.g., n.sp., living in subcutaneous retroauricular cysts in man from the Belgian Congo. *Nature*, 179: 740.
10. F a i n, A., and Vandepitte, J., 1957. Description du nouveau distome vivant dans de kystes ou absoes retroauriculaires chez l'homme au Congo belge. *Ann. Soc. BeJge Med. Trop.* 37: 251-261.
11. Vandepitte, J., Job, A., Delaisse, J., and Tabary, M. J., 1957. Quatre cas d'absces retro-auritulaires chez des tongolais, produits par un nouveau distome. *Ann. Soc. BeJge Med. Trop.*, 37: 309-316.
12. Yanvood, G.R., and Elmes, B. G. T., 1943. *Paragonimus* cyst in a West African native. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 36: 347-351.
13. Qyediran, A.B. O.O., Fajemisin, A. A.- Abioye, A.A., Lagundoye, S.B., and Olugbile, A.O.B., 1975. Infection of the mastoid bone with a *Paragonimus*- like trematode. **Ann. J. Trop. Med. Hyg.**, 24: 268-273.
14. Joe, L. K., Williams, H. I., Miyazaki, L, and Kai, W.S., 1962. A Subcutaneous **retro-auricu'ar** abscess in a Dyak boy in Sarawak, probabiy caused by a trematode of the genus *PoikUorchis*, Fain and Vandepitte, 1957. *Med. X Ma aya-* 17: 37-39.
15. Kao, W.S., and Joe, L.K., 1965. Another periauricular abscess fron Sarawak, probabiy caused by a trematode of the genus *Poikilorchis*, Fain and Vandepitte. *Med. J. Malaya*, 19: 229-239.
16. Ch'en, H. T., 1965. *Paragonimus*, *Pagumogon'mus* and a *Paragonimus* and a *Paragonimus*- like trematod'9 in man. *Chínese Med. J.*, 84: 781-791.
17. Salas, L., Duran, E., and Morrell J., 1973. Ectopic loca ization of *Paragonimus*. **Arch. Venes. Med. Trop. Parásito^.** 5: 365-374.

# Revisión de Bacteriuria Asintomático en 764 Embarazadas de Clínica Privada

*Dr. ENRIQUE SÁMAYOA M\**

La presente exposición tiene por objeto hacer ver la importancia que se debe dar a la aparente inocencia del reporte de "Bacterias" en un simple examen de orina. Desestimar su importancia es cerrar los oídos a problemas futuros, abriendo la puerta a severos trastornos urinarios en períodos posiblemente no mayores a 10 años, **1.4.11,12**).

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

De las pacientes embarazadas vistas en un periodo de 7 años en clínica privada, 37 demostraron en su examen de orina la presencia de bacterias. La conducta seguida para evaluar la potencialidad infecciosa de esas bacterias de un examen común y corriente fue la de repetir el examen con técnica de limpieza genital y colección de orina en frasco estéril. De 764 pacientes (tabla 1), 37 (4.8%) presentaron bacterias en a orina colectada según técnica que se describirá y en cantidades mayores de 10.000 colonias por ce, 3 de estas pacientes (2.7% del tota") resultaron con cuenta de colonias de 50.000 a 100.000 y las 17 restantes tenían cultivos con más de 100.000 colonias por ce. El 4.8% está de acuerdo con los datos reportados en lo que se refiere a

la incidencia de bacteriuria asintomática (1, 5, 6, 7).

La edad promedio de las pacientes fue de 26.4 años con una mínima de 20 y una máxima de 39 años. Lo que nos informa que son pacientes jóvenes para un promedio de gravidez de 2.8 y un promedio de paridad de 1.2, teniendo toda una vida por delante y el potencial de futuros embarazos que agravarán su condición, sino se corrige desde el principio.

Está probado que el embarazo es responsable de un incremento de bacterias en el tracto urinario (2, 4, 10, 11) sin entrar en detalles sobre las causas, por no ser la finalidad de este trabajo.

## **MÉTODO DE COLECCIÓN DE ORINA**

- 1) Toda paciente embarazada en quien se reporta bacterias en el examen inicial de orina, es ins truida para una nueva colección de muestra.
- 2) Se le i nstruye en el procedi miento de "mid stream caten", colección a la mitad de la mic ción (1,4).

---

Profesor de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas de Honduras y Jefe del Servicio de Ginecología, Hospital Materno Infantil.

- 3) Se le explica claramente en los los siguientes términos: por la mañana- el momento de bañarse, hacer un buen aseo de sus genitales con jabón y agua,

teniendo cuidado de quitar el exceso de jabón. Orinar hasta después del baño, en el bote estéril de boca ancha, que previamente se le ha suministrado, procurando descartar la orina inicial que efectúa también un proceso de lavado de los tejidos adyacentes.

- 4) Se le instruye que por ningún motivo abra el recipiente por que esta estéril, sino hasta el momento de usarlo, tapándolo inmediatamente después para ser enviado al Laboratorio en un periodo no mayor de dos horas (1, 2, 11).

De la manera anteriormente descrita se detectaron 37 pacientes que pueden dividirse en los siguientes grupos:

- 1.— Examen de orina con bacterias y con cultivo bajo (10.000 a 50.000 colonias por ce).
- 2.— Examen de orina con bacterias y con cultivo positivo y cuenta de colonias de 50.000 a 100.000 por ce (2).
- 3.— Examen de orina con bacterias y cultivo positivo y cuenta de colonias mayor de 100.000 por ce. (1, 2, 4, 5, 11).

Es importante aclarar que en la orden para el Laboratorio en este tipo de estudio siempre se especificaba lo siguiente:

- a) Hacer examen de orina.
- b) Si hay bacterias, hacer Urocultivo y cuenta de colonias.

- c) Si hay más de 100.000 colonias hacer Antibiograma,

Lo anterior es basado en los estudios de Kass, quien reporto que la presencia de bacterias en una gota de orina no centrifugada representaba el equivalente a más de 100.000 colonias por ce. y no teniendo los medios ni el tiempo necesario para efectuar, personal y sistemáticamente, tal trabajo, recurrimos a la técnica que previamente se ha descrito, considerando candidata a tratamiento toda paciente cuyo cultivo demostraba más de 100.000 colonias. Con un reporte de esta naturaleza la paciente idealmente se trataba con Mandelato de Metenamine durante el embarazo. Si el cultivo demostraba menos de 100.000 colonias el tratamiento se daba por un mes como mínimo hasta obtener un cultivo negativo.

#### RESULTADOS

De 764 pacientes embarazadas, 37 (4.8%) presentaron bacterias en el examen de orina coleccionada de acuerdo a la técnica previamente descrita. De estas 20 (2.7%) resultaron con cultivo francamente positivo y de estas últimas, 17 (2%) presentaron cultivos con más de 100.000 colonias. Los porcentajes anotados anteriormente han sido como los reportados en otros estudios (1, 5, 6, 7, 11) donde las pacientes han sido tratadas con toda rigidez aunque el índice para su tratamiento haya sido simplemente el hallazgo de unas pocas hacieras en la gota centrifugada y teñida con Gram.

Es muy importante hacer notar que la Bacteriuria por muy elevada que sea puede mantenerse completamente asintomática, tal sucedió en el presente estudio de pacientes con más de 100.000 colonias, 3 manifestaron síntomas leves como lumbalgias que perfectamente se confundieron con los síntomas propios del embarazo en sus periodos finales. Dichosamente, pocas fueron las pacientes que no die-

ron importancia a la advertencia médica, entre ellas podemos mencionar una paciente G 3, P 2, que demostró bacteriuria asintomática desde el primer trimestre lográndose al fin practicar un cultivo hasta el 8vo. mes, en que el resultado de laboratorio fue de 20.000.000 colonias por ce. de E. Coli.

Debido a que muchas de nuestras pacientes son de limitado recursos económicos no pudo lograrse a satisfacción un control ulterior de la bacteriuria por medio de cultivos, como puede verse en la tabla No. 2 en que 12 pacientes no tuvieron un control ulterior, 5 fueron negativos al mes de tratamiento y 3 más fueron negativos al tercer y cuarto mes de tratamiento y en el puerperio. No podemos por lo tanto ofrecer un índice significativo de la eficacia del tratamiento en estas pacientes.

Los organismos aislados nuevamente concuerdan con los reportados en otros estudios (ver tabla 3), donde hay un predominio de la Escherichia Coli (1, 2, 5, 6).

El renglón "bacterias" reportado en los exámenes corrientes de orina, no guarda siempre proporción aparente con el número de colonias de los cultivos. Así el 25% de urinálisis que se reportaron con el término de "bacterias", llegaron a tener hasta 8.000.000 de colonias. En la tabla No. 4 se clasifican los reportes de bacterias de la siguiente manera:

+	=	Bacterias	++	—
		Regular cantidad	+++	=
		Abundantes		

No podemos dar una opinión en lo que se refiere a la incidencia de abortos, que según algunos autores está aumentando en las pacientes con bacteriuria asintomática (4,8) habiendo encontrado solamente 4 pacientes con historia de pérdida temprana del embarazo, de las cuales 3 presentaron más de 100.000 colonias en sus **cultivos**.

La característica de asintomática se confirma al revisar la historia pasada, la cual se encuentra completamente negativa de infecciones urinarias anteriores. Sólo dos de las 37 estudiadas tenían el antecedente de infección urinaria comprobada.

En lo que al peso de los niños se refiere podemos decir que el promedio de peso de hijos de madres con cultivos de más de 100.000 colonias promediaron niños de 7 lbs. 5 onz. (4.8). Por lo tanto quizá, en una revisión más extensa podríamos encontrar la confirmación de que estas madres son candidatas a tener niños prematuros por peso (11). Solamente 2 pacientes con bacteriuria significativa presentaron historia de niños de poco peso.

### TRATAMIENTOS

Fue nuestra norma buscar la droga más barata y con menos posibilidades de reacciones desagradables a la madre y al feto y que por lo tanto pudiera darse por períodos prolongados y de ser posible por todo el embarazo (12). El Mandelato de Metenamine ha sido reportado en varios estudios, como la droga que llena estas cualidades usándose a una dosis de 1 gramo cada seis horas, combinando en algunas ocasiones con 1 gramo de Vitamina C al día para potencializar su efecto al acidificar la orina.

El ácido Nalidíxico y la Gentamicina fueron usados en los casos en que la infección era muy severa o resistente al tratamiento habiéndose también usado el Sulfisoxazol y la Furadantoína. En la tabla No. 5 se presentan los medicamentos que hicieron posible la negativización de los cultivos en un 66% en el período de un mes (11, 12).

### CONCLUSIONES

Es mandatorio en toda paciente embarazada efectuar un examen de orina al inicio de mismo y por lo menos un mes antes de su finalización. De las conclusiones aquí expuestas se deduce la importancia extrema **que**

debe darse al inocente reporte de "bacterias", debiendo procederse de inmediato a una de las siguientes alternativas:

- 1.—■ Recoger orina según la técnica descrita en el presente trabajo y someterla al método señalado por Kass para determinar la presencia o no de bacterias Gran Negativas en una gota de orina pre/iamenfcs centrifugada.
- 2.— Ordenar cultivo si el análisis de esta orina demuestra bacterias y

proceder al antibiograma y tratamiento si el número de colonias es más de 100.000 por ce

No confiarnos con el resultado negativo del primer control, sino que continuar el tratamiento de ser posible durante todo el embarazo.

Sólo la sistematización del estudio de estas pacientes puede darnos resultados estadísticamente significativos cuando todos logremos aportar datos estudiar nuestra propia patología.

### T A B L A 1

DE 37 CULTIVOS INICIALES EFECTUADOS 20 (55%) RESULTARON POSITIVOS Y CLASIFICADOS DE LA SIGUIENTE MANERA:

#### I

HASTA 50.000 COLONIAS	2	}	15%
MAS DE 50.000 Y MENOS DE 100.000	1		

#### II

MAS DE 100,000 COLONIAS	7	}	85%
DE MAS DE 1.000.000 Y MENOS DE 10.000.000	7		
MAS DE 10.000.000	3		

MAS DEL 44% DE PACIENTES TENIAN 1.000.000 DE COLONIAS

## T A B L A 2

CONTROL DE CULTIVOS DESPUES  
DE TRATAMIENTO

NEGATIVO AL MES	5
NEGATIVO AL 3 MES	1
NEGATIVO AL 4 MES	1
NEGATIVO EN PUERPERIO	1
SIN CONTROL ULTERIOR	12

## T A B L A 3

LOS ORGANISMOS RESPONSABLES DE LA INFECCION  
FUERON LOS QUE YA HAN SIDO INFORMADOS  
DE MAYOR INCIDENCIA

ESCHERICHIA COLI	14
AEROBACTER AEROGENES	2
ESTAFILOCOCO	1
COLIBACILOS	1

DOS DE LOS CULTIVOS FUERON INFORMADOS SIN  
ESPECIFICAR TIPO DE BACTERIA APARTE DE  
CONSIGNARLA COMO GRAM NEGATIVO.

## T A B L A 4

CLASIFICACION DE BACTERIURIA POR CANTIDAD  
DE BACTERIAS INFORMADA EN ANALISIS  
CORRIENTE DE ORINA:

## A S I N T O M A T I C A

+	BACTERIAS	22
++	REGULAR CANTIDAD	3
+++	ABUNDANTES	3

## S I N T O M A T I C A

+	BACTERIAS	2
++	REGULAR CANTIDAD	1

EL 25.8% DE LAS MUESTRAS INFORMADAS  
CON + (BACTERIAS) TENIAN MAS DE 100.000  
a 8.400.000 COLONIAS

## T A B L A 5

## T R A T A M I E N T O S

EL 66% DE LOS CULTIVOS SE HICIERON NEGATIVOS  
EN UN PROMEDIO DE UN MES CON LOS  
SIGUIENTES TRATAMIENTOS:

MM + VIT C.	8
MM + GENT	3
A N + MM	2
SULFISOXAZOL	2
FURADANTINA	1

MM - MANDELATO DE METENAMINE

1 GR. q.i.d. HASTA TERMINAR EL EMBARAZO.

A N = ACIDO NALIDIXICO 1 GR q.i.d. x 15 DÍAS.

FURANDATINA = 100 mgr. q.i.d.

SULFISOXAZOL = 1 GR. q.i.d. x 1 MES

## R E F E R E N C I A S

- 1).—■ Bacteriuria in Pregnancy. — Me Fadyen, J.R. et al; *Obstet Gynecol.*, Br. Commonw. 86: 385-405, May 73.
- 2).— Bacteriuria in Pregnancy. A heterogeneous entity. ■—Heineman, H. S. >et al; *Obstet Gynecol* 41: 22-6, Jan 73.
- 3).— Pregnancy bacteriuria: The significanos of site of infection; Fairiy, K.F. et al. —*Med. J. Aust.* 2: 424-7, 1-Sep. 73.
- 4).— Urinary infection in pregnancy; Bailey, R.R. —*New Zeal Med J.* 71: 216-20- Apr. 70.
- 5).— Urinary tract infection in pregnancy; Markland, C; *Minn Med* 53: 737-40, July 70.
- 6).— Bacteriuria and hemoglobin le- véis in pregnancy. —Abramson, J.H. et al; *JAMA* 215: 1631-7, 8 mar 71.
- 7).— Bacteriuria in pregnancy and infectious in amniotic fluid and infant; Tves, J.A. et al. —*Arch Dis Child* 46: 82-4, Feb. 71.
- 8).— Bacteriuria in Pregnancy; Gruneberg R. N., et al; *Br. Med J.* 1: 107-8, 9 Jan. 71.
- 9).— Asymptomatic Bacteriuria in pr-egnaney. —Brummitt W. et al *Brit Med J.* 3: 473, 23 Aug. 69.
- 10).— Kasseh 1957 *Archives of Internal Medicine*, 100, 194- 1960 105, 194.
- 11).— Treatment of bacteriuria in pregnancy; *British Medical Journal* 2: 631-2, 12 Dic. 70.
- 12).— Urinary Tract Infection and its Management; Kaye, D. M.D., 1972.

# Alcoholismo y Medicina

*Dr. FRANCISCO LEÓN GÓMEZ*

Se hace una evaluación general de los problemas que han confrontado 20 médicos alcohólicos evaluados. Algunos de ellos están abstemios actualmente, otros beben diariamente y trabajan; ambos grupos experimentan problemas de varios órdenes en el desempeño diario de la profesión.

El hecho de que nuestro Colegio todavía no haya contemplado ningún tipo de ayuda para los 100 profesionales médicos alcohólicos en Honduras, motiva este trabajo- en el que se discute el complejo fenómeno-enfermedad que los aflige.

## ASPECTOS GENERALES:

La incidencia del alcoholismo en el gremio médico hondureño es similar o más alta que la de la población general.

El 80% de los hondureños adultos ingieren alcohol en forma moderada o incontrolada, llegando la incidencia al 14% de alcoholismo. Similar o ligeramente mayor incidencia prevalece en el gremio médico en que de cerca de 950 agremiados, aproximadamente suman 760 los médicos que ingieren alcohol, y 126 de los cuales son alcohólicos crónicos o moderados que se debaten en una enfermedad sintoma crónico que afecta directamente su trabajo, familia, vida sexual, prestigio propio y de su profesión.

Peor aún, el alcoholismo en los médicos, subyace o procede a un estado o combinación alcohol-droga, con adic-

ción, facilitado por el acceso que se tiene a los últimos.

El médico urbano rural con frecuencia recurre a él por la falta de otras actividades recreativas, o ingiere solo, cuando es el único de su gremio.

La dispensa que con frecuencia se hace a ciertas acciones irregulares cometidas por médicos ebrios, a quienes por su condición profesional las autoridades toleran, los lleva con frecuencia a cometer excesos tanto sociales como en la práctica, que afectan no solo a ellos mismos sino al prestigio colectivo de la profesión, frente a un público cada día más crítico y consciente de nuestros yerros.

La pérdida de varios médicos en los últimos años pueden trazarse fácilmente al alcohol o a sus consecuencias. El alcoholismo es a menudo la causa de hospitalización de médicos, que casi nunca es diagnosticada como tal, o estadísticamente reportada, por el colega tratante, sea porque no quiere "tildar" al colega y amigo como alcohólico' o por ruego del paciente, o de la familia.

## ASPECTOS SOCIALES:

El médico alcohólico con mucha frecuencia niega serlo, aduciendo que se presenta diariamente a su trabajo

y que nunca ha sido despedido por tal causa.

Evaluando este argumento, y las condiciones de trabajo actuales en Honduras, fácil se concluye que el gremio médico en general, las autoridades y compañeros de trabajo hospitalario, muy rara vez tomamos acción legal para despedir al médico alcohólico, aunque exista evidencias insuperables para hacerlo.

Todos conocemos dichos ejemplos, y esta tenencia se extiende hasta la Directiva, del Colegio Médico, Ministerio de Salud, y las diferentes Asociaciones Médicas del país, y cada uno de nosotros como miembro del gremio.

No tenemos conocimiento de **una** "so" a licencia para practicar medicina, que haya sido suspendida por alcoholismo, y creemos que las denuncias por causa también son rarezas en Honduras. Por el contrario han sido denunciados médicos por vender drogas (recetas), pero nunca se ha denunciado un médico por drogadicción.

#### MÉTODOS:

20 casos de médicos con problemas de alcoholismo crónico fueron evaluados, desde 1974 a 1976, sin importar si están abstemios unos, o la mayoría bebiendo diariamente.

Los datos que proporcionaron fueron espontáneos, con característico optimismo en relación con su problema, específicamente que "cuando yo quiera dejo de beber".

Todos sin excepción trabajan a pesar del trago, y todos también han **terido** "mitades en el mismo debido al alcohol.

Ninguno de ellos ha sido cancelado en el trabajo' aunque varios se han ausentado sin excusa justa hasta por tres semanas.

#### CAMPOS REPRESENTADOS

Todas las ramas de la medicina están representadas, pero las de las creencias de la conducta (psiquiatría) y la cirugía tuvieron un 30% (6 casos) cada uno, con más propensión a la drogadicción entre los primeros. Los quirúrgicos parecen tomar en forma diaria y sostenida, los psiquiatras en forma periódica cíclica.

Psiquiatras	6
Cirujanos	6
Medicina Interna	4
Medicina General	2
Pediatría	2

Total 20

#### Años de Beber

desde los 15 años	2
desde los 18 años	14
desde los 20 años	3
desde los 25 años	1

#### Adicción a drogas además de alcoholismo:

Droga	No.	%
Narcóticos (morfina)	2	5
Barbitúricos	5	25
Anfetaminas	1	1/2
Meprobamato	1	1/2
Diazepinas	1	1/2
Gas y Anestésicos	0	1/2
	10	50%

Tratamiento buscado (en varias ocasiones)

Hospitalización Psiquiátrica	8
Hospital General	2
Hospital Privado	6
Tratamiento Médico	16
Tratamiento Psiquiátrico	4
A.A.	8
Disfusión Sexual	9
Impotencia Total	4

Complicaciones médicas y familiares reportadas en últimos 10 años

Gastritis	14	70%
delirio	8	45%
neuropatía periférica	6	40%
disfusión hepática	6	40%
úlceras pépticas	2	5%
pancreatitis	1	1/2
divorcio	4	20%
separación	5	25%

#### DISCUSION:

Es muy difícil una muestra mayor en un trabajo sobre alcoholismo entre médicos. Los 20 casos son una muestra muy pequeña para crear en conclusiones definitivas.

Es difícil reunir los datos y el tema muy sensible y personal para abordárselo a otro colega-

Este estudio puede servir como base a otro de mayor cobertura en el área nacional, que sirva de dato estadístico para las futuras generaciones médicas.

No nos fue posible encontrar literatura o trabajos hondureños sobre alcoholismo médico.

En otro aspecto, se debe considerar el daño que un profesional alcohólico puede hacer a sus pacientes, aunque todos dijeron que nunca habían hecho un daño por esa causa.

Resulta sin embargo que la calidad y el trabajo rendido si es inferior al que prestaría cuando el galeno está sobrio.

Un hecho importante es que empezamos a reconocer que como gremio no somos inmunes al alcoholismo, adición a drogas y enfermedades mentales, y demos muestras de desarrollar un mecanismo que proteja al médico así enfermo, y proteja también a sus pacientes.

# Algunas Consideraciones Sobre el Ejercicio Profesional Médico en Honduras

*Dr. ASDRUBAL RAUDALES A.*

## **Aspectos generales negativos en la formación del médico y su ejercicio.**

Aunque la Facultad de Ciencias Médicas no es la única responsable en la formación del médico, desempeña un papel primordial, puesto que es la fábrica de médicos, y esta función la lleva a cabo, en base a sus propios recursos humanos y materiales, a las necesidades del país, a los objetivos que se ha trazado, a la orientación vocacional de sus estudiantes, y a otra serie de situaciones personales psicológicas y sociales que sería prolijo enumerar.

Pero esa fábrica adolece de fallas, los recursos humanos docentes, los profesores, son capacitados, sin embargo, han dado habitualmente a la Facultad el tiempo que les ha sobrado de sus actividades profesionales particulares, salvo algunas excepciones, y ha sido la Facultad la que ha tenido que adaptarse a ellos, y no e los a la Institución. El tiempo que cada uno debe dar para cumplir las funciones específicas de aquella se reduce a veces hasta el 50%; y tampoco ha existido una buena integración docente-asistencial.

Los recursos materiales son pobres, el presupuesto de la Facultad tiene que estar supeditado al de la Universidad, y el de ésta al del Estado. No se cuenta con equipos docentes adecuados, y muchos de los existentes

están deteriorados, no hay suficientes aulas de clase, etc. Los estudiantes de medicina, paralelamente a las situaciones anteriores, han demostrado cada vez más interés en obtener una calificación aceptable, y no en capacitarse para su futuro ejercicio profesional, aparte de que hay mucha politización en ellos.

La política de salud del país demanda una gran cantidad de médicos que la Facultad no puede formar, y si los formara, el Ministerio de Salud no podría absorberlos por razones presupuestarias. No hay por otro lado un concepto claro del médico que necesita el país, el Ministerio concibe uno, la Facultad otro. Además, el currículo y plan de estudios requieren urgentemente una revisión, debiendo haber un señalamiento fundamental de objetivos mejor establecidos.

Los hospitales del Estado y demás centros asistenciales adolecen de fallas organizativas, no tienen planes racionales de trabajo, no brindan a los médicos y estudiantes de medicina los recursos indispensables para una buena labor docente-asistencial, no hay suficientes medicinas y equipos, se sobrecargan las consultas con un número exagerado de pacientes por hora, todo lo cual trae como consecuencia un aprendizaje experiencial inadecuado. Además, igualmente que en la Facultad, los médicos no cum-

---

\* Profesor de Psiquiatría Facultad de Ciencias Médicas UNAH.

píen con frecuencias el tiempo por el cual están contratados, lo cual redundará en un ejemplo formativo negativo para los estudiantes.

Las autoridades de salud del país habitualmente son nombradas por razones políticas o personales, de allí, que muchas veces no son idóneos en su desempeño. Los médicos de los centros asistenciales nombrados por aquellos, también se supeditan a razones políticas o personales, y a veces no son las personas ideales para los puestos por no tener la capacidad indispensable, o la especialidad requerida, o están sobrecargados de trabajo en diferentes instituciones, lo que redundará en un servicio pobre o mediocre. Se ha dicho, que los médicos de nuestro país- al igual que los colegas del área centroamericana son "rateros", en el sentido de que dan un rato aquí y otro allá.

La insuficiencia de medios económicos, y las actitudes demagógicas de los funcionarios públicos de salud, traen como consecuencia un mal trabajo médico, y una mala cobertura poblacional por los servicios de salud, siendo el sector rural o campesino el menos favorecido. No dejamos de reconocer sin embargo, los esfuerzos que últimamente se están haciendo en este sentido.

Los problemas ambientales y culturales son severos porque afectan la mayoría de la población hondureña, y acrecientan aún más las demandas de médicos, demás personal de salud, y recursos materiales. La desnutrición a la cabeza, y luego, el alcoholismo y las drogas, la delincuencia, el analfabetismo, las enfermedades infecciosas y parasitarias, etc., son grandes problemas médico-sociales que reclaman trabajos intensivos de equipos muy disciplinarios que no se tienen o no pueden ser costeados, de allí, que el enfoque de los mismos se vuelve mínimo.

Luego, hay otros factores que dificultan un buen ejercicio médico: la falta de vías de comunicación- los préstamos atados, la deshonestidad en el manejo de los mismos, la burocracia administrativa, etc.

Existe en definitiva, una interacción de factores negativos cuya consecuencia es una formación deficiente del médico, o una práctica profesional defectuosa. No funciona además el trabajo en equipo de los estímulos grandes para el médico, que es bastión básico -en dicho equipo, sin el que éste no puede rendir los frutos esperados.

La relación médico-paciente.—Puntos de vista del uno y del otro.

Esta relación está supeditada a consideraciones por parte del médico por un lado, y del paciente por otro, o a consideraciones hacia uno u otro.

Lo que el médico hace, está dependiendo de la ética profesional, las relaciones interpersonales o interprofesionales, de su tiempo, condiciones económicas, organización de su trabajo, así como de las normas y leyes del Colegio Médico de Honduras. Debe compartir sus habilidades, conocimientos, sistemas de trabajo, con otros colegas, y al mismo tiempo depender de una evaluación no profesional de las gentes, que entre sí lo juzgan, lo critican, lo ensalzan, lo adulan, lo combaten, lo gratifican, todo en relación a su actuación.

Todas las personas o familias tienen su médico personal, de casa, o de familia, y por otro lado, todo médico tiene su clientela, hay pues, necesariamente una preferencia y una escogencia bilateral que establece una determinada relación.

Las razones que los pacientes exponen para la escogencia de un médico son entre otras: la recomendación de amigos o vecinos, la recomenda-

ción de otro médico, la cercanía de su consultorio, el hecho de que cobra poco, o porque tiene reputación, porque es pariente o amigo, o porque es bueno.

El concepto de que el Dr. es bueno, se fundamenta en razones como de que es capacitado, o que es especialista, o que viene del exterior, o es **acertado. Igualmente es bueno, cuando** es simpático o amigable, o tiene buenas relaciones, o es **humanitario, da** muestras de medicinas, asiste pacientes a domicilio, o los visita varias veces al día, o los llama por teléfono para preguntar como están, si es cuidadoso, dá al paciente suficiente tiempo, tiene aparatos, dá explicaciones, es atento, etc. De acuerdo a la categoría social propia y a la cultura, cada persona evalúa a su médico de diferente manera.

El concepto de que el Dr. es malo lleva aparejada la insatisfacción por sus servicios, y cierta agresividad y hostilidad hacia él, Es malo cuando no acierta en sus diagnósticos, no pone interés, se niega a ir a la casa, cobra mucho, no es cuidadoso, o cuando no tiene o no hace otras cosas de las mencionadas anteriormente para el médico bueno.

El paciente puede tener su propio criterio o teorías sobre su enfermedad, que no son precisamente científicas como las del médico, sino fundamentadas en patrones, culturales, tradicionales, religiosos, sociales, afectivos, emociona es, etc.

El paciente se queja de síntomas subjetivos, el médico debe tomar en cuenta esos síntomas, y relacionarlos con lo objetivo que encuentra. El primero está interesado en quitarse esos síntomas que le hacen sufrir, el segundo en hacer un diagnóstico de enfermedad, los dos tienen pues, puntos de vista diferentes.

El rol del médico es en muchos aspectos un rol social en cuanto a que tiene que actuar en función de relaciones entre personas o grupos de personas de los cuales él mismo forma parte, y tiene que ajustar ese papel, a otro completamente diferente como es el específico profesional, sucediendo, que como persona se le demanda una cosa, y como médico otra.

Muchas de las actitudes médicas están basadas en sistemas de prevención y no de curación, para el caso, el control del niño sano o de ambientales, etc., lo cual no es perfectamente bien comprendido por la mayoría de la gente, especialmente en nuestros países mal desarrollados. Es por ello que oímos a diario expresiones tales como: "tan caros que me resultaron los exámenes, y ni me salió nada", o aquella otra: "mi niño estaba bueno, pero por la vacuna que le pusieron se enfermó".

El paciente y el médico, como dos personas de personalidad distinta, mezclan sus características en la producción de síntomas o de enfermedad, o en la evaluación de las mismas, de allí, que las diferencias en modos de comportamiento de unos y otros son grandes.

Las diferentes categorías sociales, económicas' de raza, ubicación geográfica, cultura, etc., hacen que las enfermedades sean distintas de unos individuos a otros. También el análisis de estos mismos individuos varía de acuerdo a los distintos criterios médicos por formación académica distinta, el homosexualismo para el caso, es aceptado por unos y condenado por otros.

Todo paciente que solicita los servicios de un médico tiene problemas, la mayor parte de las veces porque está enfermó, o cree estarlo, pero la realidad es que existen condiciones de vida que también lo obligan a buscar ayuda, y con frecuencia -O que ne-

cesita es hablar con alguien, o estar con alguien, o sentirse apoyado o escuchado por alguien. En tales condiciones, le importa más quien le comprenda o le dé afecto mediante sus actitudes, que la calidad científica del médico.

Hay una condición muy particular que se vé en nuestro medio, y es la de que el paciente busca los servicios médicos porque está cotizando, o algo tiene que descontar por lo que le quitan de su sueldo, como es el caso de muchos clientes del Seguro Social.

Otra situación, es la de que en los consultorios de esa Institución o de otros de beneficio público, hay que hacer grandes colas y esperas que ocupan tiempo a los pacientes, que ellos sustituyen de su trabajo habitual, sobre todo- si hay resentimiento o insatisfacción por los patronos o empleados.

Se piensa popularmente, que el médico debe ser humanitario, bondadoso, amable, amigable, etc. y que debe tener espíritu de sacrificio, sobre todo -en cuanto al cobro de honorarios y a las horas de trabajo. Esta es una visión tradicional, que al irse perdiendo debido a los cambios sociales y personales, a las demandas de tiempo y dedicación, a las distancias, el crecimiento poblacional y la inflación entre otras cosas, hace que la gente se sienta frustrada. Gradualmente se ha ido cambiando aquella imagen del médico del pasado, pero más en el sector profesional que en el poblacional, y este último sigue tratando de satisfacer sus demandas a través de una serie de actividades en boga hoy en día, que no son médicas, como los movimientos familiares, los carismáti-

cos, el yoga, la meditación trascendental, etc. o bien recurriendo a las agencias de bienestar social. Claro está- que el único nivel de sustitución está, en que se enfocan los problemas por otros procedimientos no médicos, porque pueden ayudar.

En cierta forma, aunque en menor escala, el médico participa de la influencia que lo anteriormente mencionado tiene sobre las gentes, no solo su actitud profesional o técnica es importante y cuenta, sino sus poderes sugestivos, autoritarios, estratégicos, mágicos, y en general, todas las condiciones de su personalidad, que consiente o inconscientemente entran en juego en la relación con sus pacientes.

Las actitudes de los médicos en su ejercicio profesional son se importancia, no sólo para satisfacción del pacientes sino también, para una buena y técnica práctica. Es obvio, que las actitudes positivas redundan en beneficio de las personas que consultan, éstas se curan más luego, y están más contentas. Pero las actitudes negativas les brindan fracasos, y le crean fracasos, y le crean al médico y a las instituciones para las que laboran, una atmósfera de descrédito-de desprestigio y de rechazo.

Habitualmente el médico en nuestro medio se comporta de modo diferente en su ejercicio público, y en el privado. En el ejercicio público, tipo Hospital General o Seguro Social, y sobre todo en los consultorios externos generales donde concurren una clientela de clase socio-económica baja, el trato al paciente es impersonal y de menosprecio, no sólo por parte del médico, sino igualmente de la enfermera, la recepcionista, y otro per-

sonal. No se aprecia el contacto humano con matices afectivos, sino el frío trabajo profesional enmarcado en una rutina de "tantos pacientes por hora", que como números o cosas tienen que ser "vistos", siendo tan tal este término de "vistos", porque el corto tiempo destinado a ellos, no permite ni siquiera una historia parcial de su enfermedad. En el mismo Hospital Psiquiátrico, donde se supone que el paciente vá a recibir una atención más humanizada por el tipo de problemas que allí se llevan, las citas se dan cada mes o dos para obtener un puño de pastillas en una entrevista que cuando mucho dura quince minutos.

Pero los mismos médicos en sus consultorios privados, con los mis-

mos pacientes siguen una conducta distinta, allí los tratan como personas, son cordiales- atentos, y les conceden más tiempo. La verdad es que en consulta privada el paciente paga más, y al médico le interesa conservarlo por su propio prestigio y beneficio. Olvidan los profesionales, que en los hospitales o centros de salud también están ganando, siendo los salarios, las entradas fijas que constituyen una buena base de sus propios presupuestos, además de que son puntuales y seguros.

Las relaciones médico-paciente deben ser iguales donde quiera que se lleven a cabo, y deben estar basadas en las normas técnicas, pero igualmente en las normas humanas elementales.

# La Biblioteca Médica y el Colegio Médico de Honduras

LIC. ROSA AMALIA DE ZAVALA\*

La Biblioteca Médica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras se permite, por este medio, presentar a todos los distinguidos Médicos del país, un atento saludo, y los deseos más sinceros por un próspero 1977. Desea hacer llegar a ustedes información sobre las actividades que ha venido realizando y sobre los planes para desarrollar sus colecciones y servicios.

## **La Biblioteca como auxiliar en el control de la información**

Es indudable que vivimos en una época en que la ciencia y la tecnología avanzan con una rapidez vertiginosa, y que los resultados tanto de los logros como de las investigaciones en progreso se publican con tal profusión en cantidad y calidad, que es ya universalmente aceptado el fenómeno de la explosión de información. El médico más que ningún otro profesional necesita mantenerse al corriente de los adelantos en su campo de estudio, refrescar y renovar conocimientos, enterarse de los resultados de conferencias, seminarios, symposiums y conocer las nuevas técnicas, medicamentos, drogas- instrumentos etc., así como las críticas a ellos. En fin, estar actualizado. Es también el profesional que sufre más presiones de trabajo y menos tiempo libre posee.

Por todo lo anterior, es quien debe buscar en la Biblioteca el auxiliar más valioso en la ardua tarea de localizar, organizar y recuperar información, ya que a través de sus catálogos, índices, bibliografías y personal especializado facilita esta tarea.

Como es de su conocimiento todos los miembros del Colegio Médico tienen el derecho de hacer uso gratuitamente de las colecciones y servicios de la Biblioteca Médica, en hace al aporte anual de L. 3.000.00 (Tres Mil Lempiras) que hace el Colegio Médico a la misma.

## **Conveniencia de poder usar la Biblioteca.**

Si se considera que:

- 1.— El costo de las publicaciones médicas es cada día más elevado, ya que se ha calculado que para 1977 el promedio de suscripción de Revista Médica especializada será L. 67.00 (Setenta y Siete Lempiras), y el promedio por libro de L. 70.00 (Setenta Lempiras).
- 2.— Que el médico es uno de los profesionales universitarios que está eximido del cumplimiento del Art. 10 del Reglamento de Servicios Bibliotecarios de la UNAH que literalmente dice: Los graduados de la UNAH podrán hacer uso de los servicios

---

\* Jefe de la Biblioteca Médica Nacional.

- de la Biblioteca previo pago de una cuota anual de L. 10.00 (Diez Lempiras) que deberá abonarse en la Tesorería de la UNAH.
- 3.— Que si una sola vez al año se consultara una revista o un libro de la Biblioteca se tendría un ahorro considerable al evitarse comprarlo individualmente, y no digamos al tener la posibilidad de consultar todas las colecciones.
  - 4.— Que la Biblioteca es una solución al problema de guardar colecciones particulares en el cada día más limitado espacio físico doméstico, y a los consiguientes contratiempos de limpieza, encuadernación, control ordenamiento de las mismas.
  - 4.— Elaboración de Bibliografía Especializada sobre temas específicos.
  - 5.— Fotocopiado de material bibliográfico a un costo de L. 0.15 (Quince Centavos) por página.
  - 6.— ■ Intercambio de información con Bibliotecas Médicas del exterior como Biblioteca Regional de la OPS (BIREME) localizada en Sao Paulo, Brasil, y la National Library of Medicine de Washington, D. C. solicitando Bibliografías especializadas y fotocopias sobre material de las colecciones que no tenemos en nuestra Biblioteca.

Las anteriores consideraciones permiten ver claramente la gran ventaja económica, aparte de la conveniencia formativa, que significa el poder hacer uso de las colecciones de la Biblioteca Médica.

#### Servicios que ofrece la Biblioteca Médica

Es oportuno recordar que la Biblioteca ofrece a todos los médicos del país, los siguientes servicios:

1. — Posibilidad de consultar gratuitamente los 3.500 títulos de libros y los 423 títulos de revistas científicas en el campo de de las Ciencias Médicas y afines, **que** integran sus colecciones.
- 2.— Facilidades para lectura- estudios o investigación en los locales de sus salas de lectura.
3. — Colaboración en la recuperación y localización de la información a través **del servicio de Referencia-**

Estos servicios se extienden a los médicos del interior del país que pueden enviar sus solicitudes de elaboración de Bibliografía, fotocopiado de material, intercambio de servicio con el exterior, cubriendo el costo del correo y del fotocopiado de las publicaciones, a un costo de L. 0.15 (Quince Centavos) por página.

#### Horario de Servicio al Público Biblioteca Facultad de Ciencias Médicas

1er. Piso de Edificio de la Escuela de Enfermería

Lunes a Viernes 8:00 a. m. a 8:00 p. m.  
—Sábado 8:00 a. m. a 8.00 p. m.

#### Biblioteca del Hospital San Felipe

(Hasta el 30 de Junio)

Lunes a Viernes 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

A partir de Julio

Lunes a Viernes 8:00 a. m. a 3:30 p. m.

#### Situación Actual de la Biblioteca Médica

**En el mes de septiembre del año pasado se efectuó un estudio para**

determinar la situación de la Biblioteca en libros, revistas y espacio físico para lectores, con respecto a normas internacionales para Bibliotecas Universitarias. El resultado es el cuadro que se adjunta a la presente, bastante desconsolador, aún considerando las limitaciones económicas que afrontamos como país en vía de desarrollo, y que es el factor predominante que impide el crecimiento del acervo bibliográfico.

**Las Bibliotecas son la obra de los lectores que hacen uso de ellas.**

Ya que reflejan su interés y sus demandas, y su respaldo. El grado de desarrollo de estas instituciones es un índice significativo de la inquietud intelectual y rigor científico de sus usuarios. Los países pobres debemos aprovechar las facilidades de cooperación que nos ofrecen organizaciones y/o países con mayores recursos informativos y hacerlas accesibles al ámbito nacional.

**Programas que se desarrollarán en 1977 con la cuota del Colegio Médico.**

En 1977 se tiene proyectado destinar la cuota asignada por el Colegio Médico a la Biblioteca, a los siguientes programas:

- 1.— Se extenderán y ampliarán en forma planificada los servicios Bibliotecarios a todos los médicos del país, quienes tendrán derecho a solicitar anualmente y

en forma gratuita una bibliografía especializada y fotoreproducción de 3 artículos de revistas a su elección, hasta un total de 30 páginas.

- 2.—■ Se continuará y promoverá el servicio de solicitud de bibliografía especializada y fotoreproducción de artículos' así como el canje de publicaciones a la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) de Sao Paulo, Brasil, la National Library of Medicine de Estados Unidos, y otras Instituciones similares que puedan favorecernos con sus servicios.
- 3.—■ Se buscará la forma más ágil y oportuna de facilitar a los médicos en cualquier área del país, información sobre las nuevas publicaciones recibidas por la Biblioteca Médica,
- 4.— Se proseguirá con la adquisición de títulos significativos de libros recientes de interés para la comunidad médica, cuya selección estará a cargo del Comité de la Biblioteca Médica, integrado por tres profesionales médicos.

Aunemos esfuerzos para hacer de nuestra Biblioteca Médica, el centro de estudios y apoyo que la investigación médica nacional demanda y necesita, y que la salud de la comunidad hondureña reclama.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS  
SISTEMA BIBLIOTECARIO  
BIBLIOTECAS MEDICAS

CUADRO COMPARATIVO DE LAS NECESIDADES DE LA BIBLIOTECA MEDICA \*

ESTANDARES *	EXISTENCIA B. M.	FALTANTES
<b>No. de Libros</b>		
Alumnos	2.500 x 15 = 37.500	
Catedráticos	117 x 10 = 1.170	
Otros	800 x 3 = 2.400	
	41.070	37.925
<b>No. de Revistas:</b>	2.500 x 1 = 2.500	
	117 x 5 = 585	
	3.085	2.662
<b>Espacio para Usuarios</b>	— espacio para el 25% del total de la población. (Población Anual = 3.147) 25% = 854	Capacidad actual para 54
		800

\*"Draft: Standars for College Libraries 1975 revisión". College and Research Libraries. (Dec. 1974) pp. 284-305  
Catedráticos = 100 títulos de libros y 5 títulos de revistas por cada catedrático.

Alumnos = 15 títulos de libros y 1 título de revista por cada alumno inscrito.

\*Agosto, 1976.

# Reglamento de la Revista Médica Hondureña

## I. OBJETIVO

Art. 1. La "Revista Médica Hondureña" es el órgano oficial de publicidad del "Colegio Médico de Honduras".

## II. DEL CONSEJO EDITORIAL

Art. 2. La Revista será dirigida por un Consejo Editorial integrado por un Director, un Secretario, y cuatro Redactores. Todos serán colegiados en goce de sus derechos.

Art. 3. La Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras", nombrará al Director. El resto de los miembros del Consejo Editorial serán nombrados por el Director, previa autorización de la Junta Directiva del Colegio.

Art. 4. El Consejo Editorial durará un año en sus funciones y sus miembros podrán ser reelectos.

Art. 5. Son funciones del Director:

- a) Convocar y presidir las sesiones del Consejo;
- b) Distribuir entre los miembros del Consejo los trabajos recibidos para su publicación con el objeto que sean analizados;
- c) Seleccionar la impre-

ta donde se editará la Revista basándose en condiciones económicas de responsabilidad y de capacidad técnica;

- d) Supervisar la impresión de la Revista;
- e) Autorizar los gastos;
- f) Presentar un informe anual a la Junta Directiva del Colegio en el que se detallará la labor realizada en el período;
- g) Todas las que le asigne la Junta Directiva del Colegio.

Art. 6. Son funciones del Secretario:

- a) Llevar la correspondencia;
- b) Colectar el material por publicarse;
- c) Levantar acta de las sesiones del Consejo;
- d) Vigilar la adecuada distribución de la Revista, en especial la de canje y su inscripción en el Index Medicus;
- e) Las que le asigne el Director de la Revista.

Art. 7. Son funciones de los Redactores:

- a) Concurrir a las sesiones del Consejo;
- b) Analizar los artículos que le sean remitido por el Director para decidir si procede o no su publicación. La aprobación de éstos se basará en la calidad científica de los mismos, nitidez de la presentación y ajuste al presente Reglamento;
- c) Asistir a la Dirección en la corrección de pruebas de la Imprenta;
- d) Las que le asigne el Director,

Art. 8. El Consejo celebrará una sesión inaugural, sesiones ordinarias después de la publicación de cada número y extraordinarias cuando sean convocadas por el Director.

Art. 9. El Consejo fijará el número de ejemplares de cada tiraje y establecerá la tarifa de anuncios.

Art. 10. Ante renuncia o ausencia prolongada de cualquier miembro del Consejo, el Director nombrará su sustituto de acuerdo con el Artículo 3 o.

#### m. DE LA ADMINISTRACIÓN

**Art. 11.** La administración de la Revista estará a cargo de la Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras".

Art. 12. El Gerente General del Colegio tendrá las siguientes funciones:

- a) Gestionar y celebrar contratos de anuncios comerciales y recaudar los pagos de los mismos de acuerdo con las tarifas aprobadas por el Consejo;
- b) Remitir a la Secretaría del Consejo- con treinta días antes de anticipación al tiraje de cada número, la lista de los anuncios que deberán aparecer en la siguiente edición con los correspondientes nuevos clisés, si los hubiera.

Art. 13. La Tesorería del Colegio colectará todo ingreso procedente de la publicación de la Revista. Asimismo, efectuará los pagos autorizados por el Director y presentará a la Junta Directiva del Colegio y al Consejo un informe económico semestral de la Revista.

#### IV. DEL CONTENIDO DE LA REVISTA

**Art. 14.** En la portada de la Revista se dará el detalle de los temas contenidos, con consignación de autores e indicaciones de la página en que aparece cada una de ellos.

**Art. 15.** En todo número aparecerán las siguientes secciones:

- a) Una sección científica que podrá ser dividida en subsecciones de acuerdo a lo que estime apropiado el Consejo;

**Art. 7.** Son funciones de los Redactores:

- a) Concurrir a las sesiones del Consejo;
- b) Analizar los artículos que le sean remitido por el Director para decidir si procede o no su publicación. La aprobación de éstos se basará en la calidad científica de los mismos, nitidez de la presentación y ajuste al presente Reglamento;
- c) Asistir a la Dirección en la corrección de pruebas de la Imprenta;
- d) Las que le asigne el Director,

**Art. 8.** El Consejo celebrará una sesión inaugural, sesiones ordinarias después de la publicación de cada número y extraordinarias cuando sean convocadas por el Director.

**Art. 9.** El Consejo fijará el número de ejemplares de cada tiraje y establecerá la tarifa de anuncios,

**Art. 10.** Ante renuncia o ausencia prolongada de cualquier miembro del Consejo, el Director nombrará su sustituto de acuerdo con el Artículo 3 o.

**Oí. DE LA ADMINISTRACIÓN**

**Art. 11.** La administración de la Revista estará a cargo de la Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras".

**Art. 12.** El Gerente General del Colegio tendrá las siguientes funciones:

- a) Gestionar y celebrar contratos de anuncios comerciales y recaudar los pagos de los mismos de acuerdo con las tarifas aprobadas por el Consejo;
- b) Remitir a la Secretaría del Consejo- con treinta días antes de anticipación al tiraje de cada número, la lista de los anuncios que deberán aparecer en la siguiente edición con los correspondientes nuevos clisés, si los hubiera.

**A-rt. 13.** La Tesorería del Colegio coleccionará todo ingreso procedente de la publicación de la Revista. Asimismo, efectuará los pagos autorizados por el Director y presentará a la Junta Directiva del Colegio y al Consejo un informe económico semestral de la Revista.

**[V. DEL CONTENIDO DE LA REVISTA**

**Art. 14.** En la portada de la Revista se dará el detalle de los temas contenidos, con consignación de autores e indicaciones de la página en que aparece cada una de ellos.

**Art. 15.** En todo número aparecerán las siguientes secciones:

- a) Una sección científica que podrá ser dividida en subsecciones de acuerdo a lo que estime apropiado el Consejo;

- b) Una sección gremial de índole informativa donde se hará divagación de los asuntos de interés colegial y que estará a cargo de la Secretaría del Colegio;
  - c) La integración del Consejo Editorial;
  - d) El índice de anunciantes;
- Art. 16. En el número inicial de cada año se harán aparecer los nombres de los miembros de la Junta Directiva, del Tribunal de Honor y del Comité de Vigilancia del "Colegio Médico de Honduras" recién electos.
- Art. 17. En el número final de cada año se publicará la lista completa de los colegiados, la que será suministrada por la Secretaría del **Colegio**.

## V. DE LOS TRABAJOS CIENTÍFICOS

- Art. 18. En la "Revista Médica Hondureña" se publicarán trabajos científicos originales e inéditos escritos en el idioma nacional por médicos colegiados. A criterio del Consejo se podrán reproducir artículos médicos de autores nacionales o extranjeros, siempre que sean de interés general.
- Art. 19. Los trabajos originales podrán ser de los siguientes tipos:
- a) De investigación científica;
  - b) *de* divulgación científica;
  - c) de casuística nacional.
- Art. 20. Las colaboraciones deberán ser remitidas al Secretario de la Revista.
- Art. 21. El Director comisionará a uno de los miembros del Consejo para que efectúe la *evaluación* del trabajo, remitido, escogiéndose a aquel miembro que de acuerdo con su entrenamiento esté más capacitado para dictaminar sobre el tema.
- Art. 22. Todos los trabajos deberán ser escritos a máquina, con doble espacio, sin exceder veinte páginas y al final deberán contener, siempre que sea posible, un resumen en español y en inglés o interlingua.
- Asimismo, deberán constar de la bibliografía consultada que deberá cumplir con los siguientes requisitos:
- a) Número de referencia intercalada en el texto;
  - b) Apellido del autor en letras mayúsculas;
  - c) Iniciales del nombre del autor en letras mayúsculas;
  - d) Título del artículo con sustantivo;
  - e) Nombre de la revista o boletín consultado, con las abreviaturas establecidas por el Index Medicus;
  - f) Volumen de la Revista Boletín;
  - g) Número de la primera página **del** Artículo;

- h) Año de la publicación;
  - i) En caso que la referencia sea un libro deberá hacerse constar, además del nombre del autor- del título del libro y el número de la primera página consultada, el nombre de la Casa Editorial, su ubicación y año de publicación.
- Quisitos estipulados en este Reglamento o que no se ajuste a las exigencias científicas, éticas o estéticas establecidas internacionalmente.
- Art. 27. Las separatas serán por cuenta del interesado y deberán ser solicitadas por escrito al entregar el trabajo.

#### VI DE LOS ANUNCIOS

- Art. 23. No se publicarán trabajos sin referencias bibliográficas o que no llenen los requisitos expuestos, excepto aquellos que por su índole no lo ameriten.
- Art. 24. Las ilustraciones en blanco y negro o en colores serán remitidas por separado, detallando la leyenda que deba ir al pie de cada una o numerándolas si la explicación del mismo se da en el texto.
- Art. 25. El gasto en que se incurra por concepto de fotograbados será pagado así:
- a) Las impresiones en blanco y negro serán pagados por la Revista cuando no excedan de cuatro, si fuera mayor el número el resto será pagado por el autor;
  - b) Las impresiones en colores serán pagadas por la Revista cuando no excedan de dos; si fuera mayor el número el resto será pagado por el autor.
- Art. 26. El Consejo se reserva el derecho de rechazar cualquier trabajo que no llene los requisitos estipulados en este Reglamento o que no se ajuste a las exigencias científicas, éticas o estéticas establecidas internacionalmente.
- Art. 27. Las separatas serán por cuenta del interesado y deberán ser solicitadas por escrito al entregar el trabajo.
- Art. 28. Los anuncios serán gestionados y contratados de acuerdo con lo especificado en el Artículo 9 y en el inciso a) del Artículo 12 de este Reglamento.
- Art. 29. Todo cambio o supresión de un anuncio deberá solicitarse por escrito ante la Gerencia General del Colegio a más tardar treinta días después de la publicación de un número; en caso contrario aparecerá en la misma forma en el número siguiente. Se exceptúan los que tengan estipulaciones precisas en el contrato respectivo.
- Art. 30. El Gerente General del Colegio es el responsable de los clisés suministrados por los anunciantes.
- Art. 31. La "Revista Médica Hondureña", será distribuida gratuitamente en los siguientes casos:
- a) Un ejemplar para cada uno de los colegiados;
  - b) Cinco ejemplares para cada uno de los auto-

#### Vn. DE LA DISTRIBUCIÓN

res de trabajos publicados;

- c) Dos ejemplares para cada uno de los anunciantes;
- d) Diez ejemplares para la Biblioteca Médica Nacional;
- e) Diez ejemplares para el Archivo y Biblioteca Nacional;
- f) El número de ejemplares que el Consejo de termine para organizaciones o personas determinadas.

Art 32. La venta y precio de ejemplares será determinada por la Junta Directiva del Colegio.

#### **VID. PERIODICIDAD**

Art. 33. La Revista se editará cada tres meses. Los números de cada año formaran un volumen.

#### **IX. REPRODUCCIÓN DE ARTÍCULOS**

Art. 34. La reproducción de artículos originales de la Revista en otras publicaciones científicas será permitida siempre que en las mismas se haga constar su fuente de origen.

#### **X. DISPOSICIONES GENERALES**

Art. 35. Los ejemplares no distribuidos serán dependencia del Colegio y estarán bajo la custodia de la Tesorería.

Art. 36. Lo no previsto en el presente Reglamento será resuelto por el Consejo, con la aprobación de la Junta Directiva del Colegio.

Art. 37. Este Reglamento entrará en vigencia al ser aprobado por la Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras"...

Aprobado en la X Asamblea Gral. Ordinaria del Colegio Médico de Honduras, celebrada en Tegucigalpa, D. C. el 4 de febrero de 1971.

# SECCIÓN GREMIAL

La Sección Gremial del Volumen 45, No. 1 de la "Revista Médica Hondureña", presenta su saludo a los miembros electos por la XVI Asamblea General Ordinaria del "Colegio Médico de Honduras" celebrada los días 9 y 10 de febrero de 1977, en la ciudad de La Ceiba, Atlántida, deseándoles que su gestión sea pródiga en realizaciones para beneficio de la institución y sus afiliados.

Asimismo expresa su simpatía a los distinguidos colegas que dirigieron el "Colegio Médico de Honduras" durante el periodo 1976-1977.

## ORGANISMO DE GOBIERNO DEL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS"

Período: 1977 — 1978

### JUNTA DIRECTIVA

Presidente:	Dr. Ricardo Ochoa Alcántara
Vice-Presidente:	Dr. Oscar J. Cárcamo Tercero
Secretario:	Dr. Gustavo N. Pineda M.
Pro-Secretario:	Dr. César A. Cáceres M.
Tesorero:	Dr. Salvador Hiza Kury
Pro-Tesorero:	Dr. Danilo A. Alvarado Q.
Fiscal:	Dr. Marco Tulio Carranza D.
Vocal 1o.	Dr. Gustavo A. Zúniga Alemán
Vocal 2o.	Dr. Miguel R. Moncada A.

### TRIBUNAL DE HONOR

#### Propietarios:

Dr. Eduardo Talavera Westin  
Dr. Selim Castillo Handal  
Dr. Ramón E. Boquín Nolasco  
Dr. Manuel Enrique Larios Bonilla  
Dr. Héctor A. Medrano Díaz  
Dra. Flora Duarte de Núñez  
Dra. Eva Mannheim de Gómez

#### Suplentes:

Dr. Jacobo Palma Molina Dr.  
Raúl Flores Fiallos

### COMITÉ DE VIGILANCIA

Dres. Virginia Figueroa de Espinoza y  
Samuel Dickerman K.

## NOMBRAMIENTOS

La Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras" que inició sus labores en el mes de Febrero de 1977, ha emitido los nombramientos para integrar Comisiones y Comités y acreditar Representaciones:

### COMITÉ DE AUXILIO MUTUO:

Dres. Jorge A. Rivera Miyares, Carlos A. Martínez Pinel, Armando Rivas García, José Rafael Lobo Cerna, Rafael Tercero Mendoza, completándose con los señores Tesorero y Fiscal de la Junta Directiva Dres. Salvador Hiza Kury y Marco Tulio Carranza D., respectivamente.

### COMITÉ PERMANENTE DE CLASIFICACIÓN DE ESPECIALIDADES

Coordinador:

Dr. César A. Cáceres M.

#### Medicina Interna

Propietario:

Dr. Sergio A. Murillo

Suplente:

Dr. Marcio Sarmiento Soto

#### Cirugía General

Propietario:

Dr. Ángel Ernesto Argueta Aguilar

Suplente:

Dr. Lincoln Geo Gassis A.

#### Ginecología y Obstetricia

Propietario:

Dr Manuel Armando Chávez Q.

Suplente:

Dr. José Rubén López Canales

## Pediatría

Propietario:

Dr. Rene Stefan Hode

Suplente:

Dr. Leónidas Padilla Ramírez

### Comité de Apelación para Clasificación de Especialidades

Coordinador y Representante del "Colegio Médico de Honduras": Dr. Gustavo Adolfo Zúniga Alemán.

Representante *de* la Facultad de Ciencias Médicas: Dr. Danilo A. Alvarado Q.

La terna se completa con nombramiento de Miembro Emergente para cada caso, según la especialidad apelada.

### Comité Directivo del Fondo de Préstamos para Estudios de Ciencias Médicas

Presidente:

Dr. Lorenzo Amador Ponce

Secretario:

Dr. Guillermo Gerardo Waimín Ramos

Vocales:

Dres. Elías Alemán C, Francisco Javier Montes Z. y José Pablo Figueroa Sarmiento.

Comité **Encargado de la Inscripción de Técnicos y Auxiliares Paramédicos:**

Dres: Danilo A. Alvarado Q., con carácter de Coordinador, David Abraham Galo y María Elena Domínguez de Murillo.

### Comité de Ayuda para Colegiados:

Dres: Asdrúbal Raudales A. con carácter de Coordinador, Carlos Arturo Arita Ch., Octavio Pineda Contreras, Manuel de J. Pérez Izaguirre y Claudina Mercedes Fernera Andino.

### COMITÉ ORGANIZADOR DEL XXH CONGRESO MEDICO NACIONAL

Presidente:

Dr. Antonio Roberto Núñez Z-

Secretario:

Dr. Sergio A. **Murillo Elvir**

Tesorero:

Dr. Armando Alemán Q.

Coordinador y Representante de la Junta Directiva: Dr. Gustavo Adolfo Zúniga Alemán.

La ciudad sede de este evento será Tegucigalpa, D. C.

**Comité Médico de Emergencias Nacionales (COMEN):**

Coordinador:

Dr. Miguel R. Moneada Amador

Dr. Alejandro Membreño P.,  
Por la Asociación Quirúrgica Hondureña-

Dr. Víctor Manuel Vallejo,  
Por Asociación Pediátrica Hondureña

Dr. Jorge Aníbal González C,  
por Asociación de Ginecología y Obstetricia de Honduras.

Dr. Antonio R. Núñez Z.  
Por Asociación Hondureña de Medicina Interna.

Dr. Benjamín Rivera N.,  
Por Asociación Hondureña de Médicos Sanitaristas.

Dr. Ramón Boquín Nolasco,  
Por Sociedad Hondureña de Anestesiología.

Dr. Rigoberto Ramírez A.,  
por Asociación de Traumatología y Ortopedia.

**REPRESENTANTES**

**Representante ante el Comité Ejecutivo del Servicio Médico Social**

Dr. Ricardo Ochoa Alcántara, Propietario, y Dr. Osear J. Cárcamo Tercero, Suplente.

**Junta de Control de Drogas Heroicas y Estupefacientes:** Dres- Samuel Dickerman K., Propietario, y Juan Al-

mendares Bonilla, Suplente.

**Comisión Encargada de la Selección del Personal Médico de los Hospitales Estatales para la Docencia:** Dres. Plutarco Castejanos, Propietario, y Jaime Haddad Q., Suplente.

**Comité de Educación Médica Continuada:** Dr. Jorge Haddad Q.

**Consejo Nacional de la Cruz Roja Hondureña:** Dr. Miguel R. Moneada Amador.

**Asamblea General Extraordinaria de la "Federación de Colegios de Médicos y Cirujanos de Centro América (FEDECODEMCCA),** efectuada en San José, Costa Rica, el 26 de marzo de 1977: Drs... Ricardo Ochoa Alcántara y Virgilio Cardona L.

**Comisión Evaluadora de los Servicios Médico-Administrativo del "Instituto Hondureño de Seguridad Social":** Dr. Carlos A. Medina R.

**Jurado Calificador para Seleccionar a "Mis Tegucigalpa" en Certamen Promovido** por la Cruz Roja Hondureña: Dra. Flora C. Duarte de Núñez.

**Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras:** Dr. Benjamín Fortín M., con carácter de Suplente y en sustitución del Dr. Osear J- Cárcamo Tercero, a partir del 11 de abril de 1977 y para completar el período de tres (3) años iniciado el 10 de mayo de 1976. El Dr. Cárcamo Tercero renunció.

**COMISIONES**

**Comisión Encargada de la Revisión de Reglamentos:** Dres. Ricardo Ochoa Alcántara con carácter de Coordinador, Rubén A. Villeda B. y Carlos A. Cruz López y P. M. José Enrique Soto, los tres últimos fueron ratificados.

**Comisión Encargada de Visitar Co-**

**legiados de Siguatepeque (14/Mayo 1977):** Dres. Osear J. Cárcamo Tercero y Gustavo A. Zúñiga Alemán. (Punto 6o. Plan de Trabajo de la actual Junta Directiva).

Comisión Encargada de Visitar **Co-**"legiados **de Santa Rosa de Copan** (27 Mayo 1977): Dres. Ricardo Ochoa Alcántara, Salvador Hiza Kury, César A. Cáceres Mendoza y Marco Tulio Carranza D. (Punto 6o. Plan de Trabajo de la actual Junta Directiva).

**Comisión Encargada de Elaborar el Proyecto de Reglamento del Fondo de Ayuda Emergente: Comité de Ayuda para Colegiados.**

**Comisión de Dictamen del Proyecto de Reglamento del Fondo de Ayuda Emergente:**

Dres. Elias A. Faraj R., con carácter de Coordinador, Ramón Custodio y Julio C. Batres.

**Comisión de Estudio para la Organización de Campaña contra el Alcoholismo y la Drogadicción (Punto 10 de Plan de Trabajo de la actual Junta Directiva):** Dres. Gustavo N. Pineda Montoya con carácter de Coordinador, Augusto Rivera Cáceres y Alfredo León Padilla H.

#### **DELEGADOS DEL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS"**

De conformidad con los nombramientos emitidos por la Junta Directiva en la primera sesión celebrada, en el presente período administrativo fungen como Delegados del "Colegio Médico de Honduras" los siguientes profesionales:

Catacamas, Olancho  
Dr. Carlos Elpidio Munguía P.  
Comayagua, Comayagua Dr.  
Wilberto Lagos Lagos  
Choluteca, Choluteca  
Dr. José Antonio Bueso C.

Danlí, El Paraíso  
Dr. Reynaldo Ornar Zavala S.

El Mochito, Santa Bárbara Dr.  
Sergio Boris Pineda A.

El Paraíso, El Paraíso  
Dr. Mario Santos Medal

El Progreso, Yoro  
Dr. Armando N, Delgado Zepeda

Juticalpa, Olancho **Dr**  
Ubence Cáliz Solís

La Ceiba, Atlántida  
Dr. César R. Rodríguez L.

La Lima, Cortés  
Dr. Arturo Joaquín Venegas F.

La Paz, La Paz  
Dr. Fausto Velásquez Zuazo

Olancho, Yoro  
Dr. Saúl Ayala Avila

Puerto Cortés, Cortés  
Dr. Guillermo Alfredo Ocano C.

Santa Bárbara, Santa Bárbara  
Dr. José María Leiva V.

San Pedro Sula, Cortés  
Dr Jesús Humberto Orellana M.

Santa Rosa de Copan, Copan Dr.  
Juan B. Almendares Irías

Siguatepeque, Comayagua Dr.  
Edgardo Sierra Martínez

Tela, Atlántida  
Dr. Edgardo Enamorado Castro.

En cumplimiento de Resolución de la XV Asamblea General Ordinaria el señor Delegado de San Pedro Sula se seleccionó entre la terna de profesionales propuesta por la "Asociación Médica Sampedrana".

**RESOLUCIONES APROBADAS POR LA XVI ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS", CELEBRADA EN LA CEIBA, ATLANTIDA, LOS DÍAS 8 y 9 DE FEBRERO DE 1977.**

1. TEXTO DE LA MOCIÓN: ATENCIÓN MEDICA GRATUITA PARA LOS ESTUDIANTES DE CIENCIAS MEDICAS.

Resolución: "Que los médicos en todo el país brinden su atención profesional gratuita a los Estudiantes de Medicina, previa identificación de los mismos y en forma que deberá reglamentarse en el curso de este año".

2. TEXTO DE LA MOCIÓN: PRESAMOS PERSONALES.

Resolución: "El Comité de Auxilio Mutuo otorgará préstamos hasta por un monto de Lps. 8.000.00. Limitar el período máximo de amortización de los préstamos personales hasta por treinta y seis meses".

3. TEXTO DE LA MOCIÓN: SOBRE SEGURO DE ACCIDENTE AEREO.

Resolución: "Que la Junta Directiva negocie la mejor manera para el cumplimiento del Art. 24 del Reglamento de Auxilio Mutuo para el Seguro Médico Obligatorio del Colegio Médico de Honduras, con aplicación inmediata una vez tomada una decisión".

4. TEXTO DE LA MOCIÓN: MODIFICACIÓN DEL INTERÉS QUE DEVENGA EL PRÉSTAMO PARA ESTUDIOS DE CIENCIAS MEDICAS DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS.

Resolución "Artículo 32 La recuperación total del préstamo se hará sujetándose al pago del 6% de interés durante el período de estudio y de gracia; y durante la

amortización del préstamo una cantidad igual al promedio de los intereses devengados por el fondo del Auxilio Mutuo".

5. TEXTO DE LA MOCIÓN: ARTICULO TRANSITORIO A INTRODUCIR EN EL REGLAMENTO DEL FONDO DEL AUXILIO MUTUO PARA EL SEGURO MEDICO OBLIGATORIO.

Resolución: Artículo No

A partir del lo. de marzo de 1977 se incrementa en L. 5.00 la cuota mensual del Auxilio Mutuo, mientras entra en vigencia la reforma del Artículo 139 de la Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras. El monto de lo así recaudado por el incremento pasará a formar parte del patrimonio del Colegio Médico de Honduras".

6. TEXTO: DÉFICIT OPERACIONAL DEL COLEGIO MEDICO.

Resolución: "Con el objeto de cargar al fondo de Auxilio Mutuo en los servicios de administración que le presta el Colegio, la Junta Directiva presentará un estudio a la próxima Asamblea. Durante el presente período seguirá cubriéndose el déficit operacional con fondos de la renta del Auxilio Mutuo".

7. TEXTO: "SUPRESIÓN DEL CONGRESO MEDICO NACIONAL CORRESPONDIENTE A FEBRERO DE 1979 (No. 23) POR CELEBRARSE EN (DICIEMBRE DE 1978 EL XVII CONGRESO MEDICO CENTRO AMERICANO.

Resolución: "La Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras presenta formal moción para que se cancele el Congreso Médico Nacional a celebrarse en Honduras el XII Congreso Médico Centroamericano en diciembre de

1967 y considerando la proximidad en la celebración de los dos eventos con corto intervalo de diferencia".

8. TEXTO: FONDO DE AYUDA EMERGENTE-

Resolución: "Que se cree un fondo de ayuda para todo colegiado inscrito, dedicado a cubrir gastos imprevistos de salud u otros riesgos, que deberá suscribirse por contribuciones voluntarios, donaciones, el 5% de la renta anual del Fondo del Auxilio Mutuo y que funcionará según reglamentación especial".

9. DICTAMEN DE MOCIÓN. Nosotros Dres. Luis Callejas, Rafael Lobo y J. Armando Rivas, nombrados como Comisión de Dictamen del Proyecto de Reglamento de Ayuda en vista de que no existe en nuestras Leyes y Reglamentos ninguna manera de beneficiar a los colegas que habiendo pasado de los 65 años no tengan un medio de subsistencia y teniendo en cuenta que ya son personas que tienen acumulado un beneficio de Auxilio Mutuo; del cual no pueden gozar en vida y es en esta etapa que lo están necesitando, mocionamos muy respetuosamente ante la Asamblea, en el sentido que se agregue como Artículo 14-A al Reglamento del Auxilio Mutuo.

"Artículo 14-A. Cuando un colegiado haya llegado a la edad de 65 años y no tenga un medio de subsistencia, se nombre una comisión que haga la adecuada investigación de cada caso, a solicitud del interesado y si así se confirmare:

- a) Quedará eximido del pago de las cuotas mensuales.
- b) De su beneficio del Auxilio Mutuo que tiene derecho se le adjudicará una cuota mensual de 250 lempiras mensua-

les, hasta agotar la cantidad a que tiene derecho, quedando así cancelado su beneficio en vida.

- c) Si el colegiado falleciera antes de haber recibido el total a que tiene derecho, la diferencia será entregada a sus herederos, según conste en su hoja de Declaración de Beneficiarios.
- d) Esta disposición es única para aquellos colegas que no hayan sido morosos con el Auxilio Mutuo a partir de la aprobación de esta moción.

10. TEXTO: AYUDA A REALIZACIÓN DE EVENTOS CIENTÍFICOS.

Resolución: "Que todas las solicitudes de ayuda de las asociaciones de especialidad se acompañadas de un estudio presupuestario y que la cantidad asignada sea en carácter de préstamo y de que de esta manera cada asociación cree fondos especiales para tales eventos a excepción de los Congresos Médicos generales sean nacionales o internacionales".

11. TEXTO: AYUDA ECONÓMICA AL X CONGRESO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DE CENTRO AMÉRICA Y PANAMÁ.

Resolución:

1. "Que el Colegio Médico de Honduras mantenga siempre la disposición noble de apoyar financieramente a los congresos médicos internacionales que se celebren en nuestro país.
2. En cumplimiento al numeral anterior, se aprueba la ayu-

da económica de Lps. 5.000.00 para el X Congreso de Otorrinolaringología de Centro América y Panamá, que se celebrará en Noviembre del presente año en nuestro país.

Se aprueba la ayuda en calidad de préstamo. La Junta Directiva en base a Resolución No. 10 conocerá estudio presupuestario y decidirá cantidad".

12. TEXTO: SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA PARA EL CONGRESO CENTROAMERICANO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

Resolución: "Adjudicar la cantidad de L. 2.500.00 como ayuda financiera para el Congreso Centroamericano de Ginecología y Obstetricia a celebrarse del 3 al 6 de agosto de 1977".

Se aprueba bajo mismas condiciones Resolución No. 11.

13. TEXTO: APORTACIÓN A XVII CONGRESO MEDICO CENTRO AMERICANO.

Resolución: "Que la Asamblea autorice la inclusión en el Presupuesto de Egresos del Colegio para 1977 la cantidad de DIEZ MIL LEMPIRAS para el financiamiento de la organización del XVII Congreso Médico Centroamericano y los once Congresos de Especialidades adjuntos.

Que la próxima Junta Directiva, al elaborar el anteproyecto de Presupuesto de Egresos del Colegio para 1978, incluya en el mismo una cantidad similar para ser aprobada por la Asamblea General de febrero del próximo año.

Que se declare en suspenso el Congreso Médico Nacional a celebrarse en febrero de 1979, para no causar una erogación duplicada en ese lapso; de aprobarse lo contenido en este numeral, es entendido que siempre deberá llevarse a cabo la Asamblea General Ordinaria de 1979, como lo manda la ley".

14. TEXTO: ESTABLECER REQUERIMIENTO PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA ESPECIALIDAD DEL MEDICO FAMILIAR.

Resolución: "Que se establezcan los requerimientos mínimos necesarios para autorizar el reconocimiento de la especialidad del médico familiar y se busquen los mecanismos necesarios para la pronta formación de este elemento médico".

15. TEXTO: REORGANIZACIÓN COLEGIO MEDICO DE HONDURAS.

Resolución: "Que se nombre por la Junta Directiva una Comisión de Médicos Colegiados a los cuales si la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras lo considera conveniente puede reconocerles honorarios y que hagan un análisis general de la problemática del Colegio y del Colegiado y planteen soluciones concretas que pudieran ser analizadas por una Asamblea Extraordinaria; si la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras lo considera oportuno podría contratar otro tipo de profesionales. Que se haga una encuesta previa al estudio. Que exista representatividad en la Comisión con miembros del Norte, Sur y Centro del país".

16. TEXTO: TIEMPO PARA EX-PONER.
- Resolución: "Que se permitan 15 minutos al Régimen de Pensiones de Retiro para informar a los colegiados las ventajas que ofrece el Régimen".
17. TEXTO: ANÁLISIS SALARIAL DEL MEDICO.
- Resolución: "Que el Colegio Médico de Honduras a través de su Junta Directiva elabore un estudio de incremento y nivelación 20. salarial del médico conjuntamente con Servicio Civil, IHSS, Ministerio de Salud y UNAH. Que apoye y promueva la creación del escalafón médico. Que el escalafón entre en vigencia a partir del ejercicio fiscal que se inicia en enero de 1978.
- Que se celebre una Asamblea Extraordinaria en el mes de julio para informar sobre el escalafón y presupuesto de las instituciones".
18. TEXTO: DERECHO A HACER SE REPRESENTAR EN LAS ASAMBLEAS GENERALES.
- Resolución: "El derecho a hacerse representar a las Asambleas Generales del Colegio Médico de Honduras deberá obligar al colegiado a pagar la cantidad de L. 10.00 (Diez Lempiras) a la Tesorería del Colegio, lo cual hará 22 en las dos semanas previas a la Asamblea a realizarse. La exención al pago estipulado anteriormente solo podrá ser admitida por excusa y documentación justificada. (Esto se consignaría en el inciso b) del Artículo 1, Capítulo I del Reglamento en lo relativo a asistencia a las Asambleas Generales).
19. TEXTO: RECONOCIMIENTO A LA LABOR DE LA JUNTA DIRECTIVA DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS.
- Resolución: "Que la Asamblea General otorgue un voto de reconocimiento a la Junta Directiva saliente por su dedicación y espíritu de responsabilidad en su gestión directiva. Extendiendo voto de reconocimiento a Personal Administrativo del Colegio Médico de Honduras".
- TEXTO: CONSERVAR LA PARTIDA DE IMPREVISTOS EN L. 10.000.00.
- Resolución: "En vista de haberse aprobado la moción de integrar la Comisión para Reorganización del Colegio Médico y la de Aumento Salarial cuyo funcionamiento puede acarrear gastos importantes se propone que la Partida de Imprevistos se mantenga en L. 10.000.00 y no se acepte la reducción de L. 6.000.00 que se propone en el Proyecto de Presupuesto".
- TEXTO: AUMENTO DE SERVICIOS PROFESIONALES.
- Resolución: "Incrementar el Presupuesto de Egresos —■ Servicios Personales. 1-06 de L. 6.000.00 para que quede en L. 10.000.00 para cubrir costos de Anteproyecto de Inversiones".
- TEXTO CONTROL DE CERTIFICACIONES MEDICAS.
- Resolución: "Que la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras solicite autorización al organismo legal correspondiente para investigar el número de dictámenes de salud que se extienden sustituyendo el Certificado Médico".

