

Revista
Médica
Hondureña



ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE
HONDURAS

Revista
MEDICA HONDUREÑA

ÓRGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

CONSEJO EDITORIAL

DR. ÓSCAR FLORES FUNES
Director

DR. JULIO C. ALVARENGA OCHOA
Secretario

Cuerpo de Redacción
DR. NELSON VELASQUEZ
DR. JORGE TULIO GALEAS
DR. EDGARDO MURILLO
DR. VÍCTOR M. VALLEJO

ADMINISTRACIÓN

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
Apartado Postal No. 810
Tegucigalpa, Honduras
Tel. 22-5466

LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO

Los departamentos de Pediatría, Gineco-obstetricia, Medicina Interna y Cirugía, respondieron a la necesidad de crear programas de entrenamiento para médicos generales. Según los planes iniciales, el producto de los programas sería distribuido en los diferentes hospitales regionales del país. Han transcurrido nueve generaciones de especialistas, y aquellos departamentos, ahora bajo la coordinación de la Dirección de Docencia del Hospital Escuela, continúan peregrinando con dichos programas.

Las tres instituciones comprometidas en la formación de recursos para la salud, han sido retribuidas substancialmente. Para la Secretaría de Salud Pública y el Instituto Hondureño de Seguridad Social es mayor el número de especialistas disponibles, y a la vez, mejor es su calidad de atención Médica. Para la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, significa elevar el nivel académico de la Facultad de Ciencias Médicas.

Sin embargo, a ésta altura, se hace necesaria una reflexión profunda del papel y la responsabilidad

de las Instituciones patrocinadoras. Es indispensable definir una política general: cuantos y cuales programas se justifican de acuerdo a las necesidades del país, cual es la demanda de las instituciones empleadoras, y además; cuales son las condiciones y requisitos que deben reunir los hospitales para que los programas funcionen.

Por otra parte, una definición del contenido y alcance en los programas de especialidad permite cimentar una mística en el trabajo médico; "La especialidad es un conocimiento más preciso de un campo en particular". La garantía que ofrece la definición, obliga a que los médicos especialistas reconozcan sus limitaciones y ejerzan su atención estrictamente en el campo en que han sido entrenados.

Hasta hoy los programas han dado sus frutos, pero su cosecha puede mejorar con la reflexión política y la implementación técnico-administrativa que su evolución requiere.

EMBARAZO GEMELAR

REVISIÓN DE UN AÑO 1982-1983.

HOSPITAL ESCUELA

*Dr. Gaspar Vallecillo h. **

*Dr. Jorge A. Fonseca ***

INTRODUCCIÓN.

El embarazo gemelar producto de la fertilización de dos óvulos separados o de uno solo, es relativamente frecuente en la especie humana. Su manejo ha sido controversial dadas las múltiples complicaciones que pueden sucederse durante la gestación y sobre todo en el transcurso del nacimiento.

El presente trabajo tiene como objetivo mostrar la experiencia que se tiene en nuestro hospital, en cuanto a la conducta adoptada ante la presencia de una gestación doble.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se analizaron los expedientes de 85 pacientes con embarazo gemelar atendidas en el período del 1o. De agosto de 1982 al 31 de julio de 1983, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela de Tegucigalpa. Las gestaciones fueron siempre mayores de 20 semanas, y a cada paciente se le estudió edad materna, antecedentes obstétricos, edad gestacional al nacimiento, momento y método diagnóstico, patología materna, resolución del embarazo, variantes de la presentación y situación fetal al nacimiento, intervalo de nacimiento entre el 1o. y 2o. gemelo, antecedentes familiares de gemelos, calificación de Apgar de ambos productos, peso de los recién nacidos y mortalidad perinatal.

* Jefe del Servicio de Obstetricia. Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas. Hospital Escuela.

** Ex-Residente.

RESULTADOS.

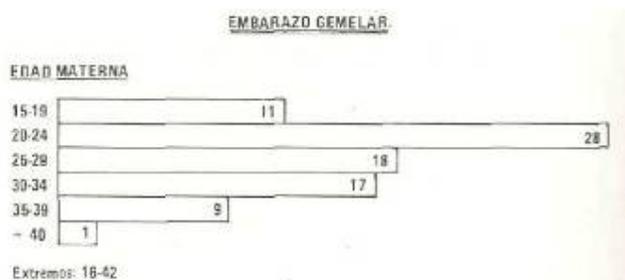
En el período de agosto 82 a julio de 1983 hubo un gran total de 14.006 nacimientos en el Hospital Escuela, de los cuales 85 fueron gemelares, dando una frecuencia de 0.60/0.

La mayoría de las mujeres tenían una edad comprendida entre los 20 y 24 años (28) siguiéndole en frecuencia 18 pacientes entre 25 y 29 años. Los extremos de edad fueron 16 y 42 años, con 11 y 1 casos respectivamente (Cuadro 1). Las primigestas ocuparon el 34.11o/o (29) de los casos, el resto de las pacientes (56) tuvieron de 1 a 9 partos previos (Cuadro 2).

En el 62.4o/o el nacimiento ocurrió entre la semana 37 y la 41, es decir a término, prematuros por edad gestacional significaron el 24.80/0 (Cuadro 3).

El momento del diagnóstico en su mayoría fue durante el parto, 47o/o (40), y en 29 casos (34o/o)

CUADRO 1



CUADRO 2.
EMBARAZO GEMELAR.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

PARTOS	ABORTOS	CESAREAS
1-3: 33	1: 13	1: 4
4-6: 18	2: 3	2: 1
7-9: 5	3: 1	3: 1
56	17	6

Primigestas: 29 (34.11o/o).

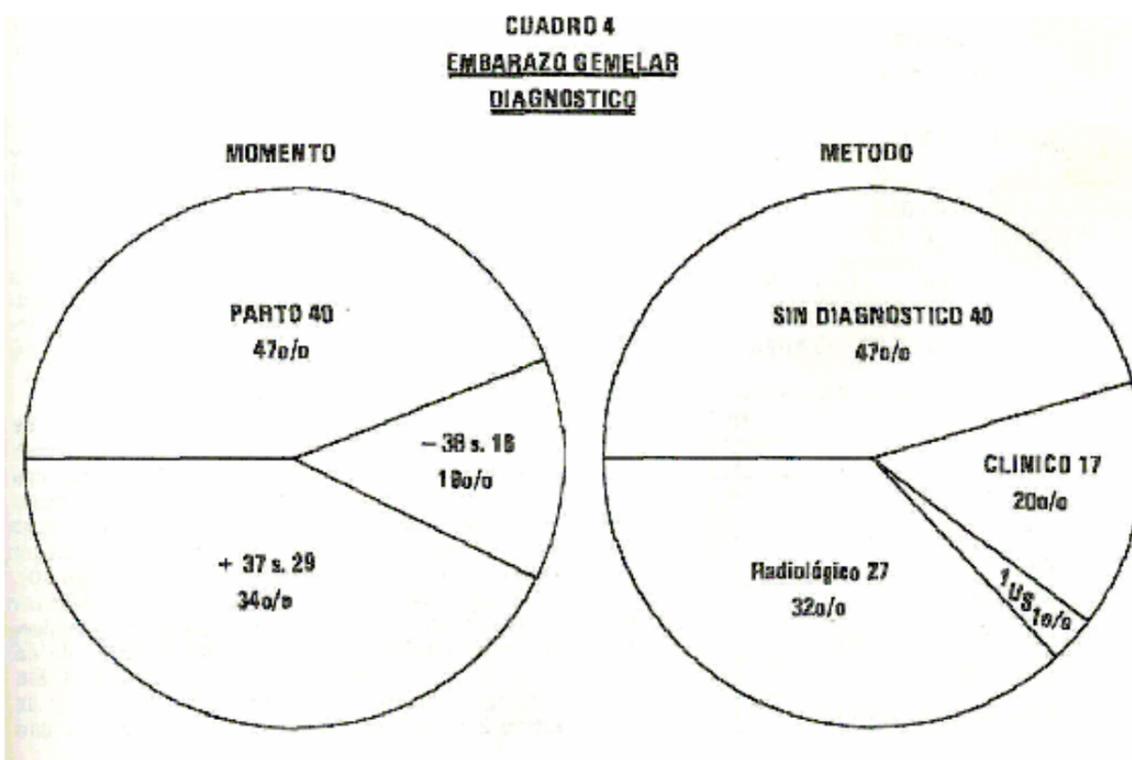
CUADRO 3.
EMBARAZO GEMELAR
EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO

SEMANAS		20 - 27	28 - 36	37 - 41	+ 42	IGNORADA
No.		5	21	53	4	2
o/o		5.8	24.8	62.4	4.7	2.3

0/0 (56) y por cesárea en 29 pacientes (34o/o). La indicación más frecuente de la cesárea lo constituyó el hecho de ser primigesta en 10 casos, la cesárea anterior fue en orden de frecuencia la segunda indicación de la intervención en 6 casos (Cuadro 6).

se hizo después de las 37 semanas, por lo tanto el método diagnóstico más utilizado fue el radiológico, 32o/o, ya que en el 47o/o de los casos la paciente no tuvo diagnóstico de embarazo gemelar hasta el momento del parto (Cuadro 4). En 17 pacientes hubo patología coincidente con el embarazo, de ellas 8 fueron pre-eclámpticas leves, 9.4o/o, que fue la complicación más frecuente (Cuadro 5).

La presentación y situación de los fetos al momento de su nacimiento fue variable, la más frecuente fue cefálico-cefálico en 29 casos (34o/o), y pélvico-cefálico en el 14o/o (12). El primer gemelo se presentó de cabeza en la inmensa mayoría (Cuadro 7).



CUADRO 5.
EMBARAZO GEMELAR.
PATOLOGÍA MATERNA

	No.	o/o
PRE-ECLAMPSIA LEVE	8	9.4
POLIHIDRAMNIOS	3	3.5
PRE-ECLAMPSIA SEVERA	2	2.3
ASMA BRONQUIAL	1	1.1
ANEMIA	1	1.1
INFECCION URINARIA	1	1.1
R.P.M.	1	1.1
	17	19.6

CUADRO 6.
EMBARAZO GEMELAR

RESOLUCION DEL EMBARAZO

	PARTO	CESAREA
No.	56	29
o/o	66	34

INDICACION DE LA CESAREA

PRIMIGESTA	10
CESAREA ANTERIOR	6
AMBOS PELVICOS	4
1º PELVICO	2
D.P.P.N.	2
COLISION	2
SUFRIMIENTO FETAL	1
1º TRANSVERSO	1
PROLAPSO DE CORDON	1

CUADRO 7.
EMBARAZO GEMELAR.
PRESENTACIÓN FETAL

	No.	o/o
CEFALICO-CEFALICO	29	34
CEFALICO-PELVICO	29	34
PELVICO-CEFALICO	12	14
PELVICO-PELVICO	9	11
TRANSVERSO-CEFALICO	1	1.1
CEFALICO-TRANSVERSO	1	1.1
PELVICO-TRANSVERSO	1	1.1
TRANSVERSO-PELVICO	1	1.1
SE IGNORA	2	2.3
	85	100

El intervalo de nacimiento entre el 1o. y 2o. producto tuvo extremos de 1 a 50 minutos, en 11 y 1 casos respectivamente, siendo lo más frecuente mayor de 7 minutos en 27 casos.

En el 65o/o de los casos hubo antecedente de embarazo gemelar, 49o/o por rama materna y 1lo/o por la paterna, y en 4 casos (5o/o) existió el antecedente de gemelos en ambos progenitores (Cuadro 8).

Los recién nacidos obtuvieron buena calificación de Ppgar tanto al minuto como a los cinco minutos, siendo esta de 7 a 10 en 64 y 67 casos respectivamente para el primer gemelo, y de 51 y 66 casos para el segundo gemelo (Cuadro 9).

El peso de los productos en su mayoría fue de 2500 a 2999 gramos, en 26 casos para el primer recién nacido, y en 17 para el segundo. Prematuros por peso fueron en número de 25 para el primer gemelo y 34 para el segundo. Considerando la suma de casos desde los 1500 a 2499 gramos, se tiene un total de 59, que representa el 34.7o/o (Cuadro 10). La muerte del primer gemelo sucedió en 10 casos y del segundo en 11, en 8 murieron ambos productos, registrando 21 recién nacidos muertos de un total de 170, lo que representa el 12.35o/o. Sin embargo, solamente 5 fueron de término y de estos, 2 fueron con malformación congénita, uno

CUADRO 8
EMBARAZO GEMELAR.
INTERVALO DE NACIMIENTO
ENTRE 1o. y 2o. GEMELO

-1 minuto	11
1-2 minutos	12
3-4 minutos	7
5-6 minutos	12
+7 minutos	27
IGNORADO	16

MAXIMO: 50': 1

ANTECEDENTE FAMILIAR DE GEMELOS

	No.	o/o
MADRE	42	49
PADRE	9	11
MADRE Y PADRE	4	5
	55	65

CUADRO 9
EMBARAZO GEMELAR
CLASIFICACION DE APGAR

	APGAR	1'	5'
PRIMER GEMELO	0-3	16	14
	4-6	5	4
	7-10	64	67
SEGUNDO GEMELO	0-3	18	14
	4-6	16	5
	7-10	51	66

CUADRO 10
EMBARAZO GEMELAR.
PESO DE LOS RECIEN NACIDOS

GRAMOS	1er. PRODUCTO	2o. PRODUCTO
- 499	3	2
500-999	4	3
1000-1499	8	11
1500-1999	6	14
2000-2499	19	20
2500-2999	26	17
3000-3499	13	15
+ 3500	3	
IGNORADO	3	3

a mayoría fueron inmaduros por peso y edad gestacional menor de 28 semanas, 10 productos que hacen un 47.6o/o. Los productos prematuros (28-34 semanas) que murieron fueron 6 con pesos inferiores a 1500 gramos, 3 fueron por Síndrome de Distraes Respiratorio (SDR), dos prematuz (820-920 grs) y uno por cardiopatía. Tomando los prematuros y los de término las muertes fueron en total de 11, de 170 productos de 85 embarazos gemelares. Si el total de muertes fue de 21, significó el 52.4o/o, y el 6.5o/o de 170 productos. (Cuadro 11).

DISCUSIÓN.

En nuestro medio hospitalario el embarazo gemelar tuvo una frecuencia de 0.60/0 igual a la informada por Largman para Japón, y menor que la de Estados Unidos de Norteamérica, que oscila entre 1.08o/o y 1.36o/o(1).

La edad gestacional al finalizar el embarazo fue mayor en el período de término 62.4o/o, entre las 37 y 41 semanas, muy parecida a las cifras de otros autores, aún cuando incluyen embarazos de 38 a 42 semanas, 70.8o/o(2), 69.9o/o(3) y 52.5o/o(4).

El diagnóstico se hizo en el momento del parto en el 47o/o de todos los casos, una explicación a este alto porcentaje, es el bajo número de pacientes que asisten al control prenatal, independientemente del tipo de gestación. Chávez Azuela y col. de México informan que en 20 de 59 pacientes se hizo el diagnóstico de gemelar en el momento del parto, lo que significa 33.89o/o(5). Radiológicamente se diagnosticaron 27 casos (32o/o) y por clínica el 20o/o (17 casos), a diferencia del mismo

CUADRO 11
EMBARAZO GEMELAR

MORTALIDAD PERIHATAL

SEMANAS AMENORREA	TIPO DE NACIMIENTO	GEMELO		PESO EN GRAMOS		PROBABLE CAUSA DE LA MUERTE
		1o	2o			
21	PARTO	1	2	400	450	INMADUREZ
25	PARTO	1	2	700	480	INMADUREZ
26	PARTO	1	2	600	700	INMADUREZ
27	PARTO	1	2	400	700	POLIDRAMNIOS. MALFORMACION'
27	PARTO	1	2	450	800	PROLAPSO DE CORDON
32*	PARTO	1	2	820	920	PREMATUREZ
32	CESAREA	1	2	1420	1400	SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO (SDR)
33	PARTO		22		1220	SDR
34	PARTO		2		?	CARDIOPATIA
37	CESAREA	1	2	2000		OBITO. CIRCULAR CORDON
38	PARTO	1		820		OBITO. MALFORMADO
40*	CESAREA		2		1700	MALFORMACION
41	CESAREA	1	2	?	?	D.P.P.N.

PRIMIGESTA

autor que tiene porcentaje de 44o/o y 15.25o/o respectivamente(5). En otros estudios se informa que hasta un 29o/o de todos los gemelos son diagnosticados hasta en el segundo período del parto (6).

La pre-eclampsia fue la patología más frecuente que acompañó el embarazo gemelar en nuestra serie, 10 en total, 8 leves y 2 severas, 11.7o/o, igual conclusión tiene Hellman (3), y Chávez Azuela(5). El hidramnios es superior al 5o/o en los embarazos gemelares según Potter y Fuller (3), para nosotros fue la complicación que siguió en frecuencia a la pre- eclampsia, 3 casos (3.5o/o), del total de 17 casos con complicaciones de 85 pacientes con embarazo gemelar, lo que corresponde a un 19.6o/o. La mayoría de los embarazos se interrumpieron por parto, 660/0, y la cesárea ocupó el 34o/o restante, a diferencia de otros autores en cuyas series la cesárea ocupó el primer lugar(5). Creemos que la cesárea tiene sus indicaciones precisas y que no debe liberalizarse su uso, por el hecho de estar frente a un embarazo gemelar, Koivisto aconseja su uso cuando hay indicación verdadera(7). Si se pretende mejorar la mortalidad perinatal habrá que

tomar en cuenta muchos factores que aumentan su frecuencia, y no solo la vía de nacimiento. En nuestro estudio de los 8 casos mayores de 30 semanas que fallecieron o que nacieron muertos, 4 se resolvieron por cesárea y de los 8 productos obtenidos, 6 fallecieron, 2 por SDR, 1 con malformación congénita, 1 óbito y 2 en un embarazo de 42 semanas y DPPN. En los restantes 4 casos se permitió el parto y se tuvieron 5 productos muertos, 2 por prematuridad (820-920 gramos), 1 con SRD, 1 por cardiopatía y 1 óbito. Por lo tanto en este grupo la cesárea no significó una mejoría de la mortalidad. Las indicaciones para la interrupción del embarazo por vía abdominal fueron de orden obstétrico.

Comparando la presentación fetal, la más frecuente fue la cefálica-cefálica con un 34o/o, y con igual porcentaje resultó la cefálica-pélvica (29 casos). Otros autores dan cifras de 47o/o y 30o/o respectivamente), y de 42.3o/o y 16.9o/o para las mismas presentaciones (5).

El intervalo de nacimiento entre ambos productos fue en su mayoría superior a 7 minutos (27 casos),

pero antes de ese tiempo nacieron 84 productos (42 casos). Es discutible que a mayor intervalo se tengan mayores complicaciones, ya que la presentación, situación y condición fetal por edad gestacional intervendrán favorable o desfavorablemente en el estado de salud del recién nacido. Se ha considerado que los mejores resultados se obtienen cuando el intervalo es de 5 a 15 minutos, entre el primero y segundo gemelo (3) (8).

Como dato curioso 55 pacientes tenían antecedentes familiares de gemelos, de estos, 42 fue por parte materna como era de esperarse, y en 4 casos ambos cónyuges tenían este antecedente.

La calificación de Apgar fue de 7 a 10 en la gran mayoría de los casos tanto para el primero como para el segundo gemelo, al minuto y a los cinco minutos de vida. Este resultado es satisfactorio si se tiene en cuenta que el 62.4o/o de las pacientes tenían gestaciones comprendidas entre las 37 y 41 semanas, igualmente hay que considerar que nosotros incluimos embarazos desde las 20 semanas, lo que lógicamente aumenta los inmaduros y prematuros con calificaciones de Apgar inferiores de 7. A menor peso de los recién nacidos mayor mortalidad (5). Este resultado se puede asociar a los pesos de los productos al nacer, que en nuestra serie fueron 152 mayores de 1000 gramos, y de estos 74 tuvieron pesos superiores a los 2500 gramos, distribuidos en 42 para el primer gemelo y 32 para el segundo. Hubo un leve incremento en el peso del primer producto en el total de la serie. Es prudente significar que la mortalidad perinatal es alta antes de las 30 semanas (9,10), pero también es significativa en productos menores de 36 semanas y con pesos inferiores a los **2100** gramos(11).

La mortalidad perinatal está resumida en el Cuadro 11, donde se concluye que de 170 productos de 85 embarazos gemelares, murieron 21 recién nacidos, lo que representa el 12.35o/o, sin embargo se hace la salvedad, que de estos solo 5 fueron de término, y si se toman solo los productos a partir de las 28 semanas se tiene un total de 11 lo que representa una mortalidad corregida de 6.5o/o de 170, lo que está descrito en el cuadro comparativo con otros autores (5).

La Mortalidad Perinatal (MP), que es el resultado de la suma del Número de Fetos Muertos mayores de 1000 gramos más los Recién Nacidos mayores de 1000 gramos hasta los 7 días de vida, entre el

Total de nacidos vivos o muertos mayores de 1000 gramos, por 1000, da como resultado que la MP es de 50 x 1000. La Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz es de 46 x 1000, y la Tasa de Mortalidad Fetal Tardía es de 6 por 1000 nacidos muertos superiores a 1000 gramos. Estas cifras se obtienen de acuerdo a las fórmulas ecuacionales aceptadas por la FIGO en octubre de 1977(12).

RESUMEN

1. Se estudiaron 85 pacientes con embarazo gemelar superior a las 20 semanas, en el período comprendido de agosto de 1982 a julio de 1983, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela de Tegucigalpa.
2. El 62.4o/o de los nacimientos ocurrió entre la semana 37 y la 41, e! 24.8o/o fueron prematuros por edad gestacional.
3. El diagnóstico más utilizado fue el radiológico con un 32o/o. El momento del diagnóstico en su mayoría fue durante el parto, 47o/o, y solo en 29 casos (34o/o) se hizo después de las 37 semanas.
4. La morbi-mortalidad se ve incrementada por la prematuridad. La mortalidad perinatal tomando en cuenta productos mayores de 28 semanas fue de 6.5o/o.
5. El diagnóstico oportuno de embarazo gemelar es importante para reducir la influencia de la prematuridad en los índices de mortalidad.
6. La resolución del embarazo gemelar fue en su mayoría por parto (66o/o), y la cesárea se practicó en el 34o/o. Este último procedimiento debe practicarse únicamente por indicación obstétrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Largnan, J.: Embriología Médica. México D.F. Nueva Editorial Interamericana, 1976.
2. Rommey, S. L.: Gynecology and Obstetrics. The health care of women. New York. Me Graw-Hill. 1981.
3. Hellman, L. y Prítchard, J.: Obstetricia de Willians. Barcelona. Salvat Editores, 1978.
4. Iffy, L.; Lavenher, M.A.; Jakobovitz, A; Kaminetzky, H. A.: The rate of early intrauterine growth in twin gestation. Am. J. Obstet. Gynecol. 146(8): 970-972. Agosto 1983.
5. Chávez Azuela, J.; Gasque, L.F. y Vélez, M.I.: Consideraciones sobre el embarazo gemelar. Ginec. Obstet. México. 47:282,1980.
6. Jarvis, G.L.: Diagnosis of Múltiple pregnaney. British Medical Journal. 2 (6190). 1979.
7. Koivisto, M.; Jouppila, A.; Moilanen, I. e Ylikorkala, O.: Twin pregnancy. Neonatal morbidity and mortality. Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl. 44: 21, 1975.
8. Delivery of second twin (Letter). Obstet. Gynecol. 59(5). 1982.
9. Chervenak, F.A.; Johnson, R.E.; Berkowitz, R.L.; Grannum, P. y Hobbins, J. C.: Is routine cesarean section necessary for vértex-breech and vertex-transverse twin gestation?. AM. J. Obstet. Gynecol. 148(1):1-5. 1984.
10. Hawrylyshyn, P.A.; Barkin, M. y Bernstein, A.: Twin pregnancies. A continuing perinatal challenge. Obstet. Gynecol. 59(4).1982.
11. Medearis, A.L.; Joñas, H.S.; Stockbauer, J.W. y Domke, H.R.: Perinatal deths in twins pregnancies. Am. J. Obstet. Gynecol. 134(4). 1979.
12. W.H.O.: Recommended definiition terminology and format for statistical teables related for the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by F.I.G.O. as amended October 14,1976. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 56: 247.1977.

MORBIMORTALIDAD DE LA SALA DE RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL CENTRAL DEL IHSS-1984

*Dr. Osear González Ardón **

INTRODUCCIÓN

La mortalidad de la sala de Recién Nacidos ha bajado en los últimos 7 años en el Hospital Central del IHSS, debido entre otras causas, al adiestramiento del personal, a la incorporación de la enseñanza de Post-Grado, al equipamiento moderno de ésta, con una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, y a la cobertura de médicos neonatólogos en dicha sala; por otro lado el adelanto que ha sufrido esta rama de la Pediatría es impresionante, adelanto que se ha reflejado en una mayor sobrevida del infante. Otro factor importante es el análisis de las causas que originan mortalidad en esta área pediátrica, que ha permitido determinar el genio epidemiológico de dicho servicio, y el control de epidemias que se han tenido en años anteriores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizan los libros de egresos de servicio de Recién Nacido y Servicio de Maternidad del Hospital Central del IHSS, así como los expedientes de los pacientes internados en sala durante 1 año, del 1o. de Enero de 1984 al 31 de Diciembre de 1984.

RESULTADOS

En este periodo el número de partos normales fue de 3,226 (79.6o/o) con 829 (20.4o/o) de partos patológicos para un total de 4.055 partos anuales; un poco menos que el año de 1983, posiblemente debido a desafiliación de muchos trabajadores por

efecto de la inflación nacional. De este número 654 (16o/o) fue por vía de cesárea, es de hacer notar que desde 1976 y por muchos años esta cifra fue de 4.5o/o pero el advenimiento de la residencia, la enseñanza y la mejor atención del derechohabiente condicionó un aumento de las cesáreas.

El índice de mortalidad fue de 15/1000 con un índice de morbilidad de 20.4o/o, la tasa de morbilidad fue a 7.38o/o; como se puede ver nuestra mortalidad es baja, todo ello condicionado a una atención más adecuada del recién nacido, dicha mortalidad está dada por la prematuridad de menos de 30 semanas de gestación, por otro lado la morbilidad tan elevada (20.4o/o) se debe a un diagnóstico más preciso de las patologías del equipo médico del servicio, constituido por los Neonatólogos y Pediatras en formación.

El promedio estancia fue de 4.8 días, debido a que la mayor parte de ingresos es de niños ictericos que están poco tiempo en sala (tabla 1). El índice OCU-pacional resultó bajo (42o/o), por tener mayor capacidad instalada y a que no contamos con una sala equipo en mal estado, lo que hace que dicho equipo permanezca en sala mientras se le repara.

Si analizamos la natalidad y las muertes por meses (tabla 2) nos encontramos que en el mes de Febrero hubo menos nacimientos (120) y muertes, siendo el mes de julio el que presentó la mayor natalidad (340), en cambio en el mes de Octubre tuvimos mayor mortalidad (13) por infecciones presentadas en Sala.

* Jefe del Depto. de Pediatría IHSS.

TABLA 1
MORBILIDAD

1984

1.	Ictericia	597 c.	72o/o del Morb.
2.	Asfixia Neonatal	101c.	12o/o
3.	Sind. Dificultad Resp.	69c.	8o/o
4.	Alteraciones Metabólicas	45c.	5.4o/o
5.	Sepsis	41c.	5o/o
	Infecciosas	40c.	5o/o
	Malform. congénitas.	45c.	5o/o
6.	Traumatismo Obstétrico	17c.	2o/o
7.	Alt. Hemorrágicas.	7c.	0.8o/o

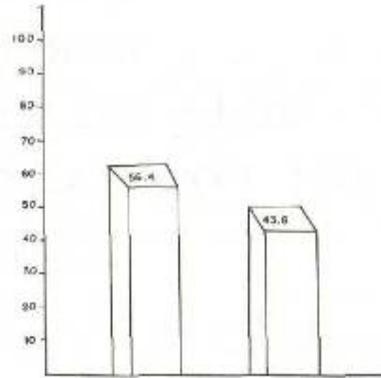
TABLA 2
PROMEDIO ANUAL
DIAS ESTANCIA
1984

- EN.	6 días	- Julio	5.7
- FEB.	3.7	- Agosto	4.1
- MARZ.	5.2	- Sept.	4.3
- ABRIL	4.6	- Oct.	5.6
- MAYO	5.8	- Nov.	5.6
- JUNIO	4.6	- Dic.	6.4
PROMEDIO =		4.8 días.	

El promedio de natalidad fue de 269 partos por mes con 69 ingresos mensuales y una mortalidad promedio de 5 por mes. En cuanto a niños internados en sala de Neonatología encontramos una prevalencia del sexo masculino 56.4 contra un 43.6 del sexo femenino, dato éste conocido por la mayor tendencia del sexo masculino a sufrir infecciones (Fig. 1).

GRÁFICA Nº 1

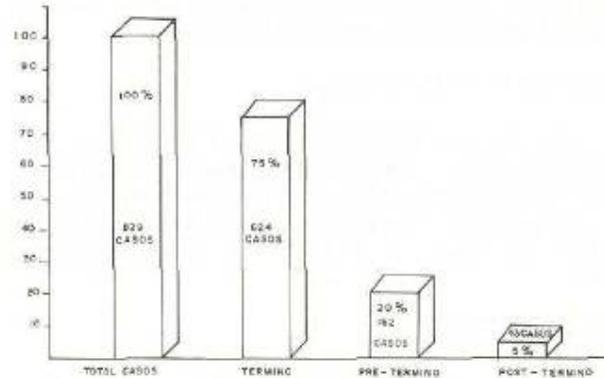
DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE RN INGRESADOS A SALA DE RECIÉN NACIDOS 829CASOS -1984



La edad gestacional estuvo repartida así: 624 (75o/o) a término, 162 casos (20o/o) en niños pretérmino, y 43 casos (8o/o) niños post ser de casos fueron pacientes de alto riesgo. (Fig. 2).

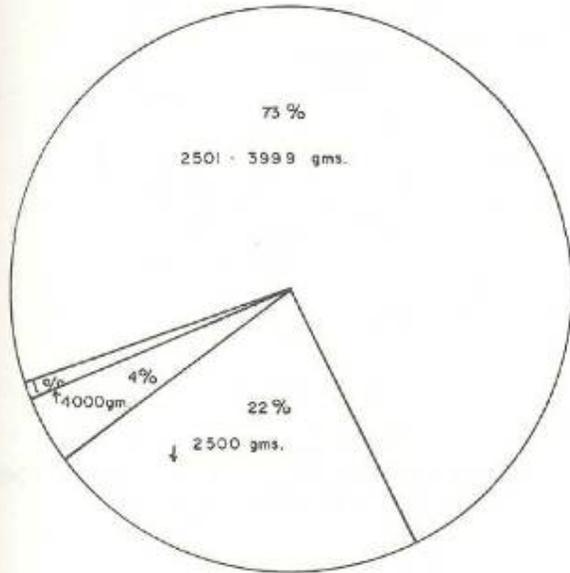
GRÁFICA Nº 2

EDAD GESTACIONAL DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE RN 829 CASOS - 1984



Los pesos se repartieron así: menos de 2.500 grs. 183 pacientes (22o/o); de 2,601-3,999, 607 pacientes (73o/o) y más de 4,000, 30 pacientes (4o/o), es decir niños de bajo peso más niños sobre 4,000 grs. suman 26o/o, que son de alto riesgo (Fig. 3).

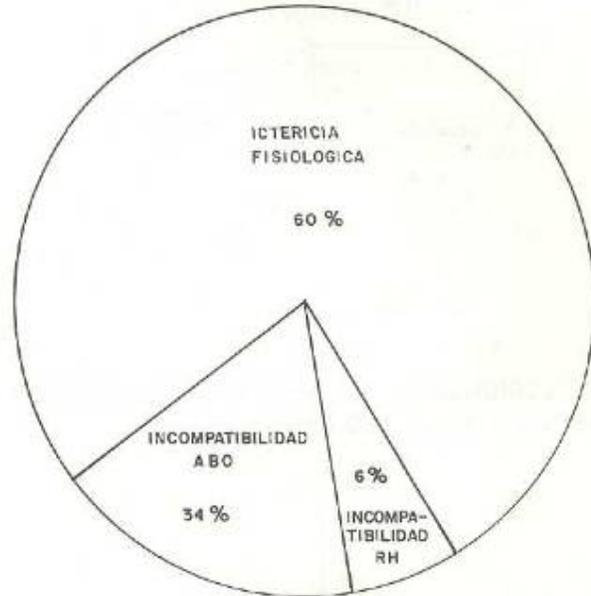
GRAFICA N° 3
DISTRIBUCION POR PESOS DE RN
INGRESADOS AL SERVICIO DE RN
829 CASOS - 1984



La morbilidad fue dada en 72o/o (597) casos por la ictericia por incompatibilidad ABO RR y fisiológica, la asfixia neonatal es de un 12o/o, el síndrome de dificultad respiratoria de 80/0, la sepsis aparece con 5o/o, ello condicionado por las medidas que se tienen y por la introducción de la lactancia materna en el recién nacido grave, llama la atención la elevada proporción de asfixia 12o/o

(101 casos) y lo más importante es que éstos niños asfixiados ocuparon un 46o/o de las causas de mortalidad de la sala (tabla 6 fig. No. 4).

GRAFICO N° 4
SINDROME ICTERICICO
597 CASOS - 1984



En el síndrome de dificultad respiratoria 69 casos (80/0), la membrana hialina ocupó el 32o/o, la bronco aspiración el 23o/o, la neumonía el 23o/o, la taquipnea transitoria del recién nacido el 17o/o y sólo 5o/o el neumotorax. El síndrome de dificultad respiratoria causó el 43o/o de mortalidad de la sala (Fig. No. 5).

Las infecciones (5o/o de la mortalidad general), fue producida en 25o/o por conjuntivitis, 20o/o por Torch, onfalitis 17.5o/o, meningitis 100/0, junliases 100/0, como se puede ver este rubro ocupa el quinto lugar de ingresos a sala (Fig. No. 6).

En cuanto a la relación de peso y mortalidad, el 67o/o fueron menores de 2,500 grs. (niños de alto riesgo) y sobre 2,500 grs., 21o/o, no consignado 12o/o. El niño de bajo peso 2,500 grs, es el más susceptible a infecciones, hemorragia cerebral

TABLA 3
SERVICIO DE RECIEN NACIDOS
MORTALIDAD MENSUAL

	NACIMIENTOS (N - S)	INGRESOS - C	MUERTES
ENERO	311	84	6
FEBRERO	120	50	1
MARZO	266	53	3
ABRIL	254	82	5
MAYO	322	100	6
JUNIO	287	85	3
JULIO	340	46	1
AGOSTO	277	67	6
SEPTIEMBRE	274	72	5
OCTUBRE	238	67	13
NOVIEMBRE	283	63	7
DICIEMBRE	254	70	5
ANUAL	3,226	829	81
PROMEDIO	268	69	5

pira tona 73o/o fueron por membrana hialina, 4o/o bronco aspiración, 80/0 neumonías y lo/o neumotórax; en total tuvimos 61 muertos.

En Conclusión:

- 1.- El número de nacimientos en el Hospital Central del IHSS de Tegucigalpa fue de 4,055, un 14o/o menor que en el año de 1983.
- 2.- Del total de nacimientos en 1984 ingresaron a la sala de Recién Nacidos 829 pacientes (20.4o/o) del total de nacimientos. Notándose un incremento de 7o/o en relación con los niños nacidos en 1983 (13.4o/o).
3. En cuanto al sexo encontramos predominancia del sexo masculino, misma tendencia que el año de 1983. 56.4o/o (masculinos) 1983, 52o/o en 1984.
- 4.- La estancia promedio de 4.8 días, que en comparación a 1983 luce menor (6.2 en 1983).

El índice ocupacional fue de 42o/o, un poco más elevado que en 1983 que fue de 35o/o, con un total de 29 cunas censadas.

- 5.- El índice de morbilidad fue de 20.4o/o, superior que en 1983 que fue de 13o/o.
- 6.- El índice de mortalidad fue de 15 x mil, igual que en 1983.
- 7.- El índice de morbiletalidad fue de 7.35o/o, inferior a 1983 que fue de 10.80/0.
- 8.- Las causas más frecuentes de morbilidad fueron en orden de frecuencia: 1. Síndrome icterico, 2. Asfixia, 3. Dificultad respiratoria, 4. Alteraciones metabólicas.

En conclusión seguimos teniendo una mortalidad baja (15 x mil) a pesar de que en un 22o/o del total son niños de bajo peso (2,500 gxs.) y de ellos el 20o/o son niños de pretérmino y 5o/o de postérmino que tienen una alta letalidad, ello demuestra un mejor manejo de estos niños en la sala de R.N.

CISTICERCOSIS CEREBRAL EN NIÑOS

HOSPITAL MATERNO INFANTIL

*Dr. Rigoberto Cuéllar **

*Dra. Jackeline Wood de Bush ***

INTRODUCCIÓN:

La cisticercosis cerebral, se define como la presencia de la larva enquistada de *Taenia Solium* en el sistema nervioso central, en sus cavidades o en sus envolturas.

Sobre cisticercosis cerebral en niños, la literatura mundial es escasa, y hasta el momento actual sólo existen cuatro artículos publicados (1, 5, 6, 7).

Como en todos los padecimientos, existen diferencias entre la patología del adulto y la del niño, y por otro lado el pésimo nivel de salubridad y educación en que se encuentra nuestro país, nos obliga cada día más a reportar los padecimientos propios de este sub-desarrollo de tal forma que el médico general piense en estas entidades y pueda hacer un abordaje adecuado del problema.

Existe una clasificación anatomopatológica de la Cisticercosis cerebral y que la divide en:

1. Cisticercosis ventricular
2. Cisticercosis parenquimatosa
3. Cisticercosis subaracnoidea
4. Cisticercosis mixta.

Por otro lado, el Dr. López Hernández, considera de mucha utilidad en el paciente pediátrico clasifi-

car a la cisticercosis desde el punto de vista clínico radiológico de la siguiente manera:

1. Cisticercosis cerebral asintomática
2. Cisticercosis cerebral con cráneo hipertensivo
 - a) Con datos de focalización
 - b) Sin datos de focalización.
3. Cisticercosis cerebral clasificada
 - a) Con crisis convulsivas
 - b) Sin crisis convulsivas
4. Formas mixtas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

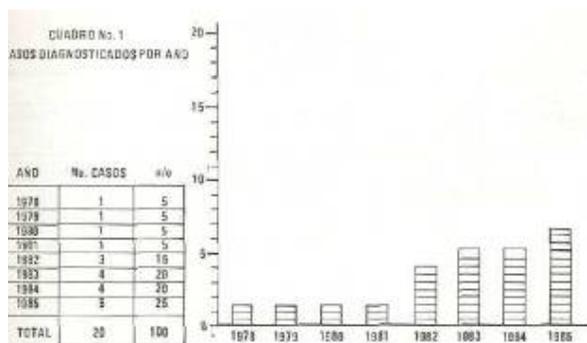
Se revisaron en una forma retrospectiva y prospectiva 20 pacientes con diagnóstica o de cisticercosis cerebral y vistos en el Hospital Escuela de Tegucigalpa, Honduras, durante el período de 1978 a 1985 y se hizo un análisis de un gran número de variables como ser sexo, distribución por edades, procedencia, signos y síntomas más frecuentes, evolución de los signos y síntomas durante su seguimiento en la consulta externa, evaluación de la utilidad de la prueba inmunológica ELISA, en suero y L.C.R., anomalías en el LCR, importancia de los estudios neuro-radiológicos como ser Rx simple de cráneo, arteriografía carotídea y tomografía axial computarizada de cerebro, EEG y utilidad de los medicamentos administrados.

RESULTADOS:

Ver cuadros No. 1, 2, 3,4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,11, 12, 13,14.

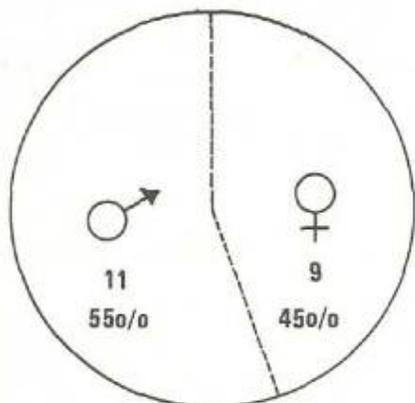
* Neurólogo Infantil, Sala de Neurología y Neurocirugía
Pediátrica Hospital Escuela.

** Residente de primer año en la especialización de Pediatría



CUADRO No. 2
DISTRIBUCION POR SEXO

SEXO	No. DE CASOS	o/o
M	11	55
F	9	45
TOTAL	20	100



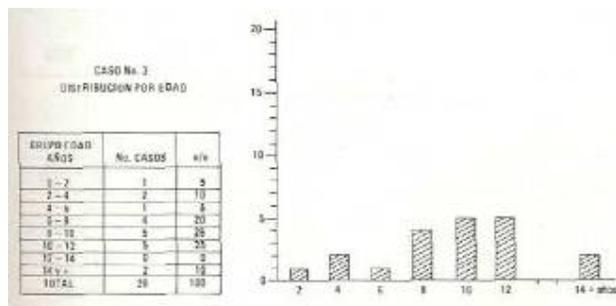
CUADRO No. 4
1978 - 1985

DEPARTAMENTO	No. DE CASOS	o/o
FRANCISCO MORAZAN	10	50
EL PARAISO	2	10
OLANCHO	2	10
ATLANTIDA	1	5
CHOLUTECA	1	5
CORTES	1	5
VALLE	1	5
YORO	1	5
NO CONSIGNADO	1	5
TOTAL	20	100



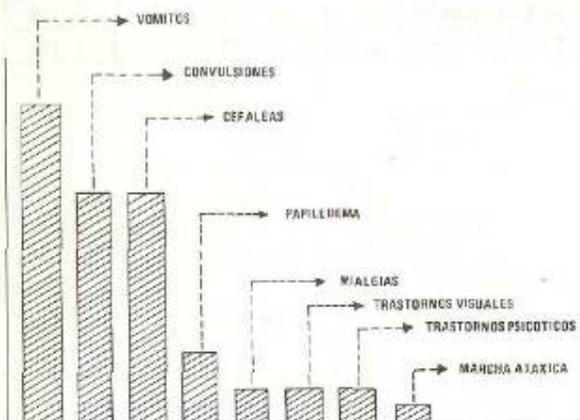
CUADRO No. 5
SINTOMAS Y SIGNOS MAS FRECUENTES

SINTOMAS Y SIGNOS	PRESENTE No. CASOS	o/o
VOMITOS	18	90
CONVULSIONES	15	75
CEFALEAS	14	70
PAPIEDEMA	4	20
MIALGIAS	2	10
TRASTORNOS VISUALES	2	10
TRASTORNOS PSICOTICOS	2	10
MARCHA ATAXICA	1	5



CUADRO No. 5-B

SINTOMAS Y SIGNOS	MEJORADO	o/o
VOMITOS	18	90
CONVULSIONES	13	65
CEFALEAS	13	65
PAPILEDEMA	4	20
MIALGIAS	2	10
TRASTORNOS PSICOTICOS	2	10
MARCHAS ATAXICAS	1	5
TRASTORNOS VISUALES	0	0

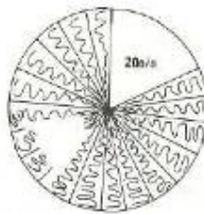


CUADRO No. 6

ESTUDIO INMUNOLOGICO (ELISA) EN SUERO Y LCR

PRUEBA (ELISA)	No. CASOS	o/o
SI SE PRACTICO	10	50
NO SE PRACTICO	10	50
TOTAL	20	100

RESULTADOS	SUERO	LCR
POSITIVIDAD	4	3
NEGATIVIDAD	6	7
TOTAL	10	10



CUADRO No. 7

TITULOS DE ANTICUERPOS (ELISA)

TITULOS	1:20		1:40		1:80		1:160		1:320		MAYOR DE 1:500	
	S	LCR	S	LCR	S	LCR	S	LCR	S	LCR	S	LCR
No. CASOS	1	0	1	0	2	0	1	1	1	0	2	2
TOTAL	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2		

CUADRO No. 8
ANORMALIDADES EN EL L.C.R.

L.C.R.	HALLAZGOS			
	GLUCOSA	POTREINAS	CELULAS	EOSINOFILOS
0	N	0	R	M
3	BAJA	NORMAL	NORMAL	NEGATIVO
4	NORMAL	ALTAS	NORMAL	NEGATIVO
4	BAJA	ALTAS	NORMAL	NEGATIVO
1	NORMAL	ALTAS	ALTAS	POSITIVO

20

CUADRO No. 9

RX CRANEO	20	100
EEG	12	60
TAC	10	50
ARTERIOGRAFIA	6	30

CUADRO No. 10

HALLAZGOS RX DE CRANEO	No. CASOS	o/o
SEPARACION SUTURAS	11	55
CALCIFICACIONES	6	30
NORMAL	3	15
TOTAL	20	100

CUADRO No. 11

T A C

HALLAZGOS	No. CASOS	o/o
CALCIFICACIONES	5	50
EDEMA CEREBRAL	3	30
AREAS FOCALES DE HIPERCAPT.	2	20
TOTAL	10	100

HALLAZGOS EN ARTERIOGRAFIA

CUADRO No. 12

HALLAZGOS	No. CASOS	o/o
NORMAL	6	100
NORMAL	0	0
TOTAL	6	100

HALLAZGOS EN E.E.G.
CUADRO No. 13

HALLAZGOS	No. CASOS	o/o
NORMAL	6	50
SIGNOS DE SUFRIMIENTO CEREBRAL DE ESTRUCTURAS MEDIAS Y PROFUNDAS	4	33.3
ACTIVIDAD PAROXISTICA TEMPORAL IZQUIERDA	2	16.6
TOTAL	12	99.9

CUADRO No. 14
TRATAMIENTO USADO EN 20 CASOS DE
CISTICERCOSIS CEREBRAL EN NIÑOS
EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL

MEDICAMENTOS	No. CASOS	o/o
EPAMIN	8	40
FENOBARBITAL	6	30
DEXAMETASONA	5	25
CYSTICIDE	4	20
TEGRETOL	3	15
NO TX.	2	10
PREDNISONA	1	5
DIAMOX	1	5
MELLERIL	1	5

COMENTARIOS:

- Observamos, que entre más se sospecha el diagnóstico, el número de casos va aumentando por año.
- La incidencia de la enfermedad en este estudio es igual en ambos sexos, no encontrando diferencias estadísticamente significativas.
- El mayor número de casos se detectó en niños mayores de 8 años lo que concuerda con lo reportado en la literatura mundial.
- El mayor número de casos procede del Departamento de Francisco Morazán debido a la accesibilidad al hospital, en comparación al resto del país.

No hay casos reportados del Occidente, posiblemente debido a que estos pacientes acuden a países vecinos como El Salvador y Guatemala.
- Los pacientes con cisticercosis cerebral generalmente consultan por síndrome de hipertensión intracraneala y síndrome convulsivo.
- Durante la evolución de la enfermedad hubo remisión de casi la totalidad de los síntomas y signos más frecuentes, lo que nos habla que el padecimiento en el niño es menos agresivo que en el adulto.
- En nuestro estudio solamente 4 pacientes tuvieron títulos de anticuerpos significativos (20o/o) lo cual puede explicarse por la variedad de cisticercosis más frecuente en el niño (parenquimatoso y la presencia de enfermedad crónica).
- En el LCR 3 pacientes tuvieron positiva la prueba de ELISA.
- Las alteraciones globales en el LCR constituyen 12 de 20; sin embargo, solamente un caso presentó pleocitosis y eosinófilos. Lo anterior, comparado con estudios previos, hay concordancia en que aproximadamente 1 de cada dos líquidos cefalorraquídeos tienen alteraciones, pero es muy raro, contrario a los adultos la presencia de eosinófilos.
- Los estudios de Rx de cráneo, TAC cerebral, arteriograma carotideo, y EEG fueron los más frecuentemente practicados.
- 17 pacientes mostraron alguna alteración en las placas simples de cráneo, 6 tuvieron calcificaciones, las cuales hacen sospechar la enfermedad. (Ver cuadro No. 10).
- La arteriografía carotídea, demostró ser poco útil en el diagnóstico de la enfermedad ya que fue normal en los casos a quienes se les practicó.

13 La tomografía axial computarizada de cerebro, fue el examen más valioso en el diagnóstico, ya que sugirió enfermedad en todos los casos a los cuales se les practicó (Ver fig. No. 1, 2,3 y 4).

14. El EEG fue hecho a 12 pacientes de los cuales 6 fueron normales, los 6 que mostraron patolo-

gías, 4 de ellos dieron manifestaciones de proceso encefálico difuso y dos focalizaron a región temporal.

15. El prazicuantel (cysticide) se usó en 4 pacientes, siendo su evolución desde el punto de vista clínico semejante al resto de los mismos.

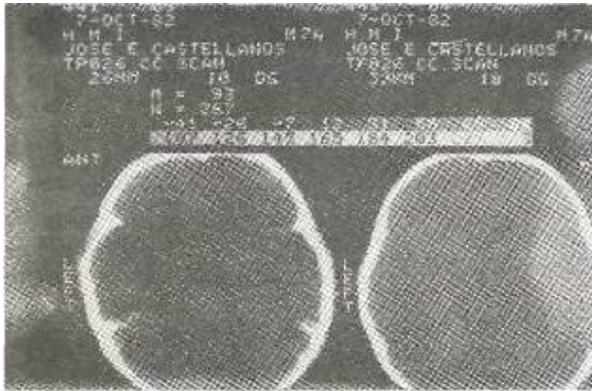


Fig. No. 1
ETAPA I
Cisticercosis Cerebral. Edema
Cerebral Difuso

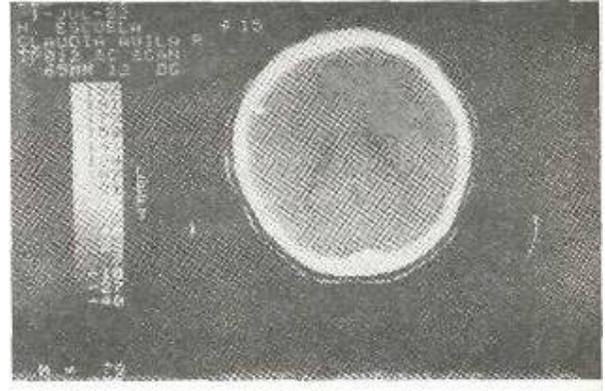


Fig. No. 3
ETAPA IV
Calcificaciones

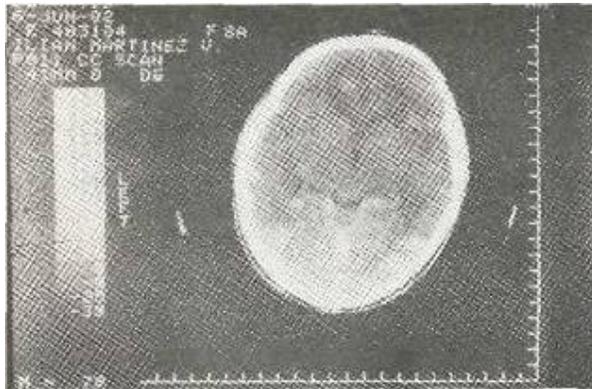


Fig. No. 2
ETAPA II
Areas focales de hipercaptación
en forma redondeada.

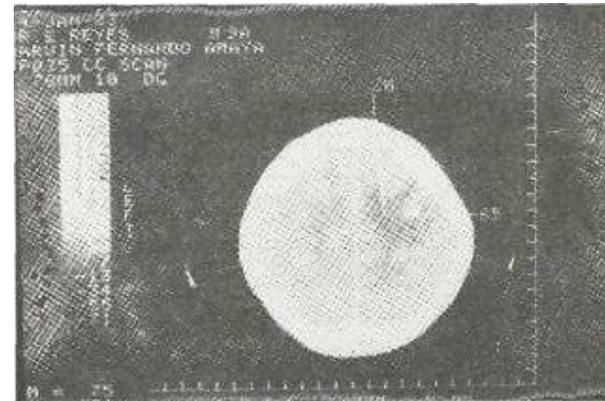


Fig. No. 4
Pseudotumor Cisticercoso

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Torre J. A., Rentería G., Cisneros F. Cisticercosis Cerebral en el niño Bol. MED. Hosp. Inf. Mex. 11:643-54, 1945.
2. Inoue Y., Takirato K., Niyamoto T. Etal Sequential Computed Tomography Scans in acute cerebral infantion radiology. 135:655-62, 1980.
3. Londi S. Causes of Hipertensión in the Young Pediatric Clinic North Am. 23, 55-61, 1978.
4. Lombardo L., Mateos J. H., Estanol B. La Cisticercosis Cerebral en México. Gac. Med. Mex. 181:1-16, 1982.
5. López Hernández A. Cedillo. Cisticercosis Intracraniana en los niños. Análisis de 48 casos. Rev. Med. Pediatrics 45:277-85, 1976.
6. López Hernández A. Clinical Manifestations and Sequential Computed Tomography Scans of Cerebral Computed Tomography Scans of Cerebral Cisticercosis in Childhood. Brain Dev. Dev. 1983: 5:269-77.
7. López Hernández, Garaisar, Carmen "Childhood Cerebral Cysticercosis: Clinical Features and Computed Tomographic Findings in 89, Mexican children. The Canadian Journal of Neurological Sciences Nov. 1982.
8. Macías Sánchez R., Ordóñez de M.S. Cisticercosis Cerebral, diagnóstico clínico, Radiológico y Laboratorio, pronóstico. Análisis de 86 casos: Mex. 35:6-4, 1970.
9. Piza J. Fernández A. Soto M. García A. Cisticercosis Cerebral. Estudio Anatomoclínico de 24 casos en Costa Rica. Acta Med. Cost. 10:5-17, 1967.
10. Schenone H. Ramírez R. Rojas A. Aspectos Epidemiológicos de la Neurocisticercosis en América Latina Bol. Chileno Parasitolog. 3:28:61-72, 1973.
11. Veeh, Segal H—D Miller C. Unusual Neurological Features of Intracranial Cysticercosis. Radiology 137:397-407, 1980.

FÍSTULAS ENTEROCUTANEAS, NUTRICIÓN Y CIRUGÍA

*Dr. Jesús Adelmo Anta E. **

INTRODUCCIÓN:

Las fístulas entero cutáneas se han vuelto complicaciones prevalentes, de los enfermos atendidos por los servicios quirúrgicos de los hospitales generales, principalmente después del abordaje operatorio del abdomen con intervención directa o no del tracto gastrointestinal, con la consiguiente morbimortalidad alarmante.

La implementación de la nutrición quirúrgica por las rutas endovenosas y enteral a partir de la década de los 70, establece un cambio radical en el pronóstico de las fístulas digestivas, conjuntamente con el desarrollo de mejores medidas de apoyo respiratorio, monitoreo hemodinámico, nuevos antibióticos, etc. En la década previa las principales causas de muerte estaban relacionadas con sepsis, desnutrición y desequilibrio hidroeléctrico. Desde el trabajo de Chapman (3) se ha reconocido que el apoyo nutricional es una parte esencial en el manejo de las fístulas enterocutáneas; y la experiencia del Hospital General de Massachusetts (9) es más que objetiva al lograrse una reducción de la mortalidad global del 45o/o al 15o/o; y la del Hospital Príncipes de España (10) con un 71.2o/o de cierres espontáneos.

CLASIFICACIÓN:

Existen diversas formas de clasificar las fístulas enterocutáneas, de acuerdo a su localización anatómica, gasto, etc., sin embargo la que se presenta discrimina la mortalidad y cierre espontáneo (6o/o vs 32o/o; y 97o/o vs. 54o/o; respectivamente), al seleccionarse como gasto alto una producción de más de 1000 ml. en 48 horas. (10).

* Cirujano General, Hospital San Felipe
Profesor Facultad de Ciencias Médicas—UNAH



Fístula entero cutánea más sepsis de pared abdominal; (postoperada de apendicitis aguda gangrenosa).

Grupo I Fístulas esofágicas, gástricas, de intestino delgado e ileocólicas.

Ia de gasto bajo (Menor de 1000 ml en 48 horas)

Ib de gasto alto (Mayor de 1000 ml en 48 horas)

Grupo II Fístulas que drenan a través de un gran defecto en la pared abdominal

Grupo III Fístulas apendiculares y colocolónicas

TRATAMIENTO:

El manejo de este problema debe abordarse de acuerdo a la definición de tres fases específicas. (1, 3, 4,11)-

Fase I. De Estabilización.

a) Corrección de los desórdenes de líquidos y electrolitos y en el equilibrio ácido-base.

- b) Reposo intestinal con suspensión de la vía oral y el uso de succión nasogástrica si está indicada.
- c) Apoyo respiratorio y cardiovascular (inhaloterapia, uso de ventiladores, vasopresores, etc.)» y la utilización de antibióticos de amplio espectro cuando coexiste sepsis (la que se presenta en un buen número de casos).
- d) Control local de la fístula con especial atención hacia la recolección y medida de las secreciones y protección de la piel vecina para evitar su digestión por los fermentos (pasta de Lassar, goma de Karaya, etc.).

Fase II De estudio diagnóstico. En la que se identifica el sitio y características anatómicas de la fístula a base de estudios radiológicos, con uso de catéteres finos y medios contrastados hidrosolubles (fistulografía), y estudios balitados (SEGD, tránsito intestinal, colon por enema).

Fase III. De selección de un modelo eficaz de apoyo nutricional y definición del momento oportuno para realizar un cierre quirúrgico.

¿Qué modelo de nutrición?

La selección del método de nutrición dependerá del tipo de fístula, estado nutricional previo, requerimientos y posibilidades del medio donde se trabaja. (5, 7, 9). Se proponen las siguientes modalidades:

1. Las fístulas colónicas de bajo gasto (lo usual) se manejan con dietas de mínimo residuo. Cuando su gasto tiende a ser alto es preferible la utilización de dietas elementales (Vivonex, Flexical) que además de proporcionar un mínimo residuo se absorben en segmentos cortos de intestino delgado funcional, proporcionando en un tiempo prudencial las suficientes calorías y nutrientes. Al iniciarlas debe tenerse mucho cuidado con las diluciones para evitar fenómenos osmóticos indeseables. Se pueden administrar por vía oral a condición de que se hagan en soluciones frías y con saborizantes; o mejor a través de sondas nasogástricas o nasoentéricas de pequeño calibre con perfusión continua en las 24 horas.

2. Las fístulas de gasto alto se manejan de preferencia con hiperalimentación endovenosa, utilizando glucosa hipertónica como fuente calórica y aminoácidos cristalinos como fuente de nitrógeno (Travasol, Freamine). Cuando las condiciones individuales lo permiten puede utilizarse una combinación de hiperalimentación enteral y endovenosa con distribución del aporte energético y de nutrientes para abaratar su costo.

¿Cuándo operar?

Ya que el manejo médico prolongado conduce a una mortalidad mayor (34.5o/o vrs. 14.4o/o en la experiencia de la Clínica Cleveland) (2), debe definirse el momento más oportuno para el abordaje quirúrgico en ausencia del cierre espontáneo de la fístula.

Es indudable que en presencia de peritonitis y abscesos peritoneales la intervención quirúrgica debe hacerse inmediatamente ya que la mortalidad llega al 70o/o y más; pero en la mayoría de los casos sin estas complicaciones, debe esperarse que se resuelva la peritonitis obüterativa que sigue a toda operación sobre el abdomen como consecuencia de los fenómenos de reparación en las fases de la cicatrización, esta tiene un efecto máximo entre las tres y seis semanas, por lo que el período de espera se ajusta a este intervalo. Valga decir, que durante éste, el enfermo estará bajo un regimen de nutrición quirúrgica.

Los procedimientos quirúrgicos se encaminan de preferencia hacia la extirpación del segmento de intestino que contiene la fístula con anastomosis termino-terminal, ya que los procedimientos derivativos y de exclusión a la larga conllevan mayor morbimortalidad (1, 2,9,10).

CONCLUSIONES:

Las fístulas enterocutáneas ocupan un lugar muy especial en el tratamiento de las complicaciones postoperatorias, como consecuencia de intervenciones quirúrgicas en pacientes sépticos, debilitados, traumatizados y con obstrucción intestinal.

El enfoque inicial irá dirigido hacia la estabilización de las funciones vitales, luego la verificación del problema por estudios de preferencia radiológicos, y la selección de un modelo efectivo de apoyo nutricional. Cuando por una u otra razón no se logra el cierre espontáneo se impone la co-

rección quirúrgica, a condición de que el enfermo se encuentre en fase anabólica, para evitar riesgos innecesarios que se traducen en fallas anastomóticas, nueva sepsis y nuevas fístulas, más la galopante falla orgánica múltiple responsable de la alta mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Athanassiades S., Notis P., Tountas C, Fístulas of the gastrointestinal tract. Experience with eighty-one cases. *Am. J. Surg.* 1975; 130:26-8.
2. Coutsoftides T., Fazio V.W. Small intestine cutaneous fístulas. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1979; 149:333-6.
3. Chapman R., Foran R., Dunphy J.E. Management of intestinal fístulas. *Am. J. Surg.* 1964; 108: 157-64.
4. Del Toro S.M., González J.E., Juárez M.S. Fístulas digestivas, nutrición parenteral y cirugía. *Rev. Ciruj. Gral. Mex.* 1984; 8: 293-97.
5. Kaminski V.M., Deitel M. Nutritional support in the management of external fístulas of the alimentary tract. *Br. J. Surg.* 1975; 62: 100-3.
6. Halasz N.A., Changing patterns in the management of small bowell fístulas. *Am. J. Surg.* 1978; 136: 61-5.
7. McFayden B.V. Dudrick S. J-, Ruberg R.L. Management of gastrointestinal fístulas with parenteral hyperalimentation. *Surgery* 1973; 74: 100-5.
8. Pearlstein L., Usaf M., Jones CE., Polk H.C. Gastrocutaneous Fistula: Etiology and treatment. *Ann. Surg.* 1978; 187:223-26.
9. Soeters P.B., Ebeid AM., Fischer J.E. Review of 404 patients with gastrointestinal fístulas. Impact of parenteral nutrition *Ann. Surg.* 1980; 190: 189-202.
10. Sitges-Serra A., Jaurrieta E., Sitges-Creus A., Management of postoperative entero cutaneous fístulas: the roles of parenteral nutrition and surgery. *Br. J. Surg.* 1982; 69:147-50.
11. Thomas R.J.S., The response of patients with fístulas of the gastrointestinal tract to parenteral nutrition. *Surg. Gynecol. and Obstet.* 1981; 153:77-80.
12. Zera R.T., Dudrick M.P., Stemquist J.C., Hitchcock C.R. Enterocutaneous fístulas. Effects of total parenteral nutrition and surgery. *Dis. Col. and Rect.* 1983; 26:109-13.

MENINGITIS Y ABSCESO CEREBRAL POR SALMONELLA TYPHI: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. Emilso Zelaya, Rolando Canales, Jorge Godoy Mejia **
*Dr Víctor Manuel Vallejo ***
*Dr. Rafael Molina Castro ****
*Drs. Marco Antonio Rodríguez, Juan de Jesús Flores *****

RESUMEN

Se describe un lactante masculino de 9 meses de edad, eutrófico que después de 9 días de fiebre presenta manifestaciones de irritación meníngea y síndrome de hipertensión endocraneana. Se estableció meningitis por *Salmonella tífica* sensible al cloranfenicol, dándose terapia combinada con éste y ampicilina por 30 días vía intravenosa. Fue egresado al mes y admitido nuevamente 3 días después con manifestaciones de cráneo hipertensivo diagnosticándose por TAC formaciones quísticas triloculares, siendo intervenido quirúrgicamente, constatándose absceso cerebral (demostrándose también *Salmonella tífica*) que es drenado y tratado además con ampicilina y Ceftriaxone durante 21 días con buen suceso, al cabo de lo cual el TAC es normal y 8 meses después el paciente está completamente normal.

INTRODUCCIÓN

Los reportes de meningitis purulenta producida por *salmonella*, son relativamente escasos en la literatura. Es citada como una enfermedad rara y cuando ocurre produce grandes dificultades diagnósticas y terapéuticas (5,10). La mortalidad es elevada y

las complicaciones generalmente graves, acompañándose de recidivas frecuentes (6, 9,11,15).

Nosotros hemos podido identificar a un paciente con meningitis por *Salmonella tífica* complicado con absceso cerebral diagnosticado por bacteriología y tomografía, lográndose una recuperación total.

CASO CLÍNICO

J.M.A.F., masculino, de 9 meses de edad, 7.2 Kgs. de peso, procedente de Tegucigalpa.

Producto del primer embarazo controlado, parto hospitalario sin ningún problema, clasificado como RNT de 2,500 g, postnatal normal, padres sanos. Se destaca como antecedente al quinto mes de vida, diarrea prolongada que ameritó hospitalización por 45 días, estableciéndose por coprocultivo *E. Coli* patógeno que fue tratada con ampicilina y amikacina por 10 días.

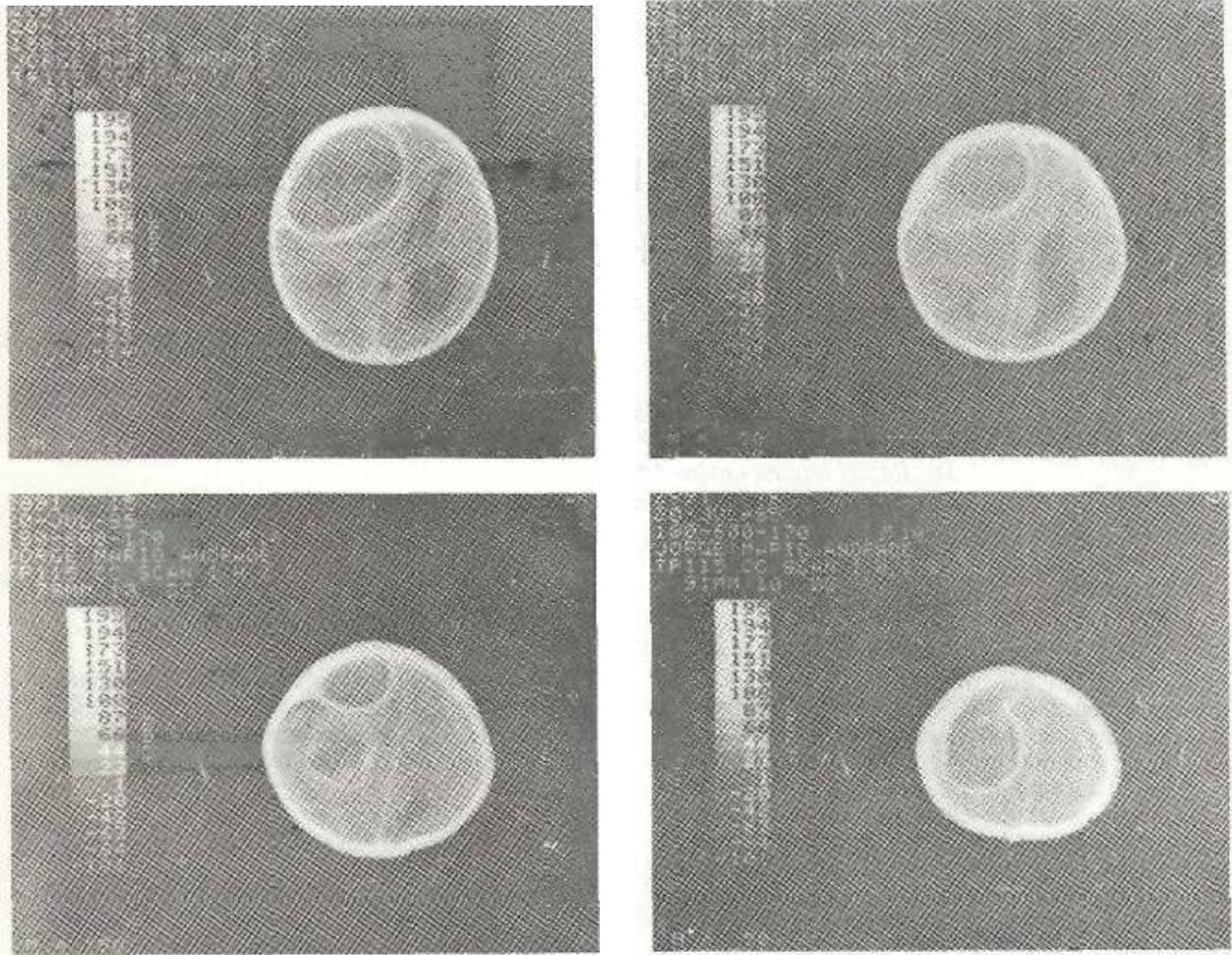
Consultó al Hospital Central del I.H.S.S. el 11/6/85 con historia de fiebre de 9 días de evolución, con convulsión tónico clónica generalizada al tercer día de la fiebre, por lo cual se practicó punción lumbar, extrayéndose LCR. que se consideró normal. La situación fue interpretada como una faringoamigdalitis y convulsión febril,

Al séptimo día del cuadro febril presenta vómitos en proyectil, irritabilidad, fontanela abombada, somnolencia, rigidez de nuca, ptosis palpebral

* Pediatras del Hospital Central del IHSS. **

Neurólogo Pediatra del Hospital Central del IHSS. ***

Neurocirujano del Hospital Central del IHSS. ****. Médicos Residentes.



CATSCANNER CEREBRAL

Los cortes tomografitos evidencian una lesión de características scanográficas Hipodensa, Multiloculada Frontoparietal Izquierda que posee una cápsula muy vascularizada y que produce un efecto de Masa. El ventrículo lateral Izquierdo prácticamente se aprecia colapsado. El medio de contraste IV produce un refuerzo en los contornos de la lesión. El material Hipo denso del interior de la lesión tiene densidad de tejido necrótico (PUS).

izquierda y palidez generalizada. El LCR fue xantocrómico: 300 células, N 90o/o, L 10o/o, glucosa 27 mgo/o, proteínas 90 mgo/o; no se encontraron bacterias en el gram; hematológico: Hb 9.8go/o, Hto 29 vol.o/o, GB 19,300, N 76o/o L 18o/o, NB 60/0; glicemia 110 mgo/o; Na 136, K4.3.

Se instauró tratamiento con ampicilina y cloranfenicol a 400 mg y 100 mg/kg día respectivamente. 24 horas después de su ingreso se obtiene

un cultivo de LCR positivo por *Salmonella typhi*, sensible al cloranfenicol, kanamicina, gentamicina y estreptomycinina y resistente a las sulfamidas. En los cultivos de sangre, médula ósea, orina y heces no hubo crecimiento de bacterias. Desde el quinto al noveno día de tratamiento la curva térmica mostró tendencia a remitir y los signos neurológicos desaparecieron por completo. Nuevamente al décimo día presenta elevaciones térmicas sin alteraciones neurológicas, se omite ampicilina por pensarse en fiebre de esta naturaleza, mante-

niéndose el cloranfenicol hasta completar 30 días. El paciente fue dado de alta sin complicaciones neurológicas a los 35 días de hospitalización, después de 5 días de estar asintomático. Tres días después de su egreso el paciente presenta elevaciones térmicas, vómitos, irritabilidad y fontanela abombada con aumento del perímetro cefálico de 0.5 cms. con relación al del egreso previo. Una radiografía de cráneo mostró diastasis de suturas sagital y lambdaoidea y la tomografía reveló formaciones quísticas triloculares frontal, parietal y temporal izquierdas que fueron compatibles con absceso cerebral o empiema subdural.

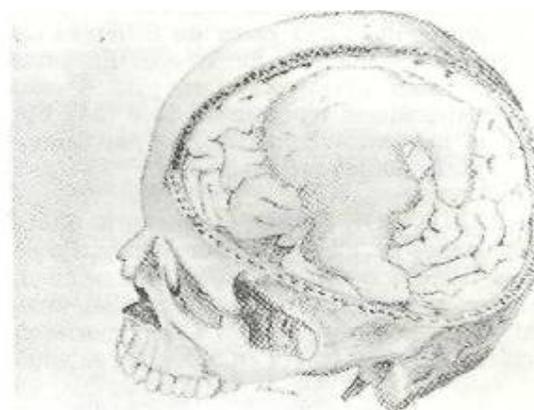
El paciente fue intervenido quirúrgicamente un día después de su reingreso, encontrándose abscesos cerebrales en los sitios señalados por la tomografía, drenándose 300 ml de material purulento del que se aisló *Salmonella typhi* sensible al cloranfenicol, cefotaxima, gentamicina, kanamicina y ampicilina. Se aplica nuevamente tratamiento con ampicilina a 400 mg/kg/día y ceftriaxone a 50 mg/kg/día, con excelente evolución. 5 días después se retira el dreno dejado en el área quirúrgica. Un EEG realizado un mes después de la operación reveló daño cerebral frontal izquierdo. El TAC de esta misma fecha fue normal. Actualmente (8 meses después), el paciente evoluciona satisfactoriamente, sin ningún problema neurológico.

DISCUSIÓN

La complicación meníngea de la fiebre tifoidea es infrecuente. Cuando se presenta esta complicación por cualquiera de los serotipos de *Salmonella*, pueden ocurrir múltiples problemas en el diagnóstico, en la evolución y en el manejo terapéutico (5,10).

Las complicaciones y recidivas condicionan mayor mortalidad. Estas complicaciones pueden presentarse durante la terapia antimicrobiana, inmediatamente después y hasta muchos años posteriores a un episodio de la enfermedad (1). La progresión es lenta e insidiosa en los casos limitados al tracto digestivo, pero una vez que invade el SNC, son características sobresalientes de esta condición el curso rápido (16), la tardanza en establecer el diagnóstico y la aparición cada vez más frecuente de resistencia a los antibióticos convencionales.

La meningitis, encefalitis y el absceso cerebral son las tres categorías mayores de las infecciones del SNC (1).



Esquema donde se demuestra la localización del absceso cerebral durante el acto quirúrgico.

Los agentes más comunes son las bacterias. El diagnóstico, tratamiento y evolución dependen del tipo de microorganismo, su virulencia y la respuesta al tratamiento. El absceso cerebral representa la forma más común de supuración intracraneal en niños, es una infección confinada a una parte del cerebro, con acumulación de pus en una área encapsulada y por su localización tiene consecuencias muy serias.

Los abscesos cerebrales no tratados están asociados con una alta mortalidad y un absceso curado es raramente encontrado en necropsias. Los microorganismos más frecuentes son cocos piógenos, pero no es infrecuente encontrar estreptococos anaeróbicos, enterobacterias, *Mycobacterium tuberculosis* y hongos (bajo circunstancias especiales) y ocasionalmente *Entamoeba histolytica*. (18).

Puede resultar de diseminación (12) de la infección en un seno, nariz, oídos, cráneo, fracturas, dentales o de una infección en cualquier parte del organismo por vía sanguínea (1).

Las bronquiectasias pulmonares son causa frecuente (13). Los niños con cardiopatía congénita cianótica, enfermedad valvular cardíaca e infecciones de las válvulas cardíacas son más susceptibles a desarrollar abscesos cerebral (8, 13). Puede causar secuelas permanentes, con varios grados de daño cerebral y muerte.

INCIDENCIA: De una serie de pacientes reportados por Saphra y Winter de 7,779 casos clínicos

y subclínicos de Salmonelosis, 77 presentaron meningitis por diferentes tipos de Salmonella. Applebaum y Scragg de 3,395 casos de Salmonelosis reportaron una incidencia de 1.Bo/o. En otras series se reportan cifras más altas, para el caso Denis y colaboradores reportan un 6o/o (14). Sin embargo, la incidencia de meningitis por Salmonella tphi no ha podido ser establecida.

DISTRIBUCIÓN POR EDAD: La mayoría de los casos reportados de meningitis por Salmonella de diferentes especies ocurren antes del año de edad, sin embargo, se han reportado casos por Salmonella tphi en preescolares. Beene y Col., reportaron una incidencia 6 veces mayor en niños que en adultos.

Se han reportado 3 grandes epidemias por Salmonella con manifestaciones meníngeas fatales, todas ellas en edades tempranas de la vida: 1) 12 casos por Salmonella enteritidis por Guthrie y Montgomery (16); 2) 21 casos por Salmonella habana por Curbelo y Martínez-Cruz (3); 3) 10 casos por Salmonella panamá por High y Spaulding. Kumate y colaboradores describen un caso de meningitis por Salmonella tphi resistente al cloranfenicol en un niño de 13 meses de edad. 40 casos son publicados en 1977 por I. Faingezicht en Costa Rica para todos los serotipos de Salmonella con casi un 100o/o de presentación en niños menores de 8 meses de edad. El 25o/o de estos casos fueron por Salmonella D.

SEROTIPOS REPORTADOS: Gran variedad de serotipos han sido reportados por diferentes series: En 1962 Riley y Deardoff (16,17) reportaron 167 casos siendo los serotipos más frecuentes S. paratyphi B, S. enteritidis, S. typhimurium, S. Panamá y S. habana. En 1969 otro reporte señala en orden de frecuencia a la S. typhimurium, S. infantis, S. Newport, S. heidelberg, S. thompson, S. saintpaul, S. typhi, S. blockley y S. habana.

MORTALIDAD Y MORBILIDAD: En la era preantibiótica, la mortalidad de meningitis por Salmonella se acercaba al 100o/o. En la actualidad la mortalidad es variable según diferentes series, pero sigue siendo alta para cualquier serotipo. Es interesante además que la respuesta a la antibiótico terapia ofrece gran resistencia y resultados a veces contradictorios. Se ha visto que en algunos casos en la fase bacterémica de la tifoidea el uso de cloranfenicol no controló la septicemia y la meningitis se instaló (14).

La morbilidad por secuelas es igualmente alta. En un estudio de West y colaboradores el 64o/o presentó recaída al discontinuar la terapia, 39o/o ventriculitis y/o empiema, 43o/o hidrocefalia y 21o/o manifestaciones neurológicas de déficit. Series recientes reportan mejor pronóstico y mortalidad entre 5 y 10o/o (8).

TRATAMIENTO: El tratamiento de la meningitis por Salmonella ha recibido especial atención por los investigadores en los últimos años. Desde 1948 en que la mortalidad estaba por arriba del 90o/o, múltiples antibióticos, solos o combinados (15), han sido utilizados, primero las sulfas y luego el cloranfenicol y tetraciclinas. En los últimos años el uso reiterado de la ampicilina sola o en combinación con el cloranfenicol y trimetoprim-sulfametoxasole (TMP-SMX) (17) han sido usados con resultados variables.

Recientemente se ha establecido resistencia de la Salmonella a diferentes antimicrobianos (15). En 1960 se estableció resistencia de diferentes especies de Salmonella a la ampicilina, el cloranfenicol y el TMP-SMX, resistencia que ha sido documentada en diferentes áreas del mundo, incluyendo Asia, Medio Oeste, Europa, África, Jamaica y Canadá (15). En 1975 se observó resistencia a la ampicilina, cloranfenicol, TMP-SMX y tetraciclina, de la Salmonella heidelberg responsable de una infección nosocomial ocurrida en el hospital de Nueva Jersey. En 1982 el Centro de Control de Enfermedades (CDC) reportó resistencia múltiple de diferentes tipos de Salmonella aislados en 32 infantes (16). Esta multiresistencia incluía ampicilina, cloranfenicol y TMP-SMX. Igual situación ha sido reportada en un hospital de niños de New York (15).

Las alternativas terapéuticas que se plantean frente a esta situación son algunos derivados de las penicilinas y el uso de cefalosporina, sin embargo, para algunas de la segunda generación los resultados son inciertos, encontrándose una resistencia del 37o/o para el cefamandole in vitro. La mejor alternativa parece ser el uso de cefalosporinas de tercera generación que han exhibido excelentes resultados in vitro y en animales de laboratorio, especialmente cefotaxime, moxalactan y el ceftriaxone (15), pero la experiencia clínica de su uso en humanos para las infecciones por Salmonella es aún limitada. En un estudio realizado en Haití en 11 pacientes con fiebre tifoidea fue usado el cefoperazone con buenos resultados (15). Finalmente se ha preconizado el uso combinado de rifampicina y novobio-

ciña por la significativa sinergia bacteriana de estas drogas y su gran capacidad para penetrar en las células fagocíticas y destruir los microorganismos intracelulares. El CDC recomienda el uso de las cefalosporinas de tercera generación (15) para los síndromes por Salmonella invasiva cuando se encuentra resistencia, por los excelentes resultados encontrados in vitro, por la buena tolerancia de estas drogas y por la buena concentración que se logra en sangre, LCR y otros fluidos del organismo lo que ofrece una magnífica alternativa en las infecciones por Salmonella resistentes a la terapia convencional.

El tratamiento del absceso cerebral incluye antibioticoterapia apropiada y drenaje neuroquirúrgico. El método quirúrgico preferido para niños ha sido el drenaje y las aspiraciones repetidas. Este último procedimiento produce menos daño al tejido cerebral (8).

Recientemente se ha reportado tratamiento sin cirugía mediante un diagnóstico más precoz con CT sean, de esta manera la mortalidad ha disminuido pero la morbilidad se mantiene alta (8).

Se reportan déficit neurológicos hasta cerca de la mitad de los pacientes. Todo niño que haya padecido de absceso cerebral debe ser observado a través del tiempo para detectar déficit neurológicos o incapacidades. (8)

COMENTARIO: Nuestra experiencia es muy limitada y no hemos tenido la oportunidad de estudiar la situación en forma controlada. Entendernos que los problemas en la identificación bacteriológica nos ofrecerán durante algún tiempo muchas limitaciones, por lo que preconizamos la agudeza clínica y sus relaciones epidemiológicas para un diagnóstico temprano y, uso combinado de ampicilina y cloranfenicol hasta establecer una mejor orientación por la bacteriología, que junto a un seguimiento estricto y prolongado nos han ofrecido buenos resultados para otros tipos de infecciones del sistema nervioso central.

En nuestro medio, en donde existe pobre saneamiento ambiental, creemos que las Salmonellosis significan un peligro potencial principalmente para grupos vulnerables, carentes de agua potable, control de excretas y basuras, vectores y la falta de control sanitario de los alimentos.

BIBLIOGRAFÍA

1. A. Tranner Doris; Childhood Nerological Problems, year book Medical Publishers, Inc. Chicago, U.S.A. 1979.
2. David A. Herbeet M.D. and Joel Ruskin, M.D.: Salmonella typhi epidural abscess occurring 47 years after typhoid fever; J. Neurosurg 57:719-721, 1982.
3. E. Calderón J.: Fiebre tifoidea; conceptos clínicos de infectología, pág. 779; Editorial Méndez Cervantes, Tercera Edición, Abril 1976.
4. F. Denis, S. Badiane, J.P. Chiron, A. Sow, I. Diop Mar: Salmonella meningitis in Infants, The lancet, Abril 23,1977.
5. Faingezicht- I. W. Kitzing - J. Guevara - E. Mohs - C. Lízano: Meningitis por Salmonella; Revista Médica del Hospital Nacional de Niños Carlos Saenz Herrera, San José Costa Rica, 12-1 Junio 1977.
6. H. H. Fudemberg - J.L. Caldwell - D.P. Stítes - J.V. Wells; Salmonellosis; inmunología clínica pág. 633; Editorial El manual moderno, S. A. México 1982.
7. John D. Nelson, MD: Antibiotic Therapy for Salmonella Syndromes; Am J Dis Child Vol. 135, Dic. 1981.
8. J. Taj. Brain abscesses in infants an children-pediatric infections disease - Vol. 4, No. 4, julio - agosto 1985, U.S.A p. 394-397.
9. Kenneth B. Roberts: infecciones entéricas; Manual de problemas clínicos en pediatría, pág. 440, Interamericana Madrid 1984.
10. Kumate J - E. Méndez - A. Llausas: meningitis por Salmonella typhis; boletín médico del Hospital Infantil de México, 33-5, septiembre-octubre, 1976.
11. Pereda M. - Napoleón González:- fiebre tifoidea; Infectología clínica, pág. 169; Editorial Trillas S. A. México 1984.
12. Mumenthaler M.; Neurology; year book publisher, Inc. 5ta. edición. Chicago U.S.A. 1976.
13. Reeves, Alexander, Disorders of the Nervous System year book publisher, Inc. Chicago, U.S.A. 1981.
14. R. Craig Davis, MD: Salmonella Sepsis in Infancy; Am Dis Child - Vol. 135, Dic. 1981.

15. Sandra M. Smith MD. Paul E. Palumbo, Md. and Paul J. Edelson, MD: Salmonella Strains resistant to multiple antibiotics: therapeutic implications; *Pediatric Infectious Disease*, Vol. 3, No. 5, Septiembre 1984.
16. Stanley G. Rabinowitz, M. D. and N. Ross Maeleod, MD. New Haven, Conn: Salmonella Meningitis; *Amer J Dis Child*/Vol. 123, Marzo 1972.
17. Thomas F. Murphy, MD and Gerald W. Fernald, MD: Trimethoprim-sulfamethoxazole therapy for relapses of Salmonella meningitis, *Pediatrics Infectious Disease* Vol. 2, No. 6, noviembre 1983.
18. Treip C.S. - *Neuropatology* - Year book Medical Publicers, Inc. Chicago, U.S.A. 1978.
19. Tzou-Yien Lind, John D. Nelson, MD and George H. Mccracken, Jr. MD.: Fever During treatment for bacterial meningitis; *Pediatrics Infectious Disease*, Vol. 3, No. 4, julio 1984.
20. Weiner-Bresnan-Levit: Infecciones: meningitis, encefalitis y absceso cerebral; *neurología pediátrica*, página 195, editorial Umusa S.A., México 1982.

ESPLENECTOMIA EN TRASTORNOS O ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS INDICACIONES Y RESULTADOS

Por los Dres. Alejandro Membreño, F.A.C.S.*y J.
R. Ruiz**

Hace unos 11 años, los Drs. Dameshek y Ellis publicaron (1) un extenso y bien documentado artículo en el cual ellos actualizaron — en forma clara y sencilla — las indicaciones para esplenectomía en Hematología. Cinco años después, el Dr. Carey (2) escribió otro interesante artículo sobre el mismo tema, mencionando además los resultados obtenidos en su hospital — de la Universidad Estatal de Ohio, E.U. de A. — y recalcando que en un gran total de 1501 esplenectomías hechas entre 1949 y 1978, la morbimortalidad observada (Tabla No. 1) fue de 15y 7o/o —respectivamente — en los casos de "hiperesplenismos" (10 y 2o/o

para el primario pero 22 y 13o/o para el secundario), cifras aceptables para este tipo de casos.

En ese mismo artículo se enfatizó que en los últimos 5 años del estudio — en ese hospital — la primera indicación para esplenectomía no traumática fue' la enfermedad de Hodgkin (para clasificación) pero que previamente a 1973, el primer lugar lo ocupaba el "hiperesplenismo". Este concepto de "cambio" en las indicaciones para esplenectomía en trastornos o enfermedades hematológicas es bastante controversial ya que al mismo tiempo que otros hablan de ello insistentemente en la literatura (3), también recientemente el Dr. Laws reportó (4) sus experiencias de 12 años en 126 esplenectomías hechas en el Hospital de la Universidad de Birmingham en Alabama, E.U. de A., por trastornos hematológicos, encontrando entonces —en 1979 — que en ese hospital la principal indicación (Tabla No. 2) era el "hiperesplenismo secundario", lo que estaba en contra de lo anteriormente afirmado por el Dr. Carey. En ese mismo artículo, se recalcó que la morbi-mortalidad global y real observadas (Tabla No, 3) fue de solo 8 y 5o/o —respectivamente — y además se enfatizó en cuales fueron las verdaderas indicaciones para esplenectomía en Hematología. Más recientemente — en 1984 — se publicó una excelente revisión (5) sobre este tema que en definitiva contribuyó a aclararnos, en forma precisa y concisa, cuales son en realidad las "indicaciones modernas" para esplenectomía en trastornos y enfermedades hematológicas, lo que también nos permitió actualizar las nuestras

TABLA No. 1
MORBIMORTALIDAD EN ESPLENECTOMIAS NO TRAUMATICAS (2)

INDICACIONES	No. PTES.	PORCENTAJES	
		Morbilidad	Mortalidad
1. HIPERESPLENISMO	999	15o/o	7o/o
a) Primario	557	10o/o	2o/o
b) Secundario	442	22o/o	13o/o
2. ENFERMEDAD DE HODGKIN	203	4o/o	0o/o
3. OTRAS	299	0o/o	0o/o
TOTALES:	1501	10o/o	4o/o

* Cirujano General de Guardias, Jefe de la Sala del Servicio de Cirugía General y Profesor de Cirugía del Hospital-Escuela de Tegucigalpa.

** Ex-Residente de Cirugía del Hospital-Escuela de Tegucigalpa.

TABLA No. 2

INDICACIONES HEMATOLOGICAS PARA ESPLENECTOMIA (4)

TIPOS DE PATOLOGIA	No.	o/o
1. ESPLENISMOS	48	38
a) Primario	45	35
b) Secundario	3	3
2. ANEMIAS	33	26
3. PURPURAS	27	22
4. LINFOMAS*	13	10
5. LEUCEMIAS	5	4
TOTALES:	126	100

* No Hodgkin

TABLA No. 3

MORBIMORTALIDAD REAL Y GLOBAL EN ESPLENECTOMIAS POR TRASTORNOS HEMATOLOGICOS (4)

COMPLICACIONES	No. PTES.	MORTALIDAD	
		No.	o/o
1. SEPSIS	5	4	80
2. SANGRADO	2	1	50
3. PANCREATITIS	1	1	100
4. ABSCESO SUBFRENICO	1	0	0
5. PERFORACION GASTRICA	1	0	0
TOTALES:	10(8o/o)	6(5o/o)	60

como para poder así elaborar una "lista teórica" de ellas (Tabla No. 4) y "cambiar" la que previamente habíamos planteado hace unos 10 años, que había sido elaborada en base al análisis del excelente trabajo de los Drs. Dameshek y Ellis — ya mencionado — y de algunos otros (6,7,8,9, 10,11) autores. Esta actualización ha sido reforzada recientemente con varios trabajos (12, 13, 14) sobre una indicación rara para esplenectomía. Además de revisar y analizar la bibliografía, decidimos realizar un estudio de investigación retrospectivo y analítico, para ver cual es nuestra "realidad" en relación al problema básico planteado:

TABLA No. 4

INDICACIONES MODERNAS PARA ESPLENECTOMIA EN HEMATOLOGÍA*

1. **REALMENTE ABSOLUTAS:**
 - a) Esferocitosis y Eliptocitosis (anemias hemolíticas hereditarias)
2. **PROBABLEMENTE ABSOLUTAS:**
 - b) Hipersplenismo Primario
 - c) Púrpura Trombótica Trombocitopénica
 - d) Linfomas No Hodgkin y Coiagenopatías con "HIPERESPLENISMO SECUNDARIO"
3. **OPCIONALES Y/O RELATIVAS:**
 - e) Hemoglobinopatías Hereditarias
 - f) Anemia Hemolítica Autoinmune
 - g) Púrpura inmunológica Trombocitopénica
 - h) Síndrome de Evans
 - i) Síndrome Hipereosinofílico
 - j) Leucemia de "células peludas"
4. **CONTROVERSIALES Y/O DUDOSAS:**
 - k) Otras leucemias agudas o crónicas
 - l) Anemia aplásica
 - m) Hemoglobinuria Nocturna Paroxísmica
 - n) Mielofibrosis Idiopática con "METAPLASIA MIELOIDE"
 - ñ) Trombocitopenia hereditaria o "SÍNDROME DE WISKOTT-ALDRICH"
 - o) Laparotomía clasificadora para "ENFERMEDAD DE HODGKIN"
 - p) Otras causas del llamado "HIPERESPLENISMO SECUNDARIO"

Clasificación personal de los autores

"Las indicaciones para esplenectomía en trastornos y enfermedades hematológicas"; así como para averiguar qué resultados hemos estado obteniendo en relación esencial y únicamente al otro problema planteado, es decir: "la morbi-mortalidad post-operatoria" observadas en nuestros casos de esplenectomías en pacientes con diversos trastornos y enfermedades hematológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Inicialmente se obtuvieron del Departamento de Patología del Hospital Escuela de Tegucigalpa, Honduras, todas las fichas patológicas tabuladas como "bazo por esplenectomía" durante los períodos comprendidos entre los años de 1973 y 1976 - en el Hospital General "San Felipe" - y entre 1979 y 1984 en el Hospital-Escuela. A continuación, se eliminaron — de ese universo inicial — todas las fichas de bazos que habían llegado allí a consecuencia de esplenectomías hechas por laparotomías clasificadoras por Enfermedad de Hodgkin, o que habían sido realizadas por trauma esplénico. Luego, en el Departamento de Estadística del Hospital-Escuela se buscaron los expedientes clínicos que correspondían a las fichas patológicas de aquellos bazos removidos por enfermedad o trastorno hematológico en ese hospital, en el período de 1979 a 1984. De este segundo universo se eliminaron todos aquellos expedientes que — por algún u otra razón, fuera de nuestro alcance — no pudieron ser encontrados o estaban incompletos. Esta búsqueda nos dio una "muestra real y confiable" que consistió en 50 casos: 26 del Hospital General "San Felipe" y 24 del Hospital-Escuela. A continuación, se revisaron exhaustivamente esas 50 fichas patológicas con el objeto de ver cuales habían sido las indicaciones para esas esplenectomías, en primer lugar, y los 24 expedientes clínicos del Hospital-Escuela se revisaron — en segundo lugar — para ver cual fue la morbi-mortalidad postoperatoria. Conviene aclarar que esta "muestra" fue obtenida exclusivamente de pacientes adultos y que, además se eliminaron del estudio aquellos casos de laparotomías clasificadoras por Enfermedad de Hodgkin, porque estos serán incluidos en el futuro en un trabajo especial.

RESULTADOS

En primer lugar, encontramos que (Tabla No. 5) la principal indicación para esplenectomía fue el "hiperesplenismo", con 22 casos, o sea el 44o/o del total de 50 casos. De estos, 18 fueron secundarios, es decir: el 36o/o del total — y casi el 82o/o de los 22 casos — pero solamente 4 casos fueron primarios, es decir: un 8 y un 18o/o respectivamente. De la revisión de los 18 casos de "hi-

TABLA No. 5
INDICACIONES PARA ESPLENECTOMIA EN HEMATOLOGIA

TRASTORNOS HEMATOLOGICOS	No. CASOS	PORCENTAJES
1. HIPERESPLENISMO	22	44o/o
a) Secundario	18	36o/o
b) Primario	4	8o/o
2. PURPURAS	10	20o/o
3. ANEMIAS	7	14o/o
4. LINFOMAS *	6	12o/o
5. LEUCEMIAS	5	10o/o
TOTALES:	50	100o/o

* No Hodgkin

peresplenismo secundario" (Tabla No. 6) encontramos que, con la excepción de 2 casos no especificados, solamente 3 de ellos eran causados por enfermedad hematológica maligna y por el contrario, la gran mayoría — es decir: 13 de 18, o sea un poco más del 62o/o — lo eran por enfermedad o trastor-

TABLA No. 6
CAUSAS DE HIPERESPLENISMO SECUNDARIO
EN PACIENTES ESPLENECTOMIZADOS

ENFERMEDADES	No. PTES:	PORCENTAJES
1. Hipertensión portal	5	27o/o
2. Anemias hemolíticas	4	22o/o
3. Metaplasia Mieloide	3	17o/o
4. Siderocalcinosis	2	11o/o
5. No especificada	2	11o/o
6. De Gaucher	1	6o/o
7. Leucemia	1	6o/o
TOTALES:	18	100o/o

no hematológico benigno. Ahora bien, al analizar (Tabla No. 7) por separado cada grupo de casos, es decir: el del período entre 1973 y 1976 — en el Hospital General "San Felipe" — y el del período entre 1979 y 1984 en el Hospital-Escuela, encontramos que en el primero el "hiperesplenismo" sí ocupó el primer lugar en la lista de indicaciones

TABLA No. 7
INDICACIONES PARA ESPLENECTOMIA EN HEMATOLOGIA

TRASTORNOS O ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS	PRIMER GRUPO (1973 - 1976)		SEGUNDO GRUPO (1979 - 1984)	
	No.	o/o	No.	o/o
1. HIPERESPLENISMO	17	65	5	20
a) Secundaria	13	60	5	20
b) Primario	4	15	0	0
2. PURPURAS	4	15	6	25
3. ANEMIAS	0	0	7	30
4. LINFOMAS	5	20	1	4
5. LEUCEMIAS	0	0	5	20
TOTALES:	26	100	24	100

para esplenectomía — con un 65o/o, es decir: 17 en 26 casos — pero en el segundo grupo ese porcentaje se redujo a 20o/o, es decir: solo 5 en 24 casos. En este último grupo, la principal indicación para esplenectomía por enfermedad o trastorno hematológico lo fueron las "anemias hemolíticas congénitas", de las que en el primer grupo solo se habían hecho dos por estar complicadas con esplenismo.

Además, vale la pena llamar la atención que en el segundo grupo se hicieron 5 esplenectomías por "leucemias", de las que no se había hecho ninguna en el primer grupo, y también que no se hicieron esplenectomías por "hiperesplenismo primario", de las que se habían hecho 4 en el primer grupo. Por otro lado, al revisar los 24 expedientes clínicos obtenidos del Departamento de Estadística del Hospital-Escuela, en relación a la morbi-mortalidad postoperatoria observadas, nos encontramos (Tabla No. 8) con que únicamente 4 de esos pacientes

TABLA No. 8
MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA EN ESPLENECTOMIAS POR TRASTORNOS HEMATOLOGICOS

INDICACIONES	No. PTES.	MORBILIDAD		MORTALIDAD	
		No.	o/o	No.	o/o
1. ANEMIAS	7	0	0	0	0
2. PURPURAS	0	1	16	0	0
3. ESPLENISMOS	5	2	40	1	20
4. LEUCEMIAS	5	1	20	0	0
5. LINFOMAS	1	0	0	0	0
TOTALES:	24	4	16	1	4

se complicaron — es decir: solo un 15o/o de los 24 casos — siendo más frecuentes los casos complicados — 2 de 5, para un 40o/o — cuando la esplenectomía se practicó por "hiperesplenismo" y que solamente se detectó un caso de mortalidad postoperatoria, es decir: apenas un 4o/o, que fue el de un paciente con esplenismo secundario a mielofibrosis con metaplasia mieloide.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Sin duda alguna, en Honduras y otros países, posiblemente la primera indicación para esplenectomía sea el "trauma esplénico" — aunque reconocemos que la tendencia actual (5) es la de conservar tan importante órgano, siempre que sea posible, al ser traumatizado — y también posiblemente, la segunda indicación lo sean aquellos "trastornos o enfermedades hematológicas" que afectan al bazo. Sin embargo, en otras partes del mundo — en realidad, en ciertos hospitales (2,3) — parece ser que los "trastornos o enfermedades hematológicas" siguen ocupando el primer lugar entre las indicaciones para esplenectomía, especialmente si se incluyen aquellas hechas para diagnóstico (laparotomía clasificadora) en la Enfermedad de Hodgkin, lo cual nosotros no hicimos. De tal manera que, dependiendo del tipo de hospital, los trastornos o enfermedades hematológicas que afectan al bazo ocuparán el primero o el segundo lugar en la lista de indicaciones para esplenectomía. Por otro lado, lo que también ha sido evidente hasta hace unos años, es que la principal indicación para esplenectomía en trastornos o enfermedades hematológicas lo ha sido el "hiperesplenismo" — primario y secundario — pero también parece ser evidente que hay una tendencia moderna a realizar menos esplenectomías por hiperesplenismo, talvez ello motivado por la alta morbi-mortalidad que se ha observado (2,3) en los casos secundarios. Lo que sí parece ser "controversial" en la actualidad, es definir cuales de esos trastornos o enfermedades hematológicas se benefician realmente con la esplenectomía; así como saber en cuales de ellos se puede observar y/o esperar una alta morbi-mortalidad postoperatoria que podría influir en la decisión de si hacer o no, en determinado caso, esa operación como parte del manejo de la enfermedad o trastorno hematológico del paciente.

Infortunadamente, en nuestro modesto estudio de investigación retrospectiva no pudimos determinar los porcentajes de morbi-mortalidad observados en los pacientes esplenectomizados durante el primer período — entre 1973 y 1976 — en el Hospital General "San Felipe", como para poder inferir que el "cambio" observado en el segundo grupo de pacientes operados en el Hospital-Escuela — entre 1979 y 1984 — en relación al "descenso" observado en los "esplenismos" (de 17 a 5, respectivamente) como indicación para esplenectomía en trastornos o enfermedades hematológicas, se deba realmente a una alta morbi-mortalidad. Sin embargo, dejamos constancia que nuestra experiencia personal, con esos primeros casos, nos dejó esa impresión. Desafortunadamente, lo repetimos, la información que pudimos obtener del Departamento de Estadística del Hospital General "San Felipe" — para ese primer período — era simplemente no confiable en relación a esas dos variables. Ahora bien, al analizar los resultados observados en el segundo grupo en estudio, siempre en relación a la morbi-mortalidad postoperatoria, sí podemos concluir que a pesar de que la morbilidad global observada (Tabla No. 8) es baja — de apenas un 15o/o — si fue* alta en aquellos casos operados por "hiperesplenismo secundario", ya que 2 de 5 pacientes se complicaron, para un 40o/o. En los otros casos, solo se complicaron 2 pacientes más, para el total de 4 complicados: uno operado por una púrpura y otro por una leucemia. Estos resultados nos hacen inferir que la esplenectomía es una operación que, en general, tiene una morbilidad baja en aquellos pacientes con trastornos o enfermedades hematológicas y, por lo tanto, es recomendable desde ese punto de vista. Lo mismo se puede decir en relación a la mortalidad postoperatoria, ya que solo un paciente falleció directamente a consecuencia de la esplenectomía — para solo un 4o/o — y fue uno esplenectomizado por un hiperesplenismo secundario a metaplasia mielóide, enfermedad en la que se ha observado (8) una alta mortalidad postoperatoria en todas partes.

Finalmente, debemos concluir que ante los resultados obtenidos en nuestra investigación — y al analizar la bibliografía mundial — el "problema" de la "controversia" relacionada con las indicaciones para esplenectomía en trastornos o enfermedades hematológicas", ya sean benignos o malignas, la

han creado esencialmente — como ya lo había recalado el Dr. Ellis (15) anteriormente — ciertos casos de "hiperesplenismos secundarios" (Tabla No. 9), por lo que nuestra recomendación es que, en esos casos dudosos y/o controversiales, se individualice bien cada caso, para que si se llega a realizar la esplenectomía sea solo en aquellos pacientes en los que si se considere será útil, en primer lugar, o únicamente en aquellos que llenen ciertos requisitos básicos (Tabla No. 10) que indiquen la esplenectomía, en segundo lugar, y luego de balancear los riesgos y beneficios que esta operación podría tener y/o producir respectivamente. Afir-

TABLA No. 9

OTRAS CAUSAS DE HIPERESPLENISMO SECUNDARIO

1. ENFERMEDAD HEPÁTICA PRIMARIA CON O SIN HIPERTENSIÓN PORTAL:

- a) Cirrosis de Laennec o Postnecrótica
- b) Enfermedad de Wilson
- c) Hepatitis Crónica
- d) Esquistosomiasis

2. CIERTOS PROCESOS INFECCIOSOS:

- e) Agudos: Mononucleosis, Psitacosis, Endocarditis Bacteriana Subaguda, etc.
- f) Crónicos: TBC, Malaria, Brucelosis, Kalazar, Lues, Histoplasmosis, etc.

3. INFILTRACIONES ESPLÉNICAS:

- g) Sarcoidosis, Reticuloendoteliosis, Enfermedad de Gaucher, Amiloidosis, etc.

4. OBSTRUCCIÓN PRIMARIA DE VENA PORTA

5. POLICITEMIA VERA

* Clasificación personal de los autores

TABLA No. 10

REQUISITOS CLÍNICOS QUE DEBE PRESENTAR UN PACIENTE CON HIPERESPLENISMO SECUNDARIO COMO PARA CONSIDERAR INDICADA EN LA ESPLENECTOMIA*

1. Crisis hemolíticas a repetición que necesiten transfusiones para corregir la anemia.
2. Neutropenia severa (< de 1000 x cc) con infecciones recurrentes.
3. Trombocitopenia severa que cause sangrado y/o púrpura.
4. Esplenomegalia incapacitante.

* Según los Dres. Ellis y Dameshek (15)

mamos esto, basados ante todo en los halagadores resultados obtenidos en nuestro modesto trabajo de investigación analítica retrospectiva — en relación a la morbi-mortalidad operatoria y postoperatoria observadas — que nos demostró claramente que esos dos factores analizados no son en realidad de temer, en especial si se consideran — como así lo hicimos nosotros — únicamente aquellas posibles complicaciones operatorias y/o postoperatorias (como: sangrado, y atrogenia, pancreatitis, absceso subfrénico, etc.), y también solo la mortalidad postoperatoria, directamente relacionada con la esplenectomía. Reconocemos que existen otros riesgos, complicaciones y causas de mortalidad que podrían considerarse antes de, durante y después de una esplenectomía, así como con cualquier operación abdominal; y que también algunas de las complicaciones propias de la esplenectomía, así como el resultado en sí — a largo plazo — de esta operación, esencialmente dependerán del tipo de trastorno o enfermedad hematólogica que tenga cada paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dameshek L. H. and Ellis L. D.: "Hematologic indications for Splenectomy"; Surg. Clin. N. A., 55/2:253, 1975.
2. Tractow W.D., Fabri P.J. and Carey L.C.: "Changing indications for splenectomy: 30 years experience"; Arch. Surg., 115:447,1980.
3. Fabri P.J., Mete E.N., Nick W.V. and Zollinger R.M.: "A quarter century with splenectomy: changing concepts"; Arch. Surg., 108-569, 1974.
4. Laws H.L., Burlingame M.W., Carpenter J.T., Prchal J.T. and Conrad M.E.: "Splenectomy for hematologic disease"; Surg. Gyn. Obst., 149:509,1979.
5. Cooper M.J. and Williamson R.C.N.: "Splenectomy: indications, hazards and alternatives"; Br. J. Surg., 71:173,1984.
6. Crosby W.H.: "Indications for splenectomy"; Hospital Practice, August 1967: 27.
7. Schwartz S.I., Bernard R.P., Adams J. T. and Bauman A.W.: "Splenectomy for hematologic disorders"; Arch. Surg., 101:338,1970.
8. Morgenstem L.: "Splenectomy for massive splenomegaly due to Myeloid Metaplasia"; Amer. J. Surg., 122:288,1971.
9. Crosby W.H.: "Splenectomy in hematologic disorders"; New Eng. J. Med., 286/23:1252,1972.
10. Schwartz S. L, Adams J. T. and Bauman A. W.: "Splenectomy for hematologic disorders"; Curr. Probl. Surg., 8:1,1971.
11. Laufman H. and Erichson R.B.: "Hypersplenism" in Hematologic Problems in Surgery; W.B. Saunders, Chapter17, Page152,1970.
12. Lum L. G., Tubergen D. G., Corash L. and Blaese M.R.: "Splenectomy in the management of the Thrombocytopenia of the Wiskott-Aldrich Syndrome"; New Eng. J. Med. 302/16:892,1980.
13. Weiden P.L. and Blaese R.M.: "Hereditary Thrombocytopenia in relation to Wiskott-Aldrich Syndrome and with special reference to splenectomy: report of a family and review of the literature"; J. Pediatr., 80:226,1972.
14. Nathan D.G.: "Splenectomy in the Wiskott-Aldrich Syndrome"; New Eng. J. Med., 302/16:916,1980.
15. Ellis L. D. and Dameshek H. L.: "The dilemma of hyperesplenism"; Surg. Clin. N.A., 55/2:277, 1975.

EXENTERACIONES PÉLVICAS: ¿FANTASÍA O REALIDAD?

*Dr. Oscar Flores Funes **

RESUMEN

Presentamos un informe de EXENTERACIONES PÉLVICAS realizadas en 8 pacientes con cánceres ginecológicos. 6 con persistencia o recurrencia por cáncer cérvico-uterino y 2 por cáncer vulvar T3 NO MO. Estas operaciones se hicieron en pacientes de las salas de Ginecología de los hospitales Escuela y del Instituto Hondureño de Seguridad Social, en un periodo de 3 años, por lo que el propósito no es evaluar sobrevida sino dejar constancia de la importancia y validez de este tipo de cirugía.

INTRODUCCIÓN

Las EXENTERACIONES PÉLVICAS entran en el grupo de las llamadas operaciones ultra o supraradicales, debido a que son de tal magnitud que causan mucho daño psicológico y biológico a las pacientes (13). Sin embargo pueden ser la línea divisoria entre la vida y la muerte, constituyéndose en "CIRUGÍA DE SALVAMENTO" para pacientes con persistencia o recurrencia a la Radioterapia en cáncer cérvico-uterino, o bien como tratamiento primario en otros tipos de cánceres como el vulvar (3).

Dada la alta morbilidad y mortalidad de las EXENTERACIONES PÉLVICAS, algunos cirujanos, incluidos Oncólogos, no están de acuerdo con su uso, pero el no realizarlas condena a la muerte a

pacientes en las que está indicada la cirugía y que todavía se les puede ofrecer una oportunidad más de vivir. Existen tres tipos de EXENTERACIONES PÉLVICAS: ANTERIOR, POSTERIOR y TOTAL. La anterior es la remoción en bloque de ovarios, útero, vagina y vejiga; la posterior consiste en reseca ovarios, útero, vagina y recto; y la total que es prácticamente la suma de anterior y posterior (6,7). En ocasiones se agrega el tiempo perineal a las EXENTERACIONES PÉLVICAS, como la resección de ano, región perineal y/o vulva.

Cuando se ha tratado un cáncer cérvicouterino sin lograr la curación, pero completando las dosis de Radioterapia, queda únicamente la posibilidad de rescatar estas pacientes con cirugía que es del tipo de Histerectomía radical o de EXENTERACION PÉLVICA. La primera se reserva para pequeñas recurrencias o persistencias centrales, la segunda para tumores mayores, de preferencia centrales, por lo que al hacerlas se garantiza un margen adecuado al reseca en bloque las visceras cercanas al tumor.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro trabajo lo hemos realizado de marzo de 1983 a diciembre de 1985, con el aporte de pacientes de la sala de Ginecología del Hospital-Escuela y del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Las primeras fueron radiadas en el servicio de Oncología General ("San Felipe"), 5 pacientes con persistencia o recurrencia tumoral en cáncer cérvico-uterino, y otro también de cérvix tratado con radiación en el IHSS. Los estadios fueron tres en II B y los otros casos en III B. Hubo además dos

* Profesor de pre y postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas, departamento de Ginecología y Obstetricia. Oncólogo quirúrgico del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

primarios de vulva, interesantes por lo raros y avanzados, ambos vistos en el Bloque Materno-Infantil, uno de ellos diagnosticado como carcinoma epidermoide tipo verrucoso (ver fotografía No. 3) y un Rbdomiosarcoma (Sarcoma Botrioides) persistente (ver fotografías No. 1 y 2).

En total son ocho las pacientes, distribuidas así:

AÑO	No. DE CASOS
1983	3
1984	2
1985	3
TOTAL	8

En estos tres años se realizaron 4 laparotomías más por recurrencia de cáncer cérvico-uterino. En dos se hizo únicamente Histerectomía Radical porque se encontró un buen plano de disección entre vejiga y cérvix, el tumor era pequeño, y se garantizaban buenos márgenes sin necesidad de reseca la vejiga. En los otros dos casos no se pudo realizar ningún tipo de procedimiento, una tuvo ganglios para-aórticos positivos en el transoperatorio y otra con tumor muy cercano al hueso pélvico lo que no permitía una segura resección.

Los diferentes tipos de EXENTERACIONES PÉLVICAS se detallan en el siguiente cuadro:

TIPOS DE EXENTERACIONES PÉLVICAS	
ANTERIOR	5
TOTAL	3
POSTERIOR	0

En cuatro casos se hizo un tiempo perineal, 2 por cáncer primario de vulva y en los otros de cérvix debido a la extensión del tumor, dos de estas Exenteraciones fueron anteriores y las otras fueron totales.

Cuando hacemos una EXENTERACION PÉLVICA ANTERIOR la derivación urinaria es del tipo "CONDUCTO ILEAL", en la que los uréteres se anastomosan en la parte antimesentérica de un segmento aislado de ileon. En caso de hacer una EXENTERACION TOTAL realizamos una "VEJIGA SIGMOIDEA" con la cual se reduce un procedimiento quirúrgico, que es la anastomosis término-terminal del ileon.

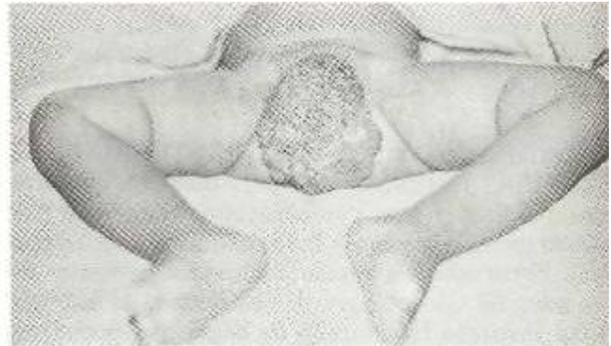


FIG. No. 1 SARCOMA BOTRIOIDE DE VULVA en una paciente de 2 años de edad, con persistencia tumoral.

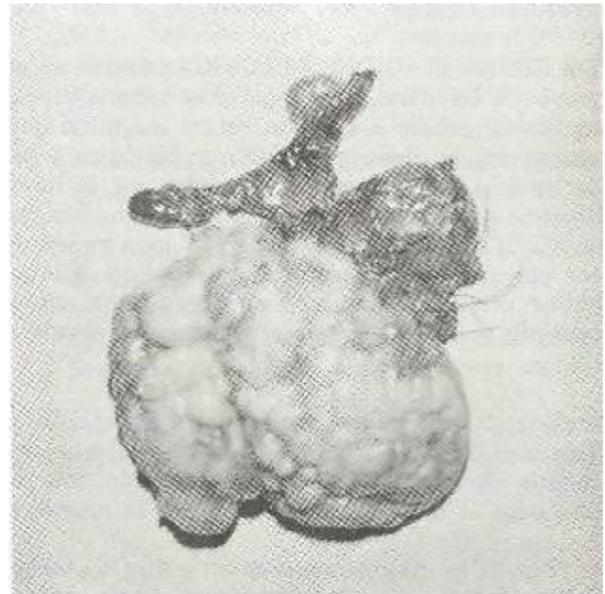


FIG. No. 2. PRODUCTO DE EXENTERACION ANTERIOR MAS VULVECTOMIA TOTAL EN EL SARCOMA BOTRIOIDES

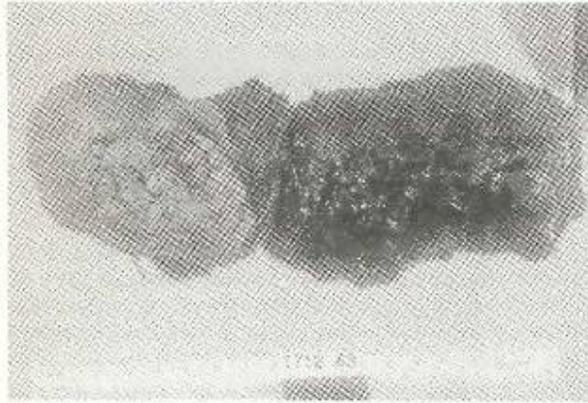


FIG. No. 3. CARCINOMA EPIDERMÓIDE TIPO VERRUCOSO. Evolución 8 años. Pieza de EXENTERACION ANTERIOR MAS VULVECTOMIA TOTAL.

con



FIGURA No. 4. ACERCAMIENTO DEL ESTOMA DE DERIVACION URINARIA TIPO CONDUCTO ILEAL. EXENTERACION ANTERIOR POR RECURRENCIA DE CANCER CERVICO-UTERINO.

adecuada valoración de la cavidad abdominal y de la pelvis, producto de la experiencia y buen juicio del Oncólogo quirúrgico. Se toman

la

biopsias transoperatorias de cualquier zona sospechosa y de los ganglios para-aórticos, si alguna resulta positiva se abandona la cirugía. Con biopsias negativas se exponen los espacios pararectal, pre y paravesicales, la exploración cuidadosa de estos espacios permite decidir si es posible la resección.

Es bueno recordar que en las EXENTERACIONES PÉLVICAS es hasta el momento de la laparotomía, "con el abdomen abierto", que se decide la EXENTERACION y el tipo a realizar.

No hago la linfadenectomía pélvica y explico las razones al momento de la revisión bibliográfica, la resección debe ser con los órganos en bloque (ver figura No. 2), siguiendo siempre los principios oncológicos básicos.

Después de la resección surge el problema del manejo de la cavidad pélvica desperitonizada, nosotros dejamos una compresa en el lecho quirúrgico por 48 horas y se retira bajo anestesia general. Con esto se hace hemostasia y se reacomodan las asas intestinales. No hemos tenido ningún problema atribuible a esta técnica.

Con ayuda de los Residentes de Gineco-Obstetricia y los Internos hemos realizado estas operaciones con tiempos que van desde 3 horas con 45' hasta 6 horas, con una media de 5 horas.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

No tuvimos muertes en el transoperatorio ni en los primeros 30 días. La morbilidad es alta pero controlable. Solo 3 casos de los 8 no tuvieron ningún tipo de morbilidad. En uno hubo celulitis pélvica, 3 fístulas rectoperineales, una infección urinaria severa y refractaria a tratamiento pero que logró controlarse; otras 2 pacientes presentaron "stress hepático". Algunas de estas pacientes presentaron otras complicaciones de menor importancia.

RESULTADOS

Para los cánceres cérvico-uterinos en el informe de Anatomía patológica hubo compromiso macro y microscópico de vejiga en dos casos, tabique véscico-vaginal en uno; en los dos casos de cáncer vulvar

también estuvieron tomados macro y microscópicamente tabique vesico-vaginal y uretra.

Un tumor de los persistentes midió 6 x 5 cm., el quitar la vejiga sirvió para dar un margen adecuado, mismo razonamiento utilizado en los otros, en los que no fue posible disecar entre cérvix y vejiga. En estos tres no se informó compromiso vesical.

De las 8 EXENTERACIONES PÉLVICAS 6 están vivas sin actividad inmorral, asintomáticas en períodos que varían de 4 meses a 3 años. Las otras dos fallecieron a los seis meses y al año por cáncer, en una se informó compromiso microscópico de la grasa perivesical y en la otra también compromiso microscópico en el margen vaginal.

En todas las pacientes se ha establecido un cuidadoso seguimiento.

En el cuadro que sigue se resumen los primeros resultados:

EVALUACION CRONOLOGICA DE LAS EXENTERACIONES PELVICAS SOBREVIDA EN AÑOS Y MESES

EDAD	No. DE CASO	TRATAMIENTO PRIMARIO	PERSISTENCIA	RECURRENCIA	TIEMPO DE SOBREVIDA
53 a.	1	EXENTERACION + VULVECTOMIA			3 AÑOS
45 a.	2	RADIODTERAPIA	Ca cu		2a. 6m.
37 a.	3	"	Ca cu		2a. 6m.
43 a.	4	"		Ca cu	1 año +
50 a.	5	"		Ca cu	6 m. +
2 a.	6	EXCISION			8 m.
34 a.	7	RADIODTERAPIA	Ca cu		4 m.
34 a.	8	RADIODTERAPIA	Ca cu		4 m.

→ Fallecieron con actividad tumoral.

DISCUSIÓN

La EXENTERACION PÉLVICA ha sido usada en una variedad de malignidades, pero su papel más importante es en el tratamiento del cáncer cérvico-uterino persistente (refractario a tratamiento con Radioterapia) o recurrente (respondió a la Radioterapia pero reaparece la actividad tumoral después de 6 meses de tratamiento) (6).

El tiempo de la cirugía es entre 6 y 8 horas, con pérdidas sanguíneas de 2000 a 3000 cc. Generalmente se hace en un campo máximamente

radiado agregando más dificultad a un procedimiento ya de por sí difícil (8).

Algunos autores consideran estas operaciones de tal magnitud que recomiendan hacerlas únicamente en centros oncológicos y con equipos formados por Oncólogos, enterostomistas y Psiquiatras (4).

La operación además de larga es muy peligrosa por lo extenso de la disección y porque la paciente necesita mucho tiempo para recuperarse (19).

La presencia de edema uni o bilateral de miembros inferiores, dolor tipo ciático, evidencia pielográfica de obstrucción bilateral, problemas de tipo médico (cardiópatas, enfermedades pulmonares, obesidad, etc.) o psiquiátrico, contraindican la cirugía (7, 9, 19). La selección de las pacientes se hace en base a: 1) presencia o ausencia de síntomas, 2) localizador! y extensión del cáncer, 3) el tiempo del tratamiento primario y la recurrencia, y 4) hallazgos del pie-lograma intravenoso (17). En casos bien seleccionados la sobrevida puede ser hasta de 60o/o (8).

Realizada la laparotomía y si el tumor no involucra uréteres, paredes laterales de pelvis, base de vejiga o septum recto-vaginal se hace únicamente una Histerectomía Radical.

En el acto operatorio cualquier área sospechosa debe biopsiarse, lo mismo que los ganglios para-aórticos y las paredes laterales de la pelvis; se hacen biopsias por congelación y si salen positivas no se realiza la EXENTERACION PÉLVICA (9). Si todo resulta negativo se procede a realizarla, con fines curativos (4,6,15), que es el acuerdo de casi todos los autores. Una minoría de estudios consideran que en circunstancias especiales pueden hacerse sin la absoluta seguridad de curación, sino con fines paliativos (20).

Para determinar la reseabilidad del tumor es necesario desarrollar los espacios paravesical y pararectal, lo que se logra de manera sencilla y sin producirse sangrado (10). La extensión a la vejiga no disminuye apreciablemente la tasa de curación (19).

El uso de engrapadoras de anastomosis intestinales, de cortes y ligaduras han simplificado las

resecciones y han disminuido el tiempo de las EXENTERACIONES al facilitar la resección de sigmoides, la construcción de las derivaciones urinarias y la resección del omento de la curvatura mayor del estómago y del colon transversal (15).

La linfadenectomía es innecesaria en la EXENTERACIÓN porque aumenta la morbilidad, si los ganglios son negativos no beneficia la operación, y si son positivos no modifica la supervivencia y las pacientes mueren con enfermedad (8, 19). Se ha probado que también se aumentan las complicaciones cuando se hacen las linfadenectomías pélvicas en pacientes que han recibido más de 4000 rads (17).

El uso de la derivación urinaria tipo conducto ileal (ideada por BRICKER) ha disminuido la morbilidad, lo mismo que el conducto sigmoideo cuando se trata de una EXENTERACION PÉLVICA TOTAL, éste último tiene además la ventaja de que con él no se hace la anastomosis término-terminal del ileon y se inicia más rápido la vía oral.

Uno de los graves problemas de las EXENTERACIONES PÉLVICAS ha sido que la desperitonización de la cavidad pélvica conduce a sepsis, obstrucción intestinal, hemorragia, fístulas intestinales y herniación perineal; la "alfombra omental" ideada por RUTLEDGE ha disminuido estas complicaciones (19). Se recomienda el uso de antibióticos profilácticos porque sino pueden infectarse hasta el 100% de las pacientes (14), también deben utilizarse dosis bajas de heparina, generalmente de 5000 unidades subcutáneas c/12 horas, lo que ha disminuido en un 50% las complicaciones tromboembólicas (7). Se ha demostrado que la morbilidad es mayor cuando el hematócrito es de 36 vol % o menos, y cuando el peso es mayor de 200 libras o menor de 120. Si el tiempo operatorio es cercano a las 9 horas hay morbilidad en el 39% de los casos (14).

En las EXENTERACIONES PÉLVICAS las complicaciones mayores pueden ser hasta de 75% y la mortalidad por estas complicaciones de 25% (8). Algunos autores han tenido hasta 27% de mortalidad operatoria con 69% de complicaciones

sépticas y 39.5% de complicaciones urinarias (21).

Al igual que en otras cirugías abdominales prolongadas, pueden ocurrir alteraciones transitorias de la función hepática con biopsias que revelan únicamente colestasis en la presencia de ictericia. KARLEN y PIVER han llamado a esto "síndrome de stress hepático" atribuible a cambios metabólicos resultado de la magnitud de la cirugía. También pueden ocurrir otros trastornos por stress (22).

Existen muchas dificultades en relación a la rehabilitación psíquica y sexual de estas pacientes. El daño psíquico puede comenzar desde la palabra cáncer creando ansiedad y la asociación de dolor y mutilación, continuar con la construcción de estomas y la pérdida de vías normales de función, que como la sexual, no es de importancia cuando la vida está en peligro pero se vuelve fundamental en pacientes jóvenes recuperadas por este tipo de cirugías (13). El tejido pélvico irradiado puede crear problemas para hacer y mantener una neovagina (13), no obstante se han logrado buenos resultados con algunas técnicas (19).

Para el cáncer de vulva la EXENTERACION puede ser utilizada como tratamiento primario en estadio clínico III, y da una supervivencia de 47%. Las pacientes deben tener una edad máxima de 69 años, las que sobreviven todas tienen ganglios negativos, sin sobrevivientes cuando hay ganglios positivos (3).

Como una alternativa a la EXENTERACION PÉLVICA para el cáncer de vulva avanzado se puede hacer un tratamiento combinado con Radioterapia y Cirugía menos radical, este tratamiento tiene la ventaja de que además de lograr supervivencias con ganglios positivos (16), preserva vejiga y recto, es baja la tasa de morbilidad y mortalidad, y son buenos los resultados de control del cáncer con 50% de supervivencia (2).

De los dos casos con cáncer de vulva y EXENTERACIÓN, en nuestra serie, uno de ellos fue un verrucoso donde se contraindica la radiación porque da transformación anaplásica y las pacientes mueren con actividad tumoral (1). Es raro que se presente en la vulva, en la serie de 105 casos presentada por KRAUS y PEREZ y MEZA se

informa de un solo caso en esta localización (11). Histológicamente corresponde a un tumor bien diferenciado que crece lentamente con infiltración local pero que no da metástasis (18).

Para el otro tipo, Rbdomiosarcoma (Sarcoma botrioides), de nuestro segundo caso, la EXENT—TERACION PÉLVICA usualmente se recomienda para su tratamiento en casos de útero y vagina en niñas (18). El manejo con quimioterapia pre y post operatoria hacen posible un tratamiento menos radical, el tipo de cirugía generalmente es de histerocolpectomía (12). El caso que presentamos había sido tratado inicialmente por un cirujano pediátrico con excisión amplia y total, hubo persistencia y era primario de vulva.

CONCLUSIONES

1. En la actualidad las EXENTRACIONES PÉLVICAS tienen indicaciones en algunos cánceres ginecológicos como cérvico-uterino y ciertos tipos vulvares.
2. Son cirugías de salvamento en cáncer cérvico-uterino persistente o recurrente, cuando otras cirugías radicales mas conservadoras no pueden realizarse.
3. Estas operaciones son llamadas suprarradicales porque por su gran magnitud causan mucho daño biológico y psicológico a las pacientes. Consideramos que deben hacerse con fines curativos y no paliativos.
4. Es cierto que tienen una alta morbilidad y mortalidad, pero también es cierto que dan sobrevividas de 25o/o y hasta de 60o/o en casos seleccionados.

BIBLIOGRAFÍA

1. BATSAKIS, John G. Current issues in surgical pathology: 201-205,1982.
2. BORONOW, Richard C. Combined therapy as an alternative to exenteration for locall advanced vulvo-vaginal cáncer. 34 th annual cáncer symposium: 108, mayo, 1981.
3. CAVANAGH, Denis, MD., FACOG, FACS, and Shepherd, M.B., FRCS, MRCOG. The place of pelvic exenteration in the primary management of advanced carcinoma of the vulva. *Gynecologic Oncology* 10: 93-97,1980.
4. CURRY, Stephen L. Pelvic exenteration: A 7 - year experience. *Gynecologic Oncology* 11: 119-123, 1981.
5. DELGADO, Gregorio. Use of the automatic stapler in urinary conduit diversions and pelvic exenterations *Gynecologic Onvlogy* 10: 93 - 97,1980.
6. DISAIA, Philip J., Creasman, William T. *Clinical Gynecologic Oncology* Second edition. The C.V. Mosby company. St. Louis, Toronto, Princenton. Cap 3,pág. 110,1984.
7. HASKELL, Charles M., MD. *Cáncer treatment*. Se cond edition. W.B. Saunders company. Philadelphia, London, Toronto, México dty, Rio de Janeiro, Sydney Tokyo. Cap. 28: 439,1985.
8. KARLEN, John R., MD., Williams, Gary B., MD., and Summers, Jack L., MD. The multidisciplinary team approach to exenteration of the pelvis. *Surgery Gynecology and Obstetrics* Vol 156:789 - 794, Junio, 1983.
9. KETCHAM, A.S., MD., Deckers, P.J., MD., Sugarbaker, E.U., MD., Hoye, R. C, MD., Thomal, L.B., MD., and Smith, R.R., MD. Pelvic Exenteration for carcinoma of the uterine cervix, A-15 year experience. *Cáncer* Vol 26, No. 3: 513 - 521, Septiembre, 1970.
10. KKAPP, Robert, F.A.C.S., Donahue, Valentina C, MD., and Friedman, Emanuel A. Dissection of paravesical and pararectal spaces in pelvis operations. *Surgery, Gynecology and Obstetrics* Vol 137: 758 - 762, Noviembre, 1973.
11. KRAUS, Frederick T., and Pérez-Mesa, Carlos. Verrucous carcinoma. *Cáncer* 19:26 - 38, Enero, 1966.
12. KUMAR, Mahesh A.D., Wrenn, Earle L. Jr., MD., Fleming, Irving D., MD., Hustu, Ornar H., MD., and Pratt, Charles B., MD. Combined therapy to prevent complete pelvic exenteration for Rhabdomyosarcoma of the vagina or uterus. *Cáncer* 37:118 - 122, 1976.

13. LAMONT, J.A., MD., Petrillo, A.D., MD., and Sargeant, E.J., MD. Psychosexual rehabilitaci3n and exenterative surgery. *Gynecologic Oncology* 6: 236 - 242, 1978.
14. MORGAN, Linda S., MD., Daly, James w., MD., and Monif, Gilfes, R. G., MD. Infections morbidity associated with pelvic exenteration. *Gynecologic Oncology* 7:25-35, 1979.
15. MORLEY, George W., MD., and Lindenauer, Martin, MD. Pelvic exenterative therapy for gynecologic malignancy. An analysis of 70 cases. *C3ncer supplement* Vol. 38, No. 1: 581 - 586, Julio, 1976.
16. NEVILLE, F. Hacker, MD., Berek, Jonathan S., MD., Juillard, Guy J. F., and Lagasse, Leo D , MD. Preoperative radiation therapy for locally advanced vulvar c3ncer. *C3ncer* 54: 2056 - 2061, Noviembre, 1984.
17. PILCH, Yosef H., MD. *Surgical Oncology*. Mc Graw - Hill Book Company, 37: 770, 1984.
18. ROSAI, Juan, MD. *Ackerman's Surgical Pathology* Sixth edition. The C.V. Mosby company. St. Louis, Toronto, London. Vol. 1, Cap. 18: 922 - 933, 1981.
19. RUTLEDGE, F3lix N., MD., Smith, Juli3n P., MD., Wharton, Taylor J., MD., O'Quinn, Gale A., MD. Pelvic exenteration: Analysis of 296 patients *American Journal Obstetrics Gynecology* Vol. 129, No. 8: 881 - 892, Diciembre, 1977.
20. STANHOPN, Robert C, MD., and Symmonds, Richard N., MD. Palliative exenteration - What, When and Why?. *American Journal Obstetrics Gynecology* 1: 12-16, Mayo, 1985.
21. TENORIO, Francisco, Dr. Complicaciones y yatrog3nesis del tratamiento quir3rgico de los c3nceres del c3rvix y del ovario. *Revista del Instituto Nacional de Cancerologia*. M3xico, D.F., No. 28: 13 -18, 1982.
- 22- WALTON, Leslie A. The stress of radical surgery: A review. *Gynecologic Oncology* 7: 25 - 35, 1979.

REGLAMENTO DE LA LEY DEL ESTATUTO DEL MEDICO EMPLEADO

Presidencia de la República

SALUD PUBLICA

PODER EJECUTIVO

ACUERDO NUMERO 0891

Tegucigalpa, D. C., 2 de Mayo, 1986

EL PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD PUBLICA, EN USO DE LAS FACULTADES QUE LE CONFIERE EL ARTICULO 245, INCISO 11, DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA Y EN CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 66 DEL DECRETO No. 167-85 LEY DEL ESTATUTO DEL MEDICO EMPLEADO, RATIFICADO CONSTITUCIÓN ALMENTE POR EL CONGRESO NACIONAL,

A C U E R D A :

El siguiente Reglamento de la Ley del Estatuto del Médico Empleado.

CAPITULO I DE LOS FINES Y OBJETIVOS

CAPITULO I DE LOS FINES Y OBJETIVOS

ARTICULO 1.- De los fines

- 1) El presente Reglamento tiene por objeto regular la Ley del Estatuto del Médico Empleado, que en lo sucesivo se denominará "EL ESTATUTO".
- 2) Los principios de justicia social en que se enmarca este Reglamento, deberán entenderse como el conjunto de normas que procuran mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos, garantizar al Médico Empleado un nivel de vida decorosa para él y su familia, condiciones generales de trabajo protectora de su salud y bienestar y además, una remuneración justa, que lo capacite para atender sus necesidades vitales, vivienda, inva-

lidez, maternidad, descanso, vejez u otro de pérdida de medios para su subsistencia.

De los Objetivos

ARTICULO 2.-

Son objetivos del Estatuto Médico y de este Reglamento:

- 1) Incrementar la eficiencia del trabajo prestado por los médicos mediante el cumplimiento de las normas de atención médica, los manuales de procedimientos y demás normas establecidas en la institución empleadora;
- 2) Proteger, dignificar y capacitar a los médicos debidamente colegiados, tomando en consideración el comportamiento en el desempeño de sus obligaciones, la calificación de méritos, las necesidades y capacidad económica de la institución empleadora.
- 3) Establecer las bases justas de ingreso y régimen salarial del Médico Empleado; poniendo en práctica normas y sistemas administrativos acordes con los principios modernos de administración de personal.
- 4) Garantizar la estabilidad laboral del Médico Empleado, mediante el cumplimiento de las relaciones contractuales por parte del empleador; así como del Estatuto y este Reglamento.
- 5) Regular jornadas, turnos y descansos obligatorios a fin de garantizar la eficiencia profesional médica.
- 6) Garantizar una justa distribución de los puestos médicos; evitando traslapes de horario y el monopolio de los puestos; y dándole preferencia en los puestos vacantes a los médicos desempleados que reúnan los requisitos para optar a los mismos.
- 7) Garantizar adecuadas condiciones de trabajo de acuerdo a normas establecidas entre el Colegio Médico de Honduras e instituciones empleadoras y autoridades competentes del Estado; para lo cual se integrarán comisiones paritarias mixtas, las que se regirán por los reglamentos aplicables.
- 8) Procurar el cumplimiento de los acuerdos nacionales e internacionales a fin de fomentar fuentes de empleo.

CAPITULO II DEL CAMPO DE APLICACIÓN

ARTICULO 3.- El presente Reglamento será aplicado a los médicos debidamente registrados en el Colegio Médico de Honduras, que se encuentren en el pleno goce de sus derechos de conformidad con la Ley Orgánica y sus disposiciones reglamentarias y que presten sus servicios bajo la dependencia y subordinación de personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado.

ARTICULO 4.- Quedan excluidos de los derechos y garantías consignadas en el Estatuto y el presente Reglamento:

- 1) Los médicos extranjeros laborantes en brigadas médicas religiosas.
- 2) Los suspendidos en el ejercicio profesional mediante resolución firme dictada por la Asamblea del Colegio Médico de Honduras.
- 3) Los médicos extranjeros que gozaren de permiso especial autorizado por el Colegio Médico de Honduras para ejercer las labores médicas asistenciales, temporalmente y sin fines de lucro, de conformidad a los reglamentos del propio Colegio.
- 4) Los médicos militares al servicio de las Fuerzas Armadas.

5) Las actividades médicas realizadas en el ejercicio libre de la profesión por mandato judicial o por causa de una emergencia nacional declarada.

Se entenderá por libre ejercicio de la profesión la relación personal que se establece entre el médico y el paciente o sus familiares, sin sujeción a un empleador determinado ni obediencia o subordinación a través de órdenes o reglamentos. Se entenderá por mandato judicial todo requerimiento, orden o resolución, emanada de un Juzgado o Tribunal de la República con motivo de un proceso civil, criminal o laboral y en cuyo caso el médico colegiado conservará el derecho de percibir honorarios profesionales de conformidad a lo dispuesto en el Arancel Judicial, administrativo y Notarial, salvo cuando la Ley dispusiera la gratuidad del servicio.

En caso de una emergencia nacional decretada oficialmente, las actividades o servicios médicos quedarán sujetos al Decreto de Emergencia, y en lo pertinente, a la reglamentación aprobada por el Colegio Médico de Honduras.

CAPITULO III DE LOS REQUISITOS DEL MEDICO EMPLEADO

ARTICULO 5.- En toda contratación o nombramiento para la prestación de servicios cuya na-

turalidad sea propia del ejercicio de la medicina general o especializada, el Médico Empleado deberá llenar los siguientes requisitos:

- 1) Haber obtenido el título de Médico Cirujano extendido o reconocido por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
- 2) Estar inscrito en el Colegio Médico de Honduras y encontrarse en pleno goce de sus derechos gremiales.
- 3) No estar moroso en el Colegio Médico de Honduras.
- 4) No adolecer de enfermedad infecto-contagiosa,
- 5) Aprobar satisfactoriamente el concurso.
- 6) Cumplir los demás requisitos establecidos en los reglamentos internos de la entidad empleadora.

ARTICULO 6.- Para la prestación de servicios especializados en todas las instituciones del país, se tar el reconocimiento de la especialidad correspondiente al puesto a desempeñar, extendido por el Colegio Médico de Honduras.

ARTICULO 7.- A fin de incrementar la eficiencia de los servicios médicos, el concurso señalado en el artículo 7) del "ESTATUTO", deberá contener como mínimo las normas que a continuación se establecen:

1) Toda vacante de personal médico, general o especializado, en todas las instituciones del país, se llenarán mediante concurso de oposición.

2) Participarán en los concursos de oposición todos los interesados que reúnan los requisitos exigidos para el puesto vacante y que cumplan con los requisitos señalados en el artículo 6) de este Reglamento.

3) Para la realización del concurso en cada institución empleadora se integrará una comisión de selección de acuerdo a las normas internas establecidas y aquellas que se definieran. El Colegio Médico podrá participar en la vigilancia del cumplimiento de los procedimientos establecidos.

La institución empleadora convocará al concurso por medio de las publicaciones más idóneas, recibirá las ofertas de ingreso y suministrará toda la información pertinente para llenar las plazas vacantes?.

4) La convocatoria al concurso se publicará con treinta (30) días de anticipación, una vez por semana, contados con anterioridad a la fecha de su verificación.

5) Cada convocatoria contendrá la siguiente información:

- a) Clase del puesto vacante.
- b) Jornada que corresponde al puesto.

- c) Horario de trabajo.
 - d) Salario.
 - e) Lugar, plazo y horas hábiles para recepción de documentos.
 - f) Requisitos mínimos exigidos al aspirante para optar al puesto en concurso.
 - g) Otros beneficios.
 - h) Lugar de ubicación geográfica del puesto.
- 6) Vencido el plazo señalado en la convocatoria, no se recibirán más ofertas ni documentos; el receptor extenderá al interesado un comprobante de todos los documentos recibidos.
- 7) La calificación de los candidatos se hará de acuerdo a la escala de puntos que para tal efecto elaborará cada Institución empleadora, oyendo previamente las recomendaciones técnicas del Colegio Médico de Honduras.
- 8) Los médicos que obtuvieren los tres primeros lugares en la evaluación, tendrán preferencia para su ingreso, sin perjuicio de las facultades legales que tiene el empleador para contratar o nombrar.
- 9) Cuando el empleador o patrono no haya emitido el Reglamento a que se refiere el artículo 7) de la Ley, las normas contenidas en el presente Reglamento son de observancia obligatoria.
- 10) Para la elaboración reglamentaria correspondiente, la entidad empleadora aprobará dicha reglamentación oyendo previamente las recomendaciones técnicas del Colegio Médico de Honduras.
- 11) Verificado el concurso la comisión deberá comunicar por escrito, a más tardar dentro de los quince (15) días siguientes, el resultado del mismo a todos los participantes.
- 12) Las plazas creadas para medicina general serán ocupadas exclusivamente por médicos generales y las plazas creadas para especialistas serán ocupadas por médicos especialistas en la rama correspondiente.

CAPITULO IV DE LOS DERECHOS

ARTÍCULO 8.- Los médicos Empleados gozan de los derechos y garantías siguientes:

- 1) Recibir el pago de su remuneración desde el día que inicie la prestación del servicio, aunque su nombramiento se encuentre en trámite, a fin de garantizar la relación material de trabajo y proteger el servicio efectivamente realizado; la iniciación de la relación laboral deberá estar autorizada por escrito, por la autoridad superior competente.
- 2) A la estabilidad en el trabajo o empleo; en consecuencia no podrá ser trasladado sin su consentimiento expreso y sin causa debidamente justificada,

tampoco será descendido o despedido sin que proceda justa causa para ello y la observancia del procedimiento garantizando su defensa. Se considera causa justificada para el traslado en el servicio: en aquellos casos en que se produjeran emergencias en el mismo, necesidad urgente dentro de otras áreas, reorganización y ampliación del servicio.

Con el objeto de poder trasladar a otro puesto o hacia otro lugar distinto al del centro habitual de trabajo en la República, el patrono o empleador deberá solicitar su consentimiento por escrito al Médico Empleado, haciéndole ver las causas que justifique dicha solicitud.

El Médico Empleado deberá contestar por escrito su decisión al patrono, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la notificación de la solicitud de traslado.

La negativa del Médico Empleado para ser trasladado, no será causa de ninguna acción por parte del empleador, ni se hará constar en su expediente; salvo en lo dispuesto en el numeral 2) de este artículo.

En caso de que el Médico Empleado optare por el traslado, y éste se verificare hacia otro Municipio o Departamento en la República, tendrá los siguientes derechos:

- a) Percibir el salario convenido o asignado, entre la institución y el empleado.
- b) Se reconocerá el equivalente hasta de diez (10) días de viáticos para que el empleado sufrague los gastos de instalación.
- c) A los Médicos Empleados que se trasladen con su familia se les otorgará permiso con goce de salario por un término no mayor de diez (10) días para que se instale.
- d) A que se proporcione transporte de ida, de sí mismo, su esposa o compañera de hogar, de los dependientes y de sus enseres personales.

En el caso de traslados breves o temporales el patrono proporcionará también los gastos de regreso, sin perjuicio de sus demás derechos.

e) Estos derechos se regularán de acuerdo a distancia y otros aspectos de accesibilidad, sin perjuicio de las regulaciones referentes al "zonaje".

- 3) A ser ascendido o promovido a puestos de mayor jerarquía y sueldo, mediante la comprobación de su eficiencia y méritos, de acuerdo a los procedimientos establecidos.
- 4) A gozar anualmente de vacaciones remuneradas y reglamentadas en los términos establecidos por la Ley y este Reglamento.
- 5) A no ser sancionado sin ser oído previamente y ejercer el derecho de defensa.

- 6) Al reconocimiento de méritos de acuerdo al presente Reglamento y demás normas establecidas en las instituciones empleadoras.
- 7) Todos los derechos y garantías consignadas en la Constitución de la República, la Ley del Estatuto del Médico Empleado, el Código de Trabajo, la Ley del Servicio Civil y demás leyes aplicables. En todo caso podrá invocar aquellas disposiciones contenidas en dichas leyes cuando le sean más favorables.
- 8) A ser ascendido a cargos de mayor jerarquía en cuyo caso el Médico Empleado deberá someterse a concurso, sujetándose en lo pertinente a las reglas contempladas en el presente Reglamento.

CAPITULO V DE LAS PROHIBICIONES Y OBLIGACIONES

SECCIÓN I DE LAS OBLIGACIONES DE LOS PATRONOS O EMPLEADORES

ARTICULO 9.- Además de las señaladas en el Estatuto y las derivadas del presente Reglamento, son obligaciones de los patronos o empleadores las siguientes:

- 1) Pagar al Médico Empleado la remuneración establecida en las condiciones y períodos señalados por el Estatuto y este Reglamento. Respecto a las condiciones son aplicables las relativas a la clasificación de puestos y salarios contemplados en este Reglamento, y en lo relativo a los lugares y períodos para el pago, se estará en lo legalmente establecido o a lo pactado entre las partes.
- 2) Pagar al Médico Empleado el salario correspondiente al tiempo que dejare de trabajar por razones imputables al patrono o empleador.
- 3) Proporcionar local seguro para la guarda de medios, instrumentos y útiles de trabajo que sean de propiedad privada del Médico Empleado, siempre que éstos permanezcan en el lugar en que presten los servicios sin que sea lícito retenerlos a título de indemnización, garantía o cualquier otro. El inventario de medios, instrumentos o útiles de trabajo, deberá hacerse siempre que cualquiera de las partes lo solicite.
El patrono que retenga los medios, instrumentos y útiles de trabajo de propiedad del Médico Empleado quedará sujeto al pago de la indemnización por los daños y perjuicios que ocasione su acto ilícito. También el patrono deberá reconocer al Médico Empleado los gastos ocasionados directamente por mantenimiento de los medios, instru-

mentos y útiles de trabajo de su propiedad, durante la prestación del servicio y reconocerá un porcentaje por la depreciación de dicho equipo, incluyendo el local en que se presta el servicio, cuando éste fuere propiedad del médico.

- 4) Proporcionar los equipos, instrumentos y útiles de trabajo necesarios para el buen desempeño de su actividad médica, de acuerdo a la capacidad financiera de la institución, los cuales se entregarán conforme a inventario.
- 5) El patrono o empleador está obligado a utilizar los servicios del Médico Empleado, únicamente en las labores para las cuales ha sido contratado o nombrado, exceptuando aquellos casos debidamente justificados y aquellos casos en que se ponga en peligro la vida del paciente.

SECCIÓN II DE LAS PROHIBICIONES A LOS PATRONOS O EMPLEADORES

ARTICULO 10.- Se prohíbe a los patronos o empleadores:

- 1) Contratar o nombrar menos de un noventa por ciento (90o/o) de médicos hondureños por nacimiento, porcentaje que se calculará sobre la base del número total de médicos a emplearse, nombrarse o contratarse.
- 2) Pagar a los Médicos Empleados, hondureños por nacimiento, menos del ochenta y cinco por ciento (85o/o) del total de los salarios que devengare el personal médico en la respectiva empresa, establecimiento o institución.
- 3) Es entendido que las opciones de empleo y salario concedida a los patronos o empleadores en los numerales que anteceden, se ejercerán sin disminuir o tergiversar la preferencia de los empleados médicos hondureños por nacimiento, sobre los extranjeros en igualdad de condiciones; en consecuencia, los médicos empleados hondureños por nacimiento, no percibirán salarios inferiores a los de un extranjero, cuando sus servicios médicos, sean desempeñados en igualdad de condiciones, ni se contratarán extranjeros para desempeñar cargos o prestar servicios cuando existan médicos hondureños por nacimiento, con igual capacidad; y
- 4) Discriminar a los médicos por motivo de raza, religión, credos políticos y situación económica, impidiéndoles laborar en establecimientos de asistencia social, docentes o de cualquier otra índole.

Las disposiciones señaladas en este artículo son aplicables a los patronos o empleadores públicos o privados.

ARTICULO 11.- Las violaciones a las normas establecidas en el artículo anterior darán lugar al ejercicio de las acciones o reclamos correspondientes a fin de que el médico agraviado sea contratado, nombrado, mantenido o restituido en el goce o disfrute de estos derechos y garantías.

SECCIÓN III DE LAS OBLIGACIONES DE LOS MÉDICOS EMPLEADOS

ARTICULO 12.- Son obligaciones de los Médicos Empleados todas las que impongan las leyes, contratos individuales, contratos colectivos, reglamentos o provenientes de cualquier otra fuente con fuerza legal, siempre y cuando dichas obligaciones no disminuyan, tergiversen o modifiquen los derechos emanados del Estatuto y sus reglamentos.

En caso de controversia, las partes podrán someter su caso al Colegio Médico de Honduras, quien actuará como amigable componedor, siempre y cuando ambas partes lo soliciten, sujetándose en todo lo pertinente a las disposiciones del Código de Procedimientos Civiles.

ARTICULO 13.- Todo Médico Empleado está obligado a tomar cursos de capacitación o a participar como instructor o expositor en los mismos, periódicamente y con intervalos no mayores de dos (2) años.

El cumplimiento de esta obligación se hará en base a los reglamentos que para este efecto emitan los patronos o empleadores de acuerdo a su capacidad económica, para lo cual deberá oír previamente la opinión técnica del Colegio Médico de Honduras.

ARTICULO 14.- Todo Médico Empleado para optar a cargos o puestos dependientes se someterá previamente a un concurso, sujetándose en todo lo pertinente a las disposiciones del presente Reglamento. En caso de ser un cargo de jefatura, deberá someterse a concurso cada tres (3) años. En los casos de jefatura obtenidos por concursos externos, si al finalizar su período, no pudiere ser absorbido por la entidad empleadora, se le dará la indemnización establecida por la Ley. Quedan excluidos de ser sometidos a concurso cada tres (3) años, los siguientes cargos técnico-administrativos:

- 1) Sub-Director General de Salud
- 2) Directores de Programas
- 3) Jefe de División
- 4) Directores Regionales
- 5) Directores de Hospitales
- 6) Sub-Directores de Hospitales

SECCIÓN IV DE LAS PROHIBICIONES A LOS MÉDICOS EMPLEADOS

ARTICULO 15. Se prohíbe a los Médicos Empleados:

- 1) Celebrar contratos o aceptar nombramientos implicando la prestación de servicios médicos para dos empleadores durante la misma jornada y horario.
- 2) Traslapar jornadas u horarios, entendiéndose por traslape cuando el inicio de la jornada u horario siguiente está comprendido antes de la hora de la conclusión de la jornada que antecede; y
- 3) Optar a cargos o puestos dependientes, aunque no recibieran remuneración, si al hacerlo sustituyera a un colega que se encontrare en huelga o paro justificado, o estuviera cesante por despido o suspensión injustificada.

Se exceptúan de esta prohibición lo referente a la prestación de servicios de emergencia, en cuyo caso el contratado tendrá la condición de interino.

- 4) Utilizar tiempo dentro del horario de trabajo contratado para atender asuntos de carácter personal, profesional o ajeno a los intereses del empleador, sin el permiso correspondiente.
- 5) Utilizar los vehículos, equipo, enseres y demás bienes de la entidad empleadora en actividades ajenas al interés de la misma.
- 6) Las violaciones de los numerales 1) y 2) de este artículo, dará derecho a la entidad empleadora a dar por terminado el contrato de trabajo sin responsabilidad de su parte, sin perjuicio de las sanciones que podrá imponerle el Colegio Médico de Honduras con sujeción a su Ley Orgánica y sus reglamentos.
- 7) Todas las demás contempladas en las leyes y reglamentos internos vigentes.

CAPITULO VI DE LA JORNADA

ARTICULO 16.- Las disposiciones del presente capítulo son de observancia general, no obstante las modalidades de la jornada del Médico Empleado sujetas a leyes o reglamentos, y contratos o convenios, legalmente suscritos, tendrán validez, sino contravienen o modifican el "ESTATUTO" y el presente Reglamento.

ARTICULO 17.- Las jornadas de trabajo podrán ser:

- a) Diurna que es el trabajo realizado entre las siete ante meridiano (7:00 a.m.) y siete pasado meridiano (7:00 P.M.)

b) Nocturna que comprende el trabajo realizado entre las siete pasado meridiano (7:00 p.m.) y siete ante meridiano (7:00 a.m.)-

c) Mixta que comprende horas diurnas y nocturnas.

d) Jornada de guardia que es el tiempo de trabajo efectivo realizado por el Médico Empleado como apoyo a servicios de emergencia hospitalaria, la cual no excederá de doce (12) horas diarias en cada período de veinticuatro (24) horas sucesivas, hasta setenta y dos (72) horas al mes, salvo en casos calificados por el organismo empleador.

e) Jornada extraordinaria que será toda labor efectiva que se ejecute fuera del límite máximo de seis (6) horas que determina la jornada ordinaria de trabajo para un mismo patrono.

Se incluye el descanso semanal obligatorio y los días feriados o de fiesta nacional, las jornadas extraordinarias deberán ser autorizadas por la autoridad competente.

ARTICULO 18.- No se permitirá la jornada extraordinaria donde el Médico Empleado esté habitualmente expuesto a agentes anestésicos, radiaciones ionizantes y otros riesgos calificados de acuerdo a este Reglamento, salvo casos bien calificados.

ARTICULO 19.- La jornada ordinaria de trabajo será de seis (6) horas por tiempo completo, pudiendo ser diurnas, nocturnas o mixtas. La jornada ordinaria podrá también ser inferior a seis (6) horas, pero no menor de dos (2) horas.

ARTICULO 20.- La jornada ordinaria de trabajo se realizará de lunes a viernes.

Las modalidades de las jornadas y horarios del Médico Empleado sea en hospitales y/o centros de asistencia serán elaboradas por las autoridades correspondientes de acuerdo a la clasificación, recursos humanos y las necesidades de dicho centro.

ARTICULO 21.- Para garantizar una justa distribución de los puestos, según lo dispone el Artículo dos (2) del Estatuto. El Médico Empleado, podrá desempeñar con diferentes patronos jornadas ordinarias cuya suma no exceda doce (12) horas o una (1) jornada ordinaria hasta de seis (6) horas más una (1) de guardia. Para un mismo patrono sólo podrá desempeñar una (1) jornada ordinaria hasta de seis (6) horas más una (1) de guardia.

Entre jornada y jornada deberá existir el tiempo necesario para el traslado.

ARTICULO 22.- Ningún Médico Empleado podrá desempeñar más de una jornada de guardia.

ARTICULO 23.- Las instituciones empleadoras y el Colegio Médico de Honduras a través de su Junta Directiva por medio de una comisión de carácter nacional vigilará y supervisará el registro de las jornadas para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley.

ARTICULO 24.- La jornada por hora, no será menor de dos (2) horas diarias y tendrá todos los deberes y derechos señalados en el "Estatuto" y el presente Reglamento.

ARTICULO 25.- De acuerdo con el artículo 19) de la Ley del Estatuto del Médico Empleado relacionado con la jornada; los médicos generales en etapa de formación para obtener un post-grado, éstos serán de dedicación exclusiva y estarán sujetos a las necesidades y programación de los servicios y departamentos y en ningún caso se les podrá aplicar lo referente a jornadas y horarios de trabajo establecidos en el "Estatuto" y el presente Reglamento .

ARTICULO 26.- Los Médicos Empleados en actividades de índole docente, nombrados o contratados por la Universidad Autónoma de Honduras, se registrarán de acuerdo al artículo setenta (70) del "Estatuto". Los Médicos Empleados con iguales actividades nombrados o contratados por otras instituciones se registrarán por lo establecido en el Estatuto y el presente Reglamento.

CAPITULO VII DE LAS VACACIONES, DE LOS DESCANSOS Y PERMISOS

ARTICULO 27.- Todo Médico Empleado tendrá derecho a vacaciones anuales remuneradas y pagadas anticipadamente, tomándose como base el promedio de salario ordinario por él devengado durante los últimos seis (6) meses.

ARTICULO 28.- El período de vacaciones del Médico Empleado por cada año de trabajo continuo al servicio del mismo patrono tendrá como duración mínima la que se expresa a continuación:

- 1) Después de un (1) año de servicio continuo doce (12) días hábiles consecutivos
- 2) Después de dos (2) años de servicio continuo, quince (15) días hábiles consecutivos.

- 3) Después de tres (3) y cuatro (4) años de servicio continuo, veinte (20) días hábiles consecutivos.
- 4) Después de cinco (5) años o más de servicio continuo, treinta (30) días hábiles consecutivos.
- 5) Los Médicos generales en etapa de formación de post-grado, gozarán desde su primer año a un período de vacaciones de treinta (30) días calendario de vacaciones anuales no remuneradas.

ARTICULO 29.- Para los efectos del artículo anterior, se entenderá por "Año de trabajo continuo", el tiempo de un (1) año calendario contados a partir del día de inicio de la prestación del servicio, independientemente del tipo de jornada que realice.

En caso de prestación temporal de servicios, el pago de las vacaciones se regulará de acuerdo a las disposiciones aplicables en la institución empleadora.

ARTICULO 30. El Médico Empleado que esté expuesto habitualmente en sus labores a los efectos nocivos de agentes tales como anestésicos, radiaciones ionizantes y otros riesgos debidamente calificados, tendrán derecho a doce (12) días laborales anuales de descanso especial, los cuales se tomarán seis (6) meses después de sus vacaciones ordinarias. Este descanso especial no será acumulativo y deberá tomarse obligatoriamente una vez al año.

ARTICULO 31.- Se entiende por Médico Empleado expuesto habitualmente en sus labores a efectos nocivos, los siguientes:

- 1) Personal Médico que trabaja con isótopos radiactivos, o expuesto a radiaciones como radiólogos, oncólogos, y otros que el Ministerio de Salud Pública determine que dentro de las obligaciones asignadas se exija laborar directamente con fuentes emanadoras de radiación.
- 2) Médicos Psiquiatras que laboran en hospitales psiquiátricos y que tengan bajo su responsabilidad el tratamiento directo y cotidiano personal o grupal de pacientes psiquiátricos.
- 3) Médicos anestesiólogos que estén directa y cotidianamente expuestos durante sus funciones a gases anestésicos.
- 4) Otros que el Ministerio de Salud Pública dictamine como de riesgos para profesionales médicos.

ARTICULO 32.- No perjudicará el derecho de vacaciones anuales remuneradas el haber gozado de descanso legal obligatorio, licencias o permisos con goce de sueldo, permiso por enfermedad u otras causas análogas.

ARTICULO 33.- Ningún médico será obligado a tomar vacaciones durante esté con incapacidad. Si durante sus vacaciones tuviese alguna incapacidad por enfermedad ésta quedará en suspenso y se prolongará al finalizar la incapacidad.

ARTICULO 34.- El Médico Empleado gozará de su descanso semanal obligatorio, luego de haber cumplido su jornada semanal ordinaria.

ARTICULO 35.- Los Médicos Empleados tendrán derecho a permisos especiales o licencias en los siguientes casos:

- 1) Licencias sin goce de salario para desempeñar cargos públicos o administrativos de dirección superior o de elección popular, por el tiempo que fuere nombrado, sin perder sus derechos laborales. Por cargos públicos o administrativos de dirección superior se entienden los Secretarios de Estado, Sub-Secretarios de Estado, Directores Generales, Presidentes y Gerentes de Organismos Descentralizados y los funcionarios de confianza del Ejecutivo, que a cualquier título ejerzan funciones de Dirección de Organismos Descentralizados. El concepto de cargo de elección popular comprende al Presidente, Designados y Diputados de la República y Miembros de Corporaciones Municipales.
- 2) Licencias con el propósito de realizar estudios de post-grado, por el tiempo que amerite su especialización, y de acuerdo al Reglamento de Especialidades del Colegio Médico de Honduras; conservando sus derechos laborales. El empleado conservará el derecho de reincorporarse a su antiguo cargo; si por razones personales rehusará a reincorporarse, la institución empleadora quedará liberada de responsabilidades.
- 3) Licencias con goce de salario, por motivos personales justificados de acuerdo al Reglamento Interno correspondiente, sin exceder de veinte (20) días laborales, anualmente esta licencia no será acumulativa.
- 4) Licencia sin goce de salario para prestar servicio de Asesoría a Organismos Nacionales e Internacionales, hasta por un (1) año prorrogable, por un (1) año más.
- 5) Permisos con goce de salario para asistir a las Asambleas Generales Ordinarias y Extraordinarias del Colegio Médico de Honduras, Seminarios, Congresos Médicos, Conferencias, Cursos de Capacitación y cumplir comisiones y misiones gremiales: cuya extensión y oportunidad quedan sujetas a las regulaciones de este Reglamento.
- 6) Por enfermedad común o de cualquier otro tipo, con goce de salario, hasta por cinco (5) días

consecutivos en un (1) mes, sin que éstos puedan exceder de veinte (20) días en el año; teniendo que presentar Certificación Médica, y tampoco serán acumulativas.

ARTICULO 36.- Para la ejecución del artículo 27, numeral 4) del Estatuto del Médico Empleado se establecen:

1) Respecto a la asistencia a Seminarios, Congresos Médicos, Conferencias y Cursos de Capacitación quedan sujetos a lo establecido en el artículo 13) y 35) del presente Reglamento.

2) Se concederá permiso al Médico Empleado para desempeñar comisiones y misiones gremiales por el tiempo que fuere solicitado por la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras; así mismo dos miembros de la Junta Directiva gozarán de un permiso con goce de salario de tres (3) horas a la semana por todo el tiempo que dure su período.

Quando el Médico Empleado preste sus servicios o más de un empleador, se entenderá que este derecho sólo podrá gozarlo en una institución.

3) Cuando los Seminarios, Congresos Médicos, Conferencias, Cursos de Capacitación se realizaren fuera del país, el empleador podrá conceder el permiso hasta por veinte (20) días laborales anuales, los cuales justificará adecuadamente el Médico Empleado que goce de este beneficio. En el caso de que estos eventos científicos se realizaren en territorio nacional el patrono podrá conceder permiso hasta por diez (10) días laborables al año; estos permisos no son acumulables.

4) Todo Médico Empleado que gozare de los permisos y licencias señalados en los numerales que anteceden, están obligados a prestarle a su patrono o empleador la constancia o documento fehaciente que acredite su participación o asistencia: la solicitud para dichos permisos y licencias, deberá ser presentada, salvo casos calificados con quince (15) días antes de su goce.

5) La asistencia a las Asambleas Generales ordinarias y extraordinarias del Colegio Médico de Honduras es obligatoria para todos los médicos colegiados, por lo cual el empleador está obligado a conceder el permiso por todo el tiempo que dure la Asamblea, más con un (1) día para la ida y otro para el retorno, cuando esto fuere necesario y el Médico Empleado tuviere que viajar fuera de la localidad donde presta sus servicios; así mismo el empleador o patrono está autorizado para denegar el permiso al personal médico que fuere indispensable para el funcionamiento del establecimiento o institución en cuyo caso el personal deberá ser rotado en el goce de este permiso.

ARTICULO 37.- El goce de vacaciones, licencias o permisos, no afecta la continuidad ni la antigüedad en el trabajo, sin embargo, en los numerales 1) y 2) del artículo 35) de este Reglamento, sólo se reconocerá la antigüedad.

ARTICULO 38.- El Médico Empleador no podrá ser interrumpido durante sus vacaciones, licencias o permisos concedidos, sin embargo, su empleador podrá ordenarle su reintegro por necesidad justificada, en este caso los gastos ocasionados serán a cargo del patrono y el empleado conservará el derecho a reanudarlas.

ARTICULO 39.- Las vacaciones podrán ser acumuladas por dos (2) períodos consecutivos, por causa justificada, y podrán ser tomadas en forma continua previa solicitud y aprobación del jefe respectivo.

ARTICULO 40. El período vacacional será señalado con anticipación de por lo menos tres (3) meses a la fecha en que se iniciare el goce de las mismas. La remuneración a que tiene derecho el Médico Empleado deberá hacerse efectiva dentro de los diez (10) días anteriores al inicio de sus vacaciones.

ARTICULO 41.- En todo caso el patrono o empleador por medio de la jefatura correspondiente y oyendo a los interesados elaborará el calendario de vacaciones que deberá contener por lo menos el nombre del Médico Empleado, el de su sustituto, el período o fecha de vacaciones y deberá publicarlo en un lugar visible en el propio centro de trabajo, antes del quince (15) de octubre del año anterior al programado, permitiéndosele a los interesados a presentar observaciones dentro de los quince (15) días siguientes:

ARTICULO 42.- Cuando el Médico Empleado que hubiere adquirido el derecho a vacaciones y que antes de disfrutar éstas cese en su trabajo por cualquier causa, recibirá el importe correspondiente.

Quando el contrato o nombramiento de trabajo termine antes del tiempo que le da derecho a vacaciones se le pagará la parte proporcional, en relación al tiempo trabajado.

ARTICULO 43. El derecho a las vacaciones del Médico Empleado, no prescribirá sino después de transcurridos dos (2) años posteriores a la fecha en que debería haberlas disfrutado.

ARTICULO 44.- Incumbe al patrono o empleador la contratación de los sustitutos del personal médico gozando de licencias o vacaciones quienes tendrán carácter de interinos, salvo cuando en el centro de trabajo exista el sustituto legal.

ARTICULO 45. El Médico Empleado tendrá derecho a permisos remunerados en los casos siguientes :

- 1) Por siete (7) días laborables en caso de muerte de padres, hijos, hermanos, cónyuges del Médico Empleado; si el fallecido habitaba en un lugar distante del domicilio del empleador éste tendrá derecho hasta nueve (9) días. Corresponderá al jefe inmediato la calificación de la distancia.
- 2) Para asistir al entierro de un médico de la misma institución donde labora.
- 3) Por seis (6) días laborales cuando el Médico Empleado contrae matrimonio.
- 4) Por el tiempo necesario para asistir al cumplimiento de obligaciones impuestas por las leyes.

ARTICULO 46.- Las licencias sin goce de sueldo por motivos personales se podrán otorgar por un (1) año, prorrogable hasta por un (1) año más y a solicitud del interesado.

ARTICULO 47. La mujer Médico Empleado en estado de gravidez tendrá derecho a licencia con goce de sueldo por seis (6) semanas anteriores al parto y seis (6) posteriores a él, así mismo gozará de una (1) hora diaria, dentro de la jornada para lactar a su hijo, durante los primeros seis (6) meses de edad.

ARTICULO 48.- Los Médicos Empleados tendrán derecho a los siguientes días feriados o de fiesta nacional:

1o. de enero, 14 de abril, 1o. de mayo, 15 de septiembre, 3 de octubre, 12 de octubre, 21 de octubre, 27 de octubre y 25 de diciembre: así como el jueves, viernes y sábado de la Semana Santa; también a todos aquellos feriados concedidos por el Poder Ejecutivo.

CAPITULO VHI DE SALARIOS

ARTICULO 49.- El salario o sueldo que devengará el Médico Empleado podrá ser estipulado mediante contratos individuales, contratos colectivos, nombramientos o asignaciones presupuestarias, pero en ningún caso serán inferiores al mínimo prescrito por el Estatuto.

Todo Médico Empleado de primer ingreso devengará el salario base de acuerdo a su categoría.

ARTICULO 50.- El salario mínimo o base inicial para médicos generales será de DOS MIL QUINIENTOS LEMPIRAS EXACTOS (Lps. 2,500.00) mensuales, remunerando la jornada ordinaria diurna de seis (6) horas de trabajo. El salario mínimo de la jornada ordinaria nocturna tendrá un veinticinco por ciento (25o/o) más sobre el salario mínimo de la jornada ordinaria diurna.

ARTICULO 51.- El salario mínimo o base inicial para médicos especialistas será de TRES MIL LEMPIRAS EXACTOS (Lps. 3,000.00) mensuales, remunerando la jornada ordinaria diurna de seis (6) horas de trabajo. El salario mínimo de la jornada nocturna tendrá un veinticinco por ciento (25o/o) más sobre el salario mínimo de la jornada ordinaria diurna.

ARTICULO 52.- El salario mínimo o base para los médicos generales o especialistas, en la jornada por hora, medio tiempo o intermedia, será proporcional al salario de la jornada diurna. El salario mínimo de estas jornadas en horarios nocturnos tendrán el veinticinco por ciento (25o/o) más sobre el salario mínimo de la jornada diurna.

ARTICULO 53.- Los salarios en todo lo procedente, serán calculados según la jornada o los horarios establecidos con sujeción pero nunca menores al mínimo consignado en el Estatuto y el presente Reglamento.

ARTICULO 54.- Los salarios se fijarán en relación directa al puesto o cargo, por consiguiente cada Médico Empleado recibirá la remuneración correspondiente al cargo o puesto efectivamente desempeñado de acuerdo con el Estatuto y el presente Reglamento.

ARTICULO 55.- El Médico Empleado que habiendo desempeñado un cargo de jefatura, y no lo conservara con motivo de un nuevo concurso, mantendrá su clasificación y el salario último que devengaba antes de ocupar el cargo.

ARTICULO 56.- Las instituciones igualarán los salarios del Médico Empleado, docente, administrativo y de servicio en el sentido de que todos los que tengan una misma clasificación gozarán de igual salario base.

Respecto a los médicos bajo el régimen de la carrera docente en la Universidad Nacional

Autónoma de Honduras quedan sometidos a los efectos jurídicos del artículo 70) del Estatuto. Las nivelaciones del salario base serán efectivas desde el 1.º de enero de 1986 en los términos y por las cantidades señaladas en el artículo 71) del Estatuto, salvo cuando la institución empleadora tuviera capacidad económica para una nivelación global y simultánea.

ARTICULO 57.- Las instituciones harán efectivos los pagos de los sueldos mensuales que corresponden a sus médicos empleados a más tardar el día veinte (20) de cada mes en el lugar donde desempeñan sus labores.

Cuando por razones no imputables a la institución no se hiciere efectivo en esa fecha, el pago se efectuará dentro de los cinco (5) días siguientes.

ARTICULO 58.- El salario que se pague por mes incluye el pago de los días de descanso y asueto, exceptuándose la remuneración del Médico Empleado en concepto de vacaciones anuales a que tenga derecho.

En el caso de que el Médico Empleado tuviera que laborar en días de descanso o asueto, recibirá la doble remuneración correspondiente, excepto los médicos de guardia.

ARTICULO 59.- Los empleadores o patronos establecerán la clasificación de puestos y salarios de los profesionales médicos., sujetándose en todo lo pertinente al Estatuto y su Reglamento y en observancia al régimen legal que le sea aplicable a cada uno de ellos.

ARTICULO 60.- En los casos de que el Médico Empleado desempeñe cargos de carácter administrativo, laborará la jornada asignada a su respectivo cargo y en compensación se le harán los reajustes de sueldo correspondientes al tiempo adicional en relación a la jornada establecida en el Estatuto.

En caso de una devaluación nominal, la escala salarial será revisada y se efectuará un reajuste total. Si el Médico Empleado fuere trasladado a un puesto de igual categoría a la que está desempeñando, no habrá interrupción en el cómputo del tiempo para el aumento salarial.

Si el Médico Empleado dejare de ejercer funciones de jefatura, dejará de percibir el sobresueldo correspondiente a ese cargo, conservando su categoría anterior y no habrá interrupción en el cómputo del tiempo para el aumento anual del salario sin el juicio de su derecho a reclasificación.

ARTICULO 61.- La jornada extraordinaria tendrá:

- 1) Un veinticinco por ciento (25o/o) de recargo sobre la jornada ordinaria diurna cuando se efectúe en período diurno.
- 2) Un cincuenta por ciento (50o/o) de recargo sobre el salario de la jornada diurna cuando se efectúe en período nocturno; y
- 3) Un setenta y cinco por ciento (75o/o) de recargo sobre el salario de la jornada nocturna cuando la jornada extraordinaria sea prolongación de aquella.

ARTICULO 62.- La jornada de guardia tendrá un salario equivalente a una jornada ordinaria diurna de seis (6) horas.

Si por causas imputables al empleador, el Médico Empleado en jornada de guardia tuviera que prolongar su jornada mensual de setenta y dos (72) horas, el empleador reconocerá las horas extras, conforme al Estatuto, salvo caso calificado.

ARTICULO 63.- El Médico Empleado sólo podrá realizar una jornada de guardia la cual no excederá de setenta y dos (72) horas al mes, salvo casos calificados.

Cuando se extienda la jornada sobre el límite legalmente estipulado, el Médico Empleado devengará el salario correspondiente a la jornada de guardia.

En estos casos el Médico quedará sujeto al sistema de llamada, sin permanencia intrahospitalaria.

Se consideran casos calificados los siguientes:

- 1) Cuando el número de especialistas sea insuficiente para cubrir todas las guardias.
- 2) Cuando no sea necesaria la permanencia continua intrahospitalaria, debidamente acreditada.
- 3) Por insuficiencia presupuestaria o económica debidamente comprobada.

ARTICULO 64.- Durante la vigencia del contrato o nombramiento, el Médico Empleado tiene derecho a percibir un zonaje, equivalente a un veinticinco por ciento (25o/o) sobre su salario cuando la prestación del servicio sea efectuado permanentemente en una zona rural, inhóspita, de difícil acceso o fronteriza, determinadas según el presente Reglamento.

Para los efectos de este Reglamento se entien-
de por:

ZONA RURAL: Es aquella en la cual concu-
ren por lo menos tres (3) de las siguientes circuns-
tancias:

- 1) Población inferior a dos mil habitantes
- 2) Población dispersa.
- 3) Acceso por carreteras no pavimentadas.
- 4) Distancia mayor de 50 kilómetros de un centro urbano.
- 5) Ausencia de algunos servicios básicos (agua potable, alcantarillado, alumbrado eléctrico, teléfono, telégrafo).

ZONA DE DIFÍCIL ACCESO. Es toda aque-
lla a la cual se puede arribar por caminos reales,
de herradura o senderos, o que por factores clima-
tológicos y/o geográficos quedare aislado o inte-
rrumpida su comunicación terrestre por períodos
no menores de quince (15) días.

ZONA INHÓSPITA. Es toda aquella que care-
ce de servicios básicos y donde en forma endémica
existe alguna patología transmisible que pone en
precario la salud del Médico Empleado.

ZONA FRONTERIZA. Es toda aquella que
está ubicada a una distancia menor de cuarenta
(40) kilómetros respecto a la línea fronteriza.

En todo caso en base a los criterios anteriores
el Ministerio de Salud Pública seleccionará las
localidades que tengan derecho a zonaje.

ARTICULO 65.- Si en virtud de convenio, el
Médico Empleado trabajare durante los días de
descanso, feriados o de fiesta nacional, se pagará
con el suplo del salario correspondiente a la jorna-
da ordinaria, en proporción al tiempo trabajado,
sin perjuicio del derecho a cualquier otro día de
descanso en la semana. Se exceptúan los Médicos
Empleados en jornadas de guardia.

ARTICULO 66.- Todo Médico Empleado que
fuere removido injustificadamente de su cargo,
tendrá derecho a percibir una indemnización equi-
valente a un mes de sueldo por cada año de servicio
no excediendo de ocho (8) meses y, además al pago
de dos (2) meses de salario en concepto de preavi-
so, cuando éste no se le hubiere concedido. Si los
servicios no alcanzaran un año, el pago se hará en
forma proporcional al período trabajado.

El trabajador culpable de no haber dado el
preaviso a su empleador o de haberlo dado sin ajus-
tarse a los requisitos legales, quedará obligado a
pagar al patrono una cantidad equivalente a la mit-
dad del salario que corresponda al término del prea-
viso.

ARTICULO 67.- Cuando la terminación de la
prestación del servicio concluya unilateralmente se
le otorgará una bonificación por sus servicios pres-
tados no inferior al sesenta por ciento (60o/o) cal-
culado en base a lo establecido en el artículo que
antecede. En el caso de las instituciones emplea-
das cuyos beneficios se regulen por contratación
colectiva, se le otorgará la bonificación que le sea
más favorable.

ARTICULO 68.- El cálculo para pagar las in-
demnizaciones a que se refieren los artículos que
anteceden, se hará tomando como base el prome-
dio de los salarios ordinarios devengados por el
Médico Empleado durante los últimos tres (3) me-
ses de su relación laboral o de servicio.

ARTICULO 69.- Las disposiciones contem-
pladas en los artículos que anteceden no son ex-
cluyentes del goce de otros beneficios establecidos
en el Código de Trabajo, la Ley del Servicio Civil,
y cualquier otra Ley vigente aplicable.

El Médico Empleado que hubiere recibido
bonificación y prestaciones laborales para ser nue-
vamente empleado en la misma institución, deberá
sujetarse a las reglamentaciones del empleador.

CAPITULO IX DE LA RESPONSABILIDAD

ARTICULO 70.- Los Médicos Empleados son
responsables durante el ejercicio de sus funciones
o en el desempeño de sus cargos de acuerdo con lo
estipulado por las leyes, en consecuencia:

- 1) Son responsables de sus acciones y actuaciones
frente al empleador o patrono durante el ejercicio
de sus funciones o el desempeño de sus cargos.
- 2) Serán responsables por el estricto cumplimien-
to de los reglamentos, normas y procedimientos
técnicos, científicos y administrativos que el em-
pleador implante, para mantener la más alta calidad
en la prestación de los servicios médicos.
- 3) Incurrirán en responsabilidad por acción, omi-
sión, funciones o procedimientos en el ejercicio o
desempeño de sus cargos.

ARTICULO 71.- Cuando el Médico Empleado
fuere nombrado o electo para desempeñar funcio-
nes de dirección superior, docente o administrativa
se desempeñará en el tiempo asignado para su cargo
y no podrá efectuar otras funciones en el mismo
horario.

ARTICULO 72.- El médico velará por los cui-
dados que se presten a los pacientes bajo su respon-

sabilidad y exigirá el mismo comportamiento al personal que dirige.

ARTICULO 73.- Los médicos de guardia serán responsables de los cuidados de los pacientes internos y de los que sean atendidos en emergencia.

ARTICULO 74.- El Médico Empleado deberá permanecer en el sitio específico del desempeño de sus labores por el tiempo que fuere contratado, atendiendo o supervisando directamente los pacientes bajo su responsabilidad.

ARTICULO 75.- El Médico Empleado que labore en consulta externa, durante su jornada de trabajo atenderá adecuadamente el número de pacientes nuevos y subsiguientes por hora de trabajo de acuerdo a programas específicos y al diseño de un modelo de atención, establecidos por la institución empleadora. Se establece como norma para atender la consulta externa la siguiente:

Dos (2) pacientes nuevos y cuatro (4) subsiguientes por hora para el Médico General y dos (2) pacientes nuevos y dos (2) subsiguientes por hora para el Médico Especialista.

La presente disposición, no constituye una norma rígida, sino que será empleada como un indicador para la evaluación de la eficiencia del Médico Empleado, tomándose en cuenta las características de la Patología que trata.

ARTICULO 76.- Los patronos o entidades empleadoras, observando apego estricto a los procedimientos legales, contractuales y reglamentarios, podrán ejercer acciones para deducir responsabilidades en que haya incurrido el Médico Empleado, en el ejercicio de sus funciones o desempeño de su cargo, tanto en materia laboral como administrativa.

ARTICULO 77.- El Médico Empleado velará por los cuidados de los pacientes bajo su responsabilidad y será responsable ante éste y ante su superior.

Los jefes inmediatos de los Médicos Empleados dentro de las áreas operativas, tendrán la obligación de supervisar directa y continuamente las acciones de sus subordinados y serán solidariamente responsables junto con éstos de las faltas que se cometan en su área de trabajo.

ARTICULO 78.- Todo Médico Empleado está obligado a ejercer su función de trabajo dentro de la jornada asignada y será responsable ante

el patrono o entidad empleadora del incumplimiento de la misma.

CAPITULO X DE LAS SANCIONES

ARTICULO 79.- Las faltas cometidas por los Médicos Empleados serán sancionadas con medidas disciplinarias según la gravedad de la infracción, y de conformidad con lo establecido en el Estatuto y el presente Reglamento.

ARTICULO 80.- Se clasifican las faltas en leves, menos graves y graves.

Se establecen las medidas siguientes:

- 1) Amonestación
- 2) Suspensión temporal sin goce de sueldo; y
- 3) Destitución de su cargo

ARTICULO 81.- Son faltas leves:

- 1) Ausentarse del puesto sin autorización en las horas reglamentarias de labores.
- 2) Falta de cuidados o pulcritud en su persona, en los objetos y equipo de trabajo.
- 3) No usar el uniforme reglamentario en la institución donde labora, después de haber sido requerido para ello.
- 4) Asistir a sus labores con más de quince (15) minutos de retraso o suspender sus servicios antes de quince (15) minutos de la hora de salida, no más de cuatro (4) veces al mes.
- 5) Abusos contra empleados subalternos.
- 6) Errores involuntarios cometidos reiteradamente hasta por tres veces después de haberseles señalado en el desempeño de sus labores.

ARTICULO 82.- El Médico Empleado que incurriere en falta leve será sancionado con amonestación verbal la primera vez y por escrito la segunda.

ARTICULO 83.- Se clasificarán como faltas menos graves las siguientes:

- 1) La acumulación por parte de un mismo Médico Empleado de tres (3) amonestaciones en la comisión de faltas leves dentro del término de seis (6) meses a partir de la fecha en que se le impuso la primera sanción.
- 2) La negligencia en el desempeño de sus funciones, debidamente comprobada cuando no pusiere en peligro la vida del paciente.
- 3) Comportamiento contrario a la moral y las buenas costumbres dentro del ámbito de trabajo.

- 4) Suspensión de sus labores para atender pacientes privados, salvo casos de emergencia debidamente acreditadas.
- 5) Presentarse al trabajo o realizar labores en estado de embriaguez, o bajo la influencia de drogas estupefacientes, o en cualquier otra condición anormal análoga.
- 6) Portar armas de fuego durante las horas de labor o en el centro de trabajo.
- 7) Malos tratos a los pacientes debidamente comprobados.
- 8) Desobediencia manifiesta de las órdenes y funciones propias de su cargo dictadas por sus supervisores.
- 9) Irrespeto debidamente comprobado a sus superiores.
- 10) El engaño por parte del Médico Empleado respecto al control de entradas y salidas, debidamente comprobado; la sanción se aplicará tanto al beneficio como al autor.

ARTICULO 84.- El Médico Empleado que cometiere una falta menos grave será sancionado con la suspensión del trabajo sin goce de sueldo hasta por ocho (8) días calendario.

ARTICULO 85.- Son faltas graves las siguientes:

- 1) Reincidir en la comisión de una falta menos grave.
- 2) El encubrimiento por parte de los jefes o directores, o de sus sustitutos legales de las faltas cometidas por sus Médicos Empleados subalternos.
- 3) Faltar a la verdad en la elaboración de documentos médicos.
- 4) Falsificación o adulteración de documentos médicos.
- 5) Negligencia en el desempeño de sus funciones, debidamente comprobado, cuando pusiere en peligro la vida del paciente.

ARTICULO 86.- El Médico Empleado que incurriere en una falta grave será sancionado con la destitución de su cargo, pero si otras leves aplicables permitieran su traslado o descenso, será aplicable con preferencia.

ARTICULO 87.- No se aplicarán las sanciones que se refieren los artículos anteriores, sin antes haber investigado los cargos y oído al médico cuestionado, garantizándole plenamente su defensa mediante el uso de los recursos legales que procedan.

En el caso que el Médico Empleado fuere citado en legal forma, por tres veces para com-

recer a una investigación y no se presentare, la entidad empleadora queda en libertad de llevar a cabo unilateralmente la investigación y aplicar la sanción.

Cuando existieren razones de fuerza mayor o caso fortuito y por ellas el Empleado Médico no pudiese atender el requerimiento, acreditará por escrito tales hechos ante la entidad empleadora.

En caso de no cumplirse los procedimientos de investigación por causas imputables al Médico Empleado la entidad empleadora queda en la libertad de aplicar la sanción correspondiente de conformidad con la Ley y la gravedad de la falta. El empleador no podrá comunicar la sanción o despido al Médico Empleado, hasta que se hubiere agotado el procedimiento de investigación reglamentaria correspondiente.

ARTICULO 88.- Cumplidos los requisitos señalados en el artículo anterior, el empleador comunicará la decisión por escrito al Médico Empleado, quien podrá comparecer ante la autoridad competente en reclamo de sus derechos.

ARTICULO 89.- En caso de despido injustificado el Médico Empleado tendrá derecho, a su elección, a una remuneración en concepto de salarios dejados de percibir a título de daños y perjuicios, y a las indemnizaciones legales convencionalmente previstas o a que se le reintegre al trabajo con el reconocimiento de los salarios dejados de percibir a título de daños y perjuicios calculados desde la fecha del despido hasta el día en que se ejecute su reintegro y de acuerdo al último salario por él devengado.

ARTICULO 90.- Las sanciones cuando procedan serán aplicadas por la autoridad nominadora, el patrono o su representante de acuerdo con lo establecido en el artículo 55) y 56) del Estatuto y lo que al respecto prescribe este Reglamento.

ARTICULO 91.- Si la falta cometida fuera de las que acarrear responsabilidad civil o penal, conocerá la autoridad correspondiente y así mismo en lo que fuere aplicable se estará a lo dispuesto en la Ley Orgánica y los reglamentos del Colegio Médico de Honduras.

ARTICULO 92.- Los derechos y acciones de los Médicos Empleados para reclamar por la vía administrativa contra los despidos injustificados que les hagan o contra las correcciones disci-

plenarias que se les apliquen, prescriben en el término de sesenta (60) días hábiles, contados a partir del siguiente día en que se recibió personalmente la comunicación del despido o sanción, las que se entablarán ante los organismos competentes, según el caso.

Los derechos y acciones de los Médicos Empleados para dar por terminado con justa causa su contrato de trabajo, prescriben en el término de sesenta (60) días hábiles, contados desde el momento en que el patrono dio motivo para la separación o despido indirecto.

ARTICULO 93.- Cuando la autoridad nominadora, patrono o empleador, quisiera proceder a una reducción de servicios o de personal, por razones de orden presupuestario o para obtener una más eficaz y económica organización administrativa respecto al personal médico bajo sus órdenes, deberá llenar los requisitos impuestos por el Código de Trabajo o por la Ley del Servicio Civil según el caso, y si procediera a efectuarlo no habiendo cumplido tales formalidades, entonces se presumirá la existencia de despido injustificado.

En todo caso se respeta la antigüedad.

CAPITULO XI DE LOS INCENTIVOS

ARTICULO 94.- Para la ejecución del artículo 63) del "Estatuto" en lo que respecta a los incentivos automáticos contenidos en la clasificación de puestos y salarios a que se refiere el artículo 60) del presente Reglamento, su observancia es obligatoria para todos los patronos o empleadores.

ARTICULO 95.- Tendrán preferencia para gozar de permisos con goce de salario a Seminarios, Cursos, Conferencias, Congresos, fuera o dentro del país, los Médicos Empleados cuyo rendimiento observado mediante las auditorías médicas fuere meritorio, en todo caso estos eventos deberán estar relacionados directamente con el interés de la institución empleadora y con los deberes y responsabilidades del cargo.

ARTICULO 96.- Todo Médico Empleado que en virtud del artículo anterior ganare el derecho de asistir a Congresos, Seminarios y Conferencias, dentro o fuera del territorio nacional, o que con motivo de su prestación de servicios, acatando las órdenes de su empleador, tuviere que salir de su centro habitual de trabajo, percibirá la cantidad correspondiente en concepto de viáticos.

ARTICULO 97.- Para el cálculo de los viáticos del Médico Empleado, se estará a lo dispuesto en las disposiciones internas de cada institución empleadora.

ARTICULO 98.- La actividad de investigación médica que se realice con exclusividad de servicio en favor de un solo patrono, deberá estar sujeta a reconocimientos especiales de acuerdo a las disposiciones internas y en su caso a la capacidad económica de la institución empleadora.

CAPITULO XH RÉGIMEN DE PENSIONES Y JUBILACIONES

ARTICULO 99.- Para las instituciones que tuvieran Médicos Empleados no protegidos por el Régimen de Pensiones y Jubilaciones se concede el plazo de un (1) año a partir de la entrada en vigencia de la Ley a fin de ejecutar las acciones para incorporarlos a dicho régimen y determinar el monto de las aportaciones obligatorias para patronos y empleados.

ARTICULO 100.- El Médico Empleado al pasar a la situación de retiro gozará de las jubilaciones que tenga derecho de conformidad con el tiempo y sueldos devengados en las diferentes instituciones en donde haya laborado y seguirá como cotizante al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

ARTICULO 101.- Los Empleados Médicos que se afiliaren al Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo, cumplirán con los requisitos exigidos por la Ley de dicho Instituto y dejarán de cotizar al Instituto Hondureño de Seguridad Social para la rama de invalidez, vejez y muerte.

Las aportaciones serán obligatorias para patronos y Médicos Empleados.

ARTICULO 102.- Los médicos Empleados que laboren en organismos del Gobierno Central, Entidades descentralizadas del Estado y la Empresa Privada continuarán cotizando para el régimen de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales administrados por el Instituto Hondureño de Seguridad Social.

El Médico Empleado al pasar a la situación de retiro gozará de la jubilación a que tenga derecho conforme a la Ley, para los efectos del cómputo de los períodos de cotización se tomarán en cuenta las aportaciones efectuadas por el Médico

Empleado a todas las instituciones de previsión social del país.

El médico pensionado continuará cotizando al régimen de enfermedad-maternidad y riesgos profesionales que gestiona el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), sobre el monto de la pensión que reciba en la cuantía, forma y condiciones que fijen los reglamentos especiales emitidos a este efecto.

Las deducciones que corresponden a las cotizaciones las hará el INJUPEM y las enterará al IHSS en los términos establecidos.

CAPITULO XIII DE LAS DISPOSICIONES FINALES

ARTICULO 103.- Las reformas o modificaciones al presente Reglamento serán emitidas por la Secretaría de Salud Pública, mediante revisiones anuales, debiendo oír previamente la opinión del Colegio Médico de Honduras y de las instituciones públicas y privadas que tenga a su servicio Médicos Empleados.

ARTICULO 104.- Los conflictos que pudieren surgir con motivo de dificultades en la aplicación del presente Reglamento, podrán ser consultados ante la Dirección General de Servicio Civil o bien ante la Secretaría de Trabajo y Asistencia Social, sin perjuicio de que el Médico Empleado pueda acudir a la jurisdicción correspondiente.

ARTICULO 105.- Todas las instituciones que tengan a su servicio Médicos Empleados, deberán comenzar a más tardar el 6 de marzo de 1986 a adaptar sus horarios, jornadas y salarios de trabajo de conformidad al Estatuto y el presente Reglamento.

En todo caso, mientras la entidad empleadora por causa justificada no hubiere comenzado a la adecuación dentro del plazo indicado en el artículo 68) del "Estatuto", los horarios, jornadas y clasificación de puestos existentes, se adaptarán en un plazo no mayor de dos (2) meses contados a partir de la fecha de emisión del presente Reglamento.

ARTICULO 106.- La antigüedad de los Médicos Empleados nombrados o contratados con anterioridad a la promulgación del Estatuto, se contará a partir de la fecha de iniciación de sus servicios en cualquier institución, siempre que la prestación de servicios haya sido en forma continua.

ARTICULO 107.- La ejecución de los beneficios económicos, en concepto de nivelación a que tiene derecho el Médico Empleado, de conformidad con el artículo 71) del Estatuto, se hará efectivo a más tardar en el mes de junio de mil novecientos ochenta y seis.

ARTICULO 108.- La Ley del Estatuto del Médico Empleado será aplicada a la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), sin perjuicio de su autonomía constitucional, pero de acuerdo con sus posibilidades de orden económico, materializadas a través de una contratación colectiva. Quedan exceptuados los Médicos Empleados en los servicios asistenciales, cuya relación de trabajo se regulará de acuerdo con las normas establecidas en dicha Ley y el presente Reglamento en lo "que fueren aplicables.

ARTICULO.109.- La ejecución de los beneficios económicos serán realizados en un período no mayor de tres (3) años y en un porcentaje no inferior al treinta por ciento (30o/o).

ARTICULO 110.- Todo patrono o empleador deberá proveerse de una partida especial en su presupuesto, para atender el pago de las indemnizaciones que procedieren de conformidad al Estatuto y el presente Reglamento, la no existencia de tal partida no excusará a éste del pago.

ARTICULO 111.- Los Médicos Empleados, cuyo salario actual fuere menor que la base estipulada en los artículos 33) y 34) del Estatuto, se les darán los incrementos salariales de acuerdo a los porcentajes establecidos, hasta alcanzar el salario mínimo consignado en la Ley.

ARTICULO 112.- Los Médicos Empleados que se encuentren laborando con horarios trasladados y/o exceso de horas acumuladas sobre el límite señalado en este Reglamento, deberán renunciar a las horas que implique tal exceso y serán redistribuidos por las entidades empleadoras de conformidad con las disposiciones internas, en cuanto a la clasificación de Hospitales y Centros de Salud se hará en un período no mayor de seis (6) meses.

ARTICULO 113 .- Los empleadores o patronos establecerán la clasificación de puestos y salarios, normas y procedimientos para los concursos de los profesionales médicos generales, especialis-

tas y administrativos en todo lo pertinente al Estatuto y en observancia al régimen legal que le sea aplicable a cada uno de ellos en un plazo no mayor de dos (2) meses a partir de la fecha en que entre a regir este Reglamento.

ARTICULO 114.- Para el cumplimiento a lo establecido en el artículo anterior, se constituirá una Comisión Técnica bajo la coordinación del Ministerio de Salud integrada por representantes de las instituciones empleadoras y el Colegio Médico de Honduras, la que tendrá la responsabilidad de elaborar los instrumentos técnico-administrativos necesarios para la adecuada aplicación de las normas contenidas en el Estatuto y en el presente Reglamento.

Para estos efectos se deberá observar el mismo período señalado en el artículo anterior.

ARTICULO 115.-En todo caso, las instituciones empleadoras continuarán aplicando las normas y procedimientos establecidos en el Estatuto y sus reglamentos mientras se elaboran y aplican los instrumentos técnico-administrativos señalados en el artículo anterior.

ARTICULO 116.- Los casos no previstos en el presente Reglamento serán resueltos por la entidad empleadora y el Colegio Médico de Honduras, a solicitud del interesado.—Comuníquese.

JOSÉ SIMÓN AZCONA HOYO

El Secretario de Estado en los Despachos de Salud Pública.

Rubén A. Villeda Bermúdez

LEY DEL ESTATUTO DEL MEDICO EMPLEADO, RATIFICADA CONSTITUCIONALMENTE

EL 30 DE OCTUBRE DE 1985

Tegucigalpa, D.C., Honduras

PODER LEGISLATIVO

DECRETO NUMERO 167-85

EL CONGRESO NACIONAL

CONSIDERANDO: Que el Estado de Honduras reconoce y garantiza la protección de la salud y declara como un deber de todos, participar en la promoción y preservación de ella, por lo cual los profesionales de las Ciencias Médicas merecen especial protección.

CONSIDERANDO: Que la persona humana es el fin supremo de la sociedad y del Estado; por ende, el Médico laborando en forma dependiente es acreedor a una defensa contra el desempleo, el subempleo y de la remuneración inadecuada, porque le impiden vivir con un nivel acorde a su dignidad humana y el desarrollo integral de su personalidad.

CONSIDERANDO: Que la obtención del título de Médico y Cirujano exige una fuerte inversión en años de estudio y capacitación, disciplina y sacrificios personales, en consecuencia, el régimen salarial aplicable al Médico empleado debe alcanzar niveles justos, compensándolo plenamente.

CONSIDERANDO: Que el Estado no podrá garantizar salud para todos los hondureños, sino cuando estén creadas las condiciones generales del trabajo, aplicables especialmente al Médico empleado, contribuyendo al incremento de su eficiencia y capacitación.

CONSIDERANDO: Que si bien es cierto existen cuerpos legales reguladores de los servicios profesionales del Médico, tanto como servidor de la

Administración Pública, centralizada o descentralizada, cuanto en su carácter de trabajador sometido al régimen del Derecho Laboral, también es lo cierto que existe una urgente necesidad social demandando la emisión de un conjunto de normas imperativo atributivas, especialmente concebidas para el Médico empleado, dadas las peculiaridades de su ejercicio, colocándolas sobre una base de justicia social.

POR TANTO:

DECRETA:

La siguiente,

LEY DEL ESTATUTO DEL MEDICO EMPLEADO

CAPITULO I DE LOS FINES Y

OBJETIVOS DE LA LEY

ARTICULO 1.- La presente Ley, enmarcada en los principios de justicia social del Código del Trabajo, y los de la Administración Pública amparados en la Ley de Servicio Civil, regula las labores o servicios de trabajo de los Médicos y Cirujanos, debidamente colegiados tanto como servidores de las dependencias del Estado en organismos centralizados, descentralizados ó desconcentrados y cuando presten sus servicios bajo la continuada dependencia de personas naturales ó jurídicas de derecho privado.

ARTICULO 2.- SON OBJETIVOS DE ESTA LEY.

- 1) Proteger, dignificar y capacitar a los médicos debidamente colegiados;

- 2) Incrementar la eficiencia del trabajo prestado por los médicos,
- 3) Establecer las bases justas de las normas de ingresos y régimen salarial a el médico empleado;
- 4) Garantizar la estabilidad laboral del médico empleado;
- 5) Regular jornadas, turnos y descansos obligatorios a fin de garantizar la eficiencia profesional médica;
- 6) Garantizar una justa distribución de sus puestos;
- 7) Garantizar adecuadas condiciones de trabajo de acuerdo a normas establecidas entre el Colegio Médico de Honduras e instituciones empleadoras; y,
- 8) Procurar el cumplimiento de los acuerdos nacionales e internacionales a fin de fomentar fuentes de empleo.

ARTICULO 3.- Quedan excluidas de las regulaciones de la presente Ley aquellas actividades médicas realizadas en el ejercicio libre de la profesión, por mandato judicial o por causa de una emergencia nacional declaradas oficialmente.

CAPITULO II DEL

CAMPO DE APLICACIÓN

ARTICULO 4.- La presente Ley es aplicable a los médicos debidamente registrados en el Colegio Médico de Honduras.

CAPITULO IH DE

LOS REQUISITOS

ARTICULO 5.- En toda contratación o nombramiento para, la prestación de servicios cuya naturaleza sea propia del ejercicio de la medicina, general o especializada, el médico empleado deberá llenar los requisitos siguientes:

- 1) Haber obtenido el título de Médico y Cirujano extendido o reconocido por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
- 2) Estar inscrito en el Colegio Médico de Honduras y encontrarse en pleno goce de sus derechos gremiales; y,

- 3) No estar moroso en el Colegio Médico de Honduras.

ARTICULO 6.- Cuando el servicio requiera especialización en cualquiera de las ramas de la medicina, deberá ostentar el reconocimiento del Colegio Médico de Honduras.

ARTICULO 7.- Toda contratación o nombramiento para la prestación de servicios médicos, generales o especializados, bajo la subordinación o dependencia de un empleador natural ó jurídico de derecho público o privado, deberá someterse a concurso, sin perjuicio de sus facultades legales para decidir el ingreso, contratación o nombramiento; la entidad empleadora reglamentará dichos concursos oyendo previamente las recomendaciones técnicas del Colegio Médico de Honduras.

CAPITULO IV DE

LOS DERECHOS

ARTICULO 8.- Los Médicos empleados gozan de los derechos y garantías siguientes:

- 1) Recibir el pago completo de su remuneración desde el día que inició la prestación del servicio, aunque su nombramiento se encontrare en trámite, a fin de garantizar la relación material de trabajo y proteger el servicio efectivamente realizado;
- 2) A la estabilidad en el trabajo o empleo, en consecuencia, no podrá ser trasladado sin su consentimiento expreso y sin causa debidamente justificada; tampoco será descendido o despedido sin que proceda justa causa para ello y la observancia del procedimiento garantizando su defensa;
- 3) Ser ascendido o promovido a puestos de mayor jerarquía y sueldo, mediante la comprobación de su eficiencia y méritos, de acuerdo con la clasificación de puestos y salarios que la Ley establece;
- 4) Gozar anualmente de vacaciones remuneradas y reglamentadas en los términos establecidos por esta Ley; y,

- 5) Todos los derechos y garantías consignadas en la Constitución de la República, la presente Ley, el Código de Trabajo, la Ley del Servicio Civil y demás Leyes aplicables. En todo caso podrá invocar aquellas disposiciones contenidas en dichas leyes cuando le sean más favorables.

*

CAPITULO V

DE LAS PROHIBICIONES Y OBLIGACIONES

SECCIÓN I

DE LAS OBLIGACIONES DE LOS PATRONOS O EMPLEADORES

ARTICULO 9.- Además de las contenidas en otros artículos de esta Ley, son obligaciones de los patronos o empleadores las siguientes:

- 1) Pagar al médico empleado la remuneración establecida en las condiciones y períodos señalados en esta Ley;
- 2) Pagar al médico empleado el salario correspondiente al tiempo que dejare de trabajar por razones imputables al patrono o empleador;
- 3) Proporcionar local seguro para la guarda de los medios, instrumentos y útiles de trabajo pertenecientes al médico empleado, siempre que estas permanezcan en el lugar que presten los servicios sin que sea lícito retenerlos a título de indemnización, garantía o cualquier otro.
El inventario de medios, instrumentos o útiles de trabajo, deberá hacerse siempre que cualquiera de las partes lo solicite.

SECCIÓN II

DE LAS PROHIBICIONES A LOS PATRONOS O EMPLEADORES

ARTICULO 10.- Se prohíbe a los patronos o empleadores:

- 1) Contratar o nombrar menos de un 90o/o de Médicos colegiados hondureños por nacimiento, porcentaje que se calculará sobre la base del número total de médicos a emplearse, nombrarse o contratarse;
- 2) Pagar a los médicos empleados, hondureños por nacimiento, menos del 85o/o del total de los salarios que devengare el personal médico en la respectiva empresa, establecimiento o institución; y
- 3) Discriminar a los médicos por motivos de raza, religión, credos políticos y situación económica, impidiéndoles laborar en establecimientos de asistencia social, docentes o de cualquier otra índole.

SECCIÓN III

DE LAS OBLIGACIONES DE LOS MÉDICOS EMPLEADOS

ARTICULO 11. Son obligaciones de los médicos empleados:

- 1) Todas las que le impongan las Leyes, contratos individuales, contratos colectivos, reglamentos o provenientes de cualquier otra fuente con fuerza legal, siempre y cuando dichas obligaciones no disminuyan, tergiversen o modifiquen los derechos emanados de la presente Ley.
En caso de controversia, las partes podrán someterse su caso al Colegio Médico de Honduras, quien actuará como amigable compoedor;
- 2) Todo médico empleado está obligado a tomar cursos de capacitación o participar como instructor o expositor en los mismos, periódicamente y con intervalos no mayores de dos (2) años; y,
- 3) Todo Médico empleado para optar a cargos o puestos dependientes se someterá previamente a concurso, en caso de ser un cargo de Jefatura deberá someterse a concurso cada tres (3) años.

Las obligaciones 2 y 3 serán reglamentadas.

SECCIÓN IV
DE LAS PROHIBICIONES A LOS
MÉDICOS EMPLEADOS

ARTICULO 12.- Se prohíbe a los médicos empleados:

- 1) Celebrar contratos de trabajo o aceptar nombramientos implicando la prestación de servicios médicos para dos empleadores durante la misma jornada u horario;
- 2) Traslapar jornadas u horarios. Se entiende por traslape cuando el inicio de la jornada u horario siguiente está comprendido antes de la hora de la conclusión de la jornada que antecede; y,
- 3) Optar cargos o puestos dependientes, aunque no recibiere remuneración, si al hacerlo sustituyere a un colega que se encontrare en huelga o paro justificado; o estuviere cesante por despido o suspensión injustificada.

CAPITULO VI
DE LA JORNADA

ARTICULO 13.- Las disposiciones del presente Capítulo son de observancia general, no obstante las modalidades de las jornadas del médico empleado sujetas a leyes o reglamentos, y contratos o convenios legalmente suscritos, tendrán validez si no contravienen o modifican a la presente Ley.

ARTICULO 14.- La jornada de trabajo podrá ser: Ordinaria, extraordinaria, diurna, nocturna, mixta, de guardia y por hora.

ARTICULO 15.- La jornada diurna está comprendida entre siete ante meridiano (7:00 a.m.), a siete pasado meridiano (7:00 p.m.); la jornada nocturna está comprendida entre siete pasado meridiano (7:00 p.m.) a siete ante meridiano (7:00 a.m.); la jornada mixta comprende período diurno y nocturno.

ARTICULO 16. La jornada ordinaria de trabajo será de 6 horas, por tiempo completo; intermedio

de cuatro (4) ó cinco (5) horas; y, de medio (1/2) tiempo de tres (3) horas diarias de lunes a viernes, se podrán desempeñar dos (2) jornadas ordinarias de trabajo siempre y cuando no exista traslape de horario.

ARTICULO 17.- La jornada extraordinaria de trabajo será toda labor efectiva que se ejecute fuera del límite máximo de seis (6) horas que determina la jornada ordinaria de trabajo para un mismo patrono o empleador. Se incluye el descanso semanal obligatorio y los días feriados o de fiesta nacional.

ARTICULO 18.- Se denomina jornada de guardia el tiempo efectivo de trabajo realizado por el médico como apoyo a servicios de emergencia hospitalaria, la cual no excederá de doce (12) horas diarias en cada período de veinticuatro (24) horas sucesivas, quedando sujeta al procedimiento de control que establezca el reglamento de la presente Ley.

ARTICULO 19.- El Médico Empleado solo podrá realizar una jornada de guardia, la cual no excederá de 72 horas al mes, salvo casos calificados.

ARTICULO 20.- El Colegio Médico de Honduras a través de su Junta Directiva llevará un registro de las jornadas para vigilar el exacto cumplimiento de esta Ley.

ARTICULO 21.- La jornada por hora no será menor de dos (2) horas diarias.

CAPITULO VII

DE LAS VACACIONES Y DE LOS DESCANSOS
Y PERMISOS

ARTICULO 22.- Todo médico empleado tendrá derecho a vacaciones anuales remuneradas y pagadas anticipadamente, tomándose como base el pro medio del salario ordinario por él devengado durante los últimos seis (6) meses.

ARTICULO 23.- El período de vacaciones del médico empleado, por cada año de trabajo continuo al servicio del mismo patrono, tendrá como duración mínima la que se expresa a continuación:

- 1) Después de un (1) año de servicio continuos, doce (12) días hábiles consecutivos;
 - 2) Después de dos (2) años de servicios continuos, quince (15) días hábiles consecutivos;
 - 3) Después de tres (3) años de servicios continuos, veinte (20) días hábiles consecutivos; y,
 - 4) Después de cinco (5) años o más de servicios continuos, treinta (30) días hábiles consecutivos.
- 3) Licencias con goce de salario, por motivos personales justificados de acuerdo al Reglamento Interno correspondiente, sin exceder de veinte (20) días laborables, anualmente;
 - 4) Permisos con goce de remuneración ordinaria para asistir a las Asambleas Generales Ordinarias y Extraordinarias del Colegio Médico de Honduras, Seminarios, Congresos Médicos, Conferencias, Cursos de Capacitación y cumplir comisiones y misiones gremiales; cuya extensión y oportunidad serán reguladas reglamentariamente; y,

ARTICULO 24.- El médico empleado que esté expuesto habitualmente en sus labores a los efectos nocivos de agentes tales como anestésicos, radiaciones ionizantes y otros riesgos debidamente calificados, tendrán derecho a doce (12) días laborables anuales de descanso especial, los cuales se tomarán seis (6) meses después de sus vacaciones ordinarias. Este descanso especial no será acumulativo y deberá tomarse obligatoriamente una vez al año.

ARTICULO 25.- No perjudicará el derecho de vacaciones anuales remuneradas, el haber gozado de descanso legal obligatorio, licencias o permisos con goce de sueldo, permisos por enfermedad u otras causas análogas.

ARTICULO 26.- El Médico Empleado gozará de su descanso semanal obligatorio, luego de haber cumplido su jornada semanal ordinaria.

ARTICULO 27.- Los Médicos Empleados tendrán derecho a permisos especiales o licencias en los siguientes casos:

- 1) Para desempeñar cargos públicos o administrativos de dirección superior o de elección popular, por el tiempo que fuese nombrado, sin goce de salario y sin perder sus derechos laborales;
- 2) Con el propósito de realizar estudios de postgrado, por el tiempo que amerite su especialización, y de acuerdo al Reglamento de Especialidades del Colegio Médico de Honduras;

- 5) Por enfermedad común o de cualquier otro tipo, con goce de salario, hasta por cinco (5) días consecutivos en un (1) mes, sin que estas puedan exceder de veinte (20) días en el año; teniendo que presentar Certificación Médica.

ARTICULO 28.- El goce de vacaciones, licencias o permisos, no afectará la continuidad ni la antigüedad en el trabajo, sin embargo, en los numerales 1) y 2) del Artículo que antecede solo se reconocerá la antigüedad.

ARTICULO 29.- El Médico Empleado no podrá ser interrumpido durante sus vacaciones, licencias o permisos concedidos, sin embargo, su empleador podrá ordenarle el reintegro por necesidad justificada, en este caso los gastos ocasionados serán a cargo del patrono y el empleado conservará el derecho a reanudarlas.

ARTICULO 30.- Las vacaciones podrán ser acumuladas por dos (2) períodos consecutivos, por causa justificada, y podrán ser tomadas en forma continua previa solicitud y aprobación del Jefe respectivo.

ARTICULO 31.- El período vacacional será señalado con anticipación de por lo menos tres (3) meses a la fecha en que se iniciare el goce de las mismas. La remuneración a que tiene derecho el médico empleado deberá hacerse efectiva dentro de los diez (10) días anteriores al inicio de sus vacaciones.

CAPITULO

VIII DEL

SALARIO

ARTICULO 32.- El salario o sueldo que devengará el médico empleado podrá ser estipulado mediante contratos individuales, contratos colectivos o asignados presupuestariamente, pero en ningún caso serán inferiores al mínimo prescrito por la presente Ley.

ARTICULO 33.- El salario mínimo o base inicial para médicos generales será de L. 2.500.00 (DOS MIL QUINIENTOS LEMPIRAS No/100) mensuales, remunerando la jornada ordinaria diurna de seis (6) horas de trabajo. El salario mínimo de jornada ordinaria nocturna tendrá un veinticinco por ciento (25o/o) más sobre el salario mínimo de la jornada ordinaria diurna.

ARTICULO 34.- El salario mínimo o base para médicos especialistas será de L. 3.000.00 (TRES MIL LEMPIRAS No/100) mensuales, remunerando la jornada ordinaria diurna de seis (6) horas de trabajo. El salario mínimo de jornada ordinaria nocturna tendrá un veinticinco por ciento (25o/o) más sobre el salario mínimo de la jornada ordinaria diurna.

ARTICULO 35.- Los empleadores o patrones establecerán la clasificación de puestos y salarios de los profesionales médicos, sujetándose en todo lo pertinente a la presente Ley.

ARTICULO 36.- Los salarios se fijarán en relación directa al puesto o cargo, por consiguiente cada médico empleado recibirá la remuneración correspondiente al cargo o puesto efectivamente desempeñado, de acuerdo con la presente Ley.

ARTICULO 37.- El salario mínimo o base páralos Médicos Generales o Especialistas, en la jornada por horas será proporcional al salario de la jornada ordinaria diurna.

El salario mínimo de la jornada horario nocturna tendrá el veinticinco por ciento (25o/o) más sobre el salario mínimo de la jornada horario diurna.

ARTICULO 38.- Los salarios en todos lo procedente, serán calculados según la jornada o los horarios

Establecidos con sujeción pero nunca menores al mínimo consignado en esta Ley.

ARTICULO 39.- Las instituciones igualarán los salarios del médico empleado docente, administrativo y de servicio en el sentido de que todos los que tengan una misma clasificación, gozarán de igual salario base.

ARTICULO 40.- Las instituciones harán efectivos los pagos de los sueldos mensuales que corresponden a sus médicos empleados a más tardar el día veinte (20) de cada mes en el lugar donde desempeñan sus labores.

Cuando por razones no imputables a la institución no se hiciere efectivo en esa fecha, el pago se efectuará dentro de los cinco (5) días siguientes.

ARTICULO 41.- El salario que se pague por mes incluye el pago de los días de descanso y de asueto.

ARTICULO 42.- La jornada extraordinaria tendrá:

- 1) Un veinticinco por ciento (25o/o) úe recargo sobre la jornada ordinaria diurna cuando se efectúe en período diurno.
- 2) Un cincuenta por ciento (50o/o) de recargo i sobre el salario de la jornada diurna cuando se efectúe en período nocturno; y,
- 3) Un setenta y cinco por ciento (75o/o) de recargo sobre el salario de la jornada nocturna cuando la jornada extraordinaria sea prolongación de aquella.

ARTICULO 43.- La jornada de guardia tendrá un salario equivalente a una jornada ordinaria diurna de seis (6) horas.

ARTICULO 44.- Durante la vigencia del contrato o nombramiento, el Médico Empleado tiene derecho a percibir un zonaje equivalente a un veinticinco por ciento (25o/o) sobre su salario, cuando la prestación del servicio sea efectuada permanentemente en una zona rural, inhóspita, de difícil acceso o fronteriza, determinadas según la reglamentación correspondiente.

ARTICULO 45.- Si en virtud de Convenio del Médico Empleado trabajare durante los días de descanso o los días feriados o de fiesta nacional, se pagará con el duplo del salario correspondiente a la jornada ordinaria, en proporción al tiempo trabajado, sin perjuicio del derecho a cualquier otro día de descanso en la semana.

ARTICULO 46.- Todo Médico Empleado que fuere removido injustificadamente de su cargo, tendrá derecho a percibir una indemnización equivalente a un mes de sueldo por cada año de servicio, no excediendo de 8 meses y, además al pago de dos (2) meses de salario en concepto de preaviso cuando este no se le hubiere concedido.

ARTICULO 47.- Cuando la terminación de la prestación del servicio concluye unilateralmente se le otorgará una bonificación por sus servicios prestados no inferior al 60o/o calculado en base a lo establecido en el Artículo que antecede.

ARTICULO 48.- Las disposiciones contempladas en los Artículos que anteceden no son excluyentes del goce de otros beneficios establecidos en el Código del Trabajo y la Ley del Servicio Civil.

CAPITULO IX DE LA

RESPONSABILIDAD

ARTICULO 49.- Los Médicos Empleados son responsables durante el ejercicio de sus funciones o en el desempeño de sus cargos, de acuerdo con lo estipulado por las Leyes.

ARTICULO 50.- Cuando el Médico Empleado fuera nombrado o electo para desempeñar funciones de dirección superior, docente o administrativa se desempeñará en el tiempo asignado para su cargo y no podrá efectuar otras funciones en el mismo horario.

ARTICULO 51.- El Médico velará por los cuidados que se presten a los pacientes bajo su responsabilidad y exigirá el mismo comportamiento al personal que dirige.

ARTICULO 52.- Los médicos de guardia serán responsables de los cuidados de los pacientes internos y de los que sean atendidos en emergencia.

CAPITULO X DE

LAS SANCIONES

ARTICULO 53.- Las faltas cometidas por los Médicos Empleados serán sancionadas con medidas disciplinarias según la gravedad de la infracción de conformidad con lo establecido en la presente Ley y sus Reglamentos.

ARTICULO 54.- Se clasifican las faltas en leves, menos graves y graves.

Se establecen las medidas siguientes:

- 1) Amonestación;
- 2) Suspensión temporal sin goce de sueldo; y
- 3) Destitución de su cargo.

Esto será objeto de reglamentación especial.

ARTICULO 55.- No se aplicarán las sanciones a que se refiere el Artículo anterior, sin antes haber investigado los cargos y oído al Médico cuestionado, garantizándole plenamente su defensa mediante el uso de los recursos legales que procedan.

ARTICULO 56.- Las sanciones, cuando procedan, serán aplicadas por la autoridad nominadora, el patrono o su representante de acuerdo con lo establecido en el Artículo anterior y lo que al respecto prescriban las Leyes y Reglamentos.

ARTICULO 57.- Los Médicos Empleados serán despedidos o removidos de sus cargos por las causas o motivos establecidos en las Leyes vigentes y el Reglamento de la presente Ley.

ARTICULO 58.- Cualquiera que fuese la Ley a aplicarse, el Médico Empleado no podrá recibir la comunicación del despido sino cuando se hubiese agotado la investigación reglamentaria correspondiente.

ARTICULO 59.- Cumplidos los requisitos señalados en el Artículo anterior, el empleador comunicará la decisión por escrito al Médico Empleado, quien podrá comparecer ante la autoridad competente en reclamo de sus derechos.

ARTICULO 60.- En caso de despido injustificado el Médico Empleado tendrá derecho, a su elección, a una remuneración en concepto de salarios deja-

dos de percibir a título de daños y perjuicios, y a las indemnizaciones legales convencionalmente previstas o a que se le reintegre al trabajo con el reconocimiento de los salarios dejados de percibir a título de daños y perjuicios calculados desde la fecha del despido hasta el día en que se ejecute su reinstalación y de acuerdo al último salario por él devengado.

ARTICULO 61.- Toda acción de despido referente a un Médico Empleado, independiente de la autoridad competente para conocer del reclamo o demanda, prescribirá en el término de 60 días hábiles contados a partir del siguiente día en que se recibió personalmente la comunicación del despido.

ARTICULO 62.- Cuando la autoridad nominadora, patrono o empleador, quisiera proceder a una reducción de servicios o de personal, por razones de orden presupuestario o para obtener una más eficaz y económica organización administrativa respecto al Personal Médico bajo sus órdenes, deberá llenar los requisitos impuestos por el Código del Trabajo o por la Ley del Servicio Civil según el caso, y si procediere a efectuarlo no habiendo cumplido tales formalidades, entonces se presumirá la existencia de despido injustificado. En todo caso se respetará la antigüedad.

CAPITULO XI DE

LOS INCENTIVOS

ARTICULO 63.- Créanse incentivos automáticos en favor de los Médicos Empleados, su observancia es obligatoria y deberá contemplarlo en toda Clasificación de Puestos y Salarios. Esto será reglamentado.

CAPITULO XII

DE LAS JUBILACIONES Y PENSIONES

ARTICULO 64.- Los Médicos al servicio del Gobierno Central y de sus organismos autónomos o semiautónomos o desconcentrados, tendrán derecho a los beneficios que concede la Ley del Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo. Las aportaciones correspondientes serán obligatorias para patronos y empleados.

ARTICULO 65.- El Médico Empleado al pasar a la situación de retiro, gozará de la jubilación a que tenga derecho, de conformidad con el tiempo y sueldos devengados en las diferentes instituciones en donde haya laborado y seguirá como cotizante al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

CAPITULO XIII

DE LAS DISPOSICIONES FINALES Y TRANSITORIAS

ARTICULO 66.- Los reglamentos a que se refiere esta Ley, serán emitidos por la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud Pública y dentro del plazo de tres meses a su vigencia debiéndose oír previamente la opinión del Colegio Médico de Honduras y de las Instituciones Públicas o Privadas que tengan a su servicio Médicos Empleados.

ARTICULO 67.- Los problemas que pudieran surgir con motivo de dificultades en la aplicación de la presente Ley y su Reglamento, podrán ser consultados ante la Dirección General de Servicio Civil o bien ante la Secretaría de Trabajo y Asistencia Social, sin perjuicio de que el Médico Empleado pueda acudir a la jurisdicción correspondiente.

ARTICULO 68.- Todas las instituciones que tengan a su servicio Médicos Empleados, deberán dentro de un plazo no mayor de tres meses, adaptar sus horarios, jornadas y salarios de trabajo a la presente Ley.

ARTICULO 69.- La antigüedad de los Médicos Empleados nombrados con anterioridad a la promulgación de esta Ley, se contará a partir de la fecha de sus nombramientos en cualquier institución, siempre que la prestación de servicios haya sido en forma continua.

ARTICULO 70.- La presente Ley será aplicada a la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), sin perjuicio de su autonomía constitucional, pero de acuerdo con sus posibilidades de orden económico, materializadas a través de una contratación colectiva.

Quedan exceptuados los Médicos Empleados en los servicios asistenciales, cuya relación de trabajo

se regulara de acuerdo con las normas escarificadas en esta Ley.

ARTICULO 71.- La aplicación de la presente ley respecto a la ejecución de los beneficios económicos, serán ejecutados en un período de tres (3) años, mediante incrementos o nivelaciones consecutivas no inferiores al treinta por ciento (30o/o) anualmente, efectivas a partir del 1o. de enero de 1986.

ARTICULO 72.- La presente Ley entrará en vigencia a partir del día de su publicación en el Diario Oficial "La Gaceta".

Dado en la ciudad de Tegucigalpa, Distrito Central, en el Salón de Sesiones del Congreso Nacional, a los nueve días del mes de octubre de mil novecientos ochenta y cinco.

Al Poder Ejecutivo.

Ratificado Constitucionalmente.

Tegucigalpa, D.C., 31 de octubre de 1985

JOSÉ EFRAIN BU GIRÓN

Presidente

MARIO ENRIQUE PRIETO ALVARADO

Secretario

JUAN PABLO URRUTIA RAUDALES

Secretario

ROBERTO SUAZO CORDOVA

Presidente

El Secretario de Estado en los Despachos de Gobernación y Justicia.

Arnulfo Pineda López

CONTENIDO

I.	EDITORIAL:	
	Los Estudios de Postgrado.....	113
II.	TRABAJOS CIENTÍFICOS ORIGINALES:	
	1. Embarazo Gemelar	
	Revisión de un año 1982-1983. Hospital Escuela	
	<i>Dr. Gaspar Vallecillo h. y Dr. Jorge A. Fonseca</i>	114
	2. Morbimortalidad de la Sala de Recién Nacidos del	
	Hospital Central del I.H.S.S. 1984	
	<i>Dr. Osear González Ardón</i>	121
	3. Cisticercosis Cerebral en niños	
	Hospital Materno Infantil	
	<i>Dr. Rigoberto Cuéllar, Dra. Jacqueline Wood de Bush</i>	126
III.	REVISIÓN DE LITERATURA	
	1. Fístulas En tero cutáneas, Nutrición y Cirugía	
	<i>Dr. Jesús Adelrno Anta E.</i>	132
	2. Meningitis y Absceso Cerebral por SalmonellaTyphi:	
	Reporte de un caso y Revisión de la Literatura	
	<i>Drs. Emilso Zelaya, Rolando Canales, Jorge Godoy Mejia,</i>	
	<i>Víctor Manuel Vallejo, Rafael Molina Castro,</i>	
	<i>Marco Antonio Rodríguez, Juan de Jesús Flores</i>	135
IV.	REVISIÓN CLÍNICA	
	1. Esplenectomía en Trastornos o Enfermedades	
	Hematológicas: Indicaciones y Resultados	
	<i>Drs. Alejandro Membreño, F.A.C.S. yJ.R. Ruiz</i>	141
V.	TÉCNICA QUIRÚRGICA Y REVISIÓN CLÍNICA	
	1. Exente raciones Pélvicas: ¿Fantasía o Realidad?	
	<i>Dr. Osear Flores Funes</i>	147
VI.	SECCIÓN GREMIAL:	
	1. Reglamento de la Ley del Estatuto del Médico Empleado	155
	2. Ley del Estatuto del Médico Empleado,	
	Ratificada Constitucionalmente el 30 de octubre de 1985	171
	3. Integración de los Organismos de Gobierno del	
	"Colegio Médico de Honduras", período 1986-1988.....	180
	4. Resoluciones de la Asamblea General Extraordinaria	
	del "Colegio Médico de Honduras", celebrada el tres de	
	mayo de mil novecientos ochenta y seis, en la ciudad de Tegucigalpa	181
	5. Circular No. 4-86 a los Señores Regentes de Farmacias	
	de toda la República.....	182
	6. Circular No. 5-86 a los Señores Regentes de Farmacias	
	De toda la República.....	183
	7. Circular de Invitación al II Curso Nacional de Pediatría	
	4 - 6 Septiembre, 1986	184
	8. Circular Tercera Jornada Endocrinológica Diabetes Mellitus	185
	9. IX Congreso Panamericano de Reumatología,	
	Buenos Aires, Argentina, del 17 al 22 de Noviembre de 1986	186
	10. 3er. Congreso Panamericano de Infectología	
	San Juan, Puerto Rico, Diciembre, 9 al 13 de 1986.....	187
	11. 1er. Curso Nacional de Medicina Perinatal, Agosto 7—9, 1986.....	188