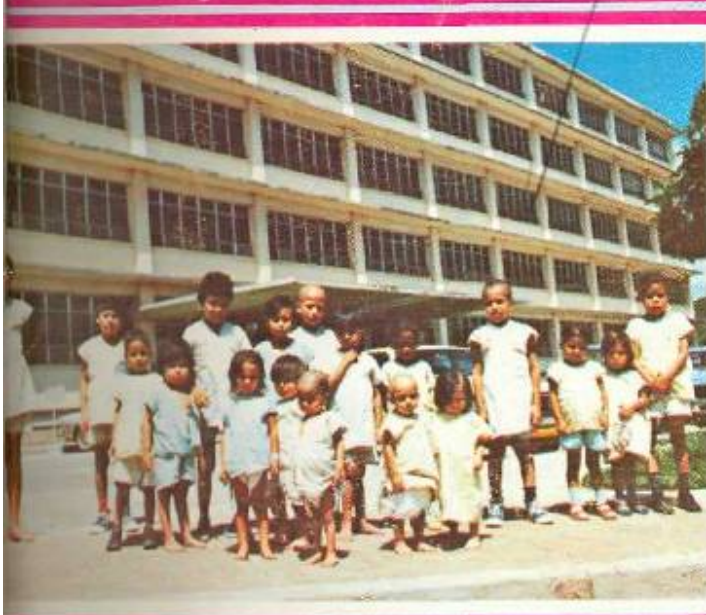




Revista

MEDICA HONDUREÑA



SUMARIO

	PAG.
PAGINA DEL DIRECTOR	2
EDITORIAL	3
ACCIDENTES POR RAYO	5
HISTORIA CLINICA	8
RINOSPORIDIOSIS	13
HEMIARTROPLASTIA DE RODILLA CON PROTESIS DE SBARBARO	16
MODIFICACION AL SISTEMA DE GOBIERNO DEL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS" . .	21
SECCION GREMIAL	23

ORGANO

DEL

COLEGIO MEDICO

DE HONDURAS



FUNDADA

EN 1930



Revista
MEDICA HONDURENA

ÓRGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

CONSEJO EDITORIAL

Dr. CARLOS A. MEDINA
Director

DR. RUBÉN VILLEDA BERMUDEZ
Secretario

Cuerpo de Redacción

DR. CARLOS A. JAVIER ZEPEDA
DR. LEONEL PÉREZ DR. CARLOS
DURON DR. ENRIQUE AL
VARADO DR. JOSÉ RAMÓN
VASQUES

ADMINISTRACIÓN

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

PAGINA DEL DIRECTOR

Nuestro primer paso en papel y tinta, queremos que sea, un saludo a todos los exdirectores de la Revista Médica Hondureña, que trabajando ordenadamente con sus colaboradores, han llevado al hogar del médico, el único medio de comunicación científico del país.

La revista, como todas las cosas, sufre hoy un cambio en su presentación y formato, porque deseamos que ésta, no solamente camine con el tiempo en que vivimos, sino que también, se aproveche de las ventajas técnicas de los nuevos métodos de impresión.

Muchos de nuestros lectores no aprobarán el cambio, otros le darán la bienvenida; sin embargo, creemos que esta es una reacción justa a lo que todos hemos creído ha sido una publicación seria y buena y que por lo tanto no debe cambiar. El nuevo Consejo Editorial, o cuerpo de directores, no tiene la intención de arruinar la revista, sino que más bien, de hacerla más amena a sus lectores, más llamativa, para que invite a la lectura.

La Ciencia de la comunicación; nos enseña que no solo basta un buen contenido para que el lector lea una publicación con avidez, sino que también, es necesario llegar a los ojos del colega, con artículos cortos, ilustrados, y en moldes de imprenta mas claro y fácil de digerir.

En los cuatro números que estarán bajo nuestra rectoría, deseamos experimentar con cambios en el formato y con nuevas secciones, esperando contar con la retro alimentación de ustedes, quienes nos dirán si los cambios son convenientes o no.

La imprenta López, nos ha dado facilidades especiales para publicar nuestra Revista, siendo que es una publicación científica y por lo tanto cultural. Los costos de impresión son siempre responsabilidad del Colegio Médico.

La sección histórica, que introducimos hoy, era una necesidad inmediata; la nación camina velozmente y hay que voltear hacia atrás de vez en cuando, para no perder la perspectiva. La historia de los hombres es la raíz de las naciones.

Los colegas siempre verán sus artículos, que con tanto esfuerzo han elaborado, la revista sigue siendo del médico, deseamos solamente que ilustren sus artículos con fotografías y dibujos y los abrevien lo más posible.

Hay una sección de correspondencia, que deseamos la utilicen para sugerencias de todo tipo o comunicaciones entre agremiados.

Nuestro saludo al colega lector y le solicita más paciencia en caso de que el cambio no sea de su agrado.

EDITORIAL

El Hospital Materno Infantil

DR. CARLOSA. MEDINA *

Una vida corta:

En los próximos meses de este año, el hospital cuyo nombre ha sido familiar en el hogar hondureño, dejará de existir jurídicamente como tal y, pasará a formar parte del complejo de edificios que forman el Hospital Escuela de Tegucigalpa.

Efímera será la vida del coloso de los hospitales nacionales y por lo tanto, aprovechamos el nuevo formato de la Revista Médica Hondureña, para que al colega-lector, no se le olvide a quien se debe la existencia de tal hospital y porque dejará de existir.

El Dr. Carlos A. Javier Santos ex-subsecretario de Salud Pública ha sido gentil en proporcionarnos copias de las actas de fundación y de los trabajos relacionados con el mismo y también de sus escritos en el diario "El Día". Trasladamos los datos, que no debemos olvidar.

No podemos separar nombres propios, del período de gestación del hospital- Los hechos hacen historia y los hombres somos responsables de los mismos.

En el año de 1956, el P.M. Arturo Gálvez, mientras fungía como interventor de la Lotería Nacional de Beneficencia, comprendió que era necesario utilizar los fondos de la lotería, "para emprender una obra que fuera

de positivo beneficio de la niñez hondureña".- Pidió este digno Dr. Carlos A. Javier el Decreto hondureño asesoría al entonces No. 164, debe ser aceptado co-



Presidente de la Asociación Pediátrica Hondureña, un médico ilustre. el Dr. Gilberto Osorio Contreras; también, estuvieron presentes el Dr. Carlos Delgado el Dr. Gaspar Vallecillo y el Dr. Virgilio Banegas Montes.- Todos ellos llevaron al entonces Ministerio de Salud Pública, la excelente idea de fundar el Patronato Nacional de la Infancia. El Dr. Roberto Lázarus, Ministro de Salud Pública, acuerpó la idea que se plasmó en los decretos leyes 115 y 164 de la Junta Militar de Gobierno que "substancian y sustentan la personalidad y fisonomía del Patronato Nacional de la Infancia".

mo la base jurídica del Patronato Este fue emitido el 8 de Octubre de 1957, para darle mayor claridad y amplitud al No. 115 del 22 de Julio del mismo año. En su parte medular y en el artículo 2, dice: El P.A.N.I., tiene por finalidad dar al niño hondureño una protección integral, física, socio-económica y jurídica. El artículo 3 dice, en su numeral I: Proceder cuanto antes a la construcción y financiamiento del Hospital Central Infantil de Honduras.

La idea pues, se inicia con la motivación del P.M. Arturo Gál-

* Director, Hospital Materno Infantil

vez y el combustible para hacerlo caminar, vendrá del recién fundado Patronato Nacional de la Infancia, que fue calorizada por ilustres galenos de nuestro Colegio Médico.

Fue a los directivos del Patronato que fungieron del 57 al 63, a quienes les tocó la tarea de ejecutar el mandato del decreto No. 164 en su artículo 3 y numeral I que se refiere a la construcción del Hospital.

El Dr. Carlos A. Javier haciendo un recuento de esos años manifiesta, que se trabajó con apego a la Ley e imbuidos del más alto espíritu de lucha - "al caer el gobierno del Dr. Villeda Morales, el hospital estaba terminando en un 80%; y se había trabajado ordenadamente en la preparación de los recursos humanos". - El Pediatra gobernante de esos años, fue el motor que energizó la rápida construcción de un edificio que vendría a revolucionar la arquitectura hospitalaria del país.

Desafortunadamente, los hombres que lucharon para concluir la etapa de construcción física, no pudieron ver la obra finalizada por los abalares de la política hondureña. No obstante, otros galenos continúan con la faena y el hospital es inaugurado el 2 de Mayo de 1968.

Afortunadamente, los cambios políticos no hicieron mella en el objetivo primordial del decreto No. 164, de la Junta Militar de Gobierno, ya que dos gobiernos posteriores; el Constitucional del Dr. Villeda Morales y el de Facto del General López

Arellano continuaron la obra hasta su conclusión.

La vida del "Materno", ha sido tan azarosa, como lo es el pulso de nuestra nación. A su primer Director el Dr. Carlos Alvarado, le tocó la parte de organización y no pudo llegar al momento de su inauguración.- Al Dr. Carlos Godoy le cupo el honor de abrir la institución al público y luego el Dr. José Martínez Ordóñez en el régimen del Dr. R.E. Cruz, lo dirige con suma honestidad.- Con la venida del régimen militar, el Dr. C.A. Medina es llamado a la dirección, quien permanecerá en el puesto, hasta que el hospital desaparezca jurídicamente, al fusionarse con el Hospital Escuela.

Los logros de la institución, aún para aquellos que son escépticos, no pueden negarse, sus objetivos han sido llenados a cabalidad y no solo eso; sino que otras metas trazadas en el camino de las necesidades, se han sobrepasado.

Al momento el hospital ya está sobrepasando los límites de su capacidad física, tanto en la rama pediátrica como en la ginecoobstétrica el gobierno tendrá que poner a funcionar otra unidad igual para absorber la demanda futura.

La fusión con el ala nueva de Cirugía y Medicina que ha de llamarse Hospital Escuela, traerá algunos beneficios a la institución, así como también muchos dolores de cabeza, especialmente en su organización estructural.

Lo más importante quizás de la -estructura del Hospital Mater-

no Infantil, es que su organización ha servido de base para a arrancar el Hospital Escuela.- A pesar de la presencia de "técnicos" extranjeros, son los recursos humanos preparados en el Hospital Materno Infantil, los que desempeñan los puestos claves, no sólo en la más alta jerarquía, sino que en los puestos intermedios.- Esto es un orgullo para la institución, pues se ha demostrado que los hondureños son capaces de cualquier cosa, cuando se actúa con honestidad, decencia y mística en el trabajo.

Los que laboran en el Materno Infantil, esperan, que el dominio pleno que tendrá la Universidad en el nuevo complejo hospitalario, traiga beneficios y no desemboque en situaciones anárquicas, derivadas de la ya crónica inestabilidad Universitaria con su sectarismo político.

Los hospitales han progresado en Honduras, porque han adquirido una independencia razonable, de las presiones políticas que antes los minaban, cualquier paso atrás en ese aspecto, sería fatal para las instituciones.



Accidentes por Rayo en la Zona Sur de Honduras

DR. JOSÉ ANTONIO BUESO C. *

MECANISMO DEL RAYO

Una nube de tormenta nace cuando las corrientes ascendentes de aire llevan la humedad a gran altura. En la nube pronto se forman gotas de lluvia, pero no pueden caer tranquilamente a tierra porque las tumultuosas corrientes de aire que suben y bajan dentro de la nube las arrojan de un lado a otro y las rompen. Las corrientes de aire borrascosas, sobre todo las que soplan hacia arriba, producen grandes lluvias que caen con rapidez; la mayoría de esas finas partículas llevan una carga eléctrica negativa, pero las gotas de lluvia grandes, tienen carga eléctrica positiva. Las partículas de llovizna, transportados ahora hacia arriba por las corrientes de aire, llevan una carga negativa a la parte superior de la nube, mientras que las gotas de lluvia pesadas, cayendo aún rápidamente, llevan su carga positiva a la parte de la nube más próxima al suelo; la tierra, como es sabido, tiene carga negativa. Ahora bien, cargas eléctricas de distinto signo, tienden a buscarse mutuamente; mientras la tormenta reúne sus fuerzas, ambas cargas, la negativa de la tierra y la positiva de la nube, tratan desesperadamente de juntarse.- La carga de la tierra se encarama sobre cualquier objeto alto que logra hallar en su esfuerzo por llegar a la nube, pero como el



Quemaduras en las regiones cervical e intermamaria.

aire es un mal conductor, se dificulta ese encuentro; sin embargo, la carga de la nube es demasiado poderosa para ser contenida durante más tiempo y de improviso, lanza una descarga hacia el suelo. El golpe rompe los átomos del aire, convirtiéndolos en buen conductor, luego otra descarga, siguiendo ese camino más fácil, se proyecta un poco más cerca de la tierra, y después una tercera y una cuarta, hasta que la carga de la nube se ha acercado a la carga del suelo; entonces, le toca a éste lanzar una descarga a su vez y ambas cargas se encuentran fi-

nalmente; todo esto sucede con tanta rapidez que la vista sólo percibe un breve fulgor continuo en el cielo.

La mayoría de los rayos (el 95%) se origina de la tierra hacia la nube y el 5% restante de la nube hacia la tierra, casi todos siguen en el aire una trayectoria irregular, el tipo más común se le llama rayo de veta, el rayo de sábana es una descarga entre las nubes sobre una ancha zona, el rayo de calor es un rayo común visto desde demasiado lejos para que se pueda oír el trueno que lo acompaña, hay rayos ahorquillados y rayos de bola.

Lo que causa daños es el rayo y no el trueno, aunque es el ruido el que más suele asustar a la gente; antiguamente se decía que el trueno era causado por el choque de dos nubes, hoy se sabe que el trueno es el ruido causado por la corriente eléctrica del rayo que hace estallar y separa literalmente los átomos y moléculas del aire al atravesarlas.

El rayo es una descarga eléctrica de aproximadamente mil millones de voltios y 20.000 amperios, mide más de un kilómetro y medio de longitud y con un diámetro de 5 a 6 metros. La duración de la corriente es alrede-

* Hospital del Sur, Choluteca, Honduras

dor de 0.001 segundo, cuando llega a la tierra se producen descargas secundarias y los objetos situados en un medio de 30 metros pueden ser destruidos. El contacto directo por lo general produce la muerte en forma inmediata, las personas que se hallen cerca pueden sufrir lesiones por la corriente eléctrica, quemaduras por el aire calentado o bien lesiones por la fuerza concusiva del aire comprimido. Si el paciente muere de inmediato, la autopsia sólo revela quemaduras y hemorragias petequiales generalizadas; si sobrevive unos cuantos días más, el examen post-mortem revela necrosis focal de los nervios, médula espinal o cerebro con las consiguientes reacciones gliales y vasculares; la insuficiencia renal aguda es otra complicación, si la destrucción de los tejidos es extensa; la presión del líquido cefalorraquídeo puede estar aumentada y ser sanguinolento.

LESIONES CAUSADAS POR LA DESCARGA ELECTROSTÁTICA

Inmediatamente después del choque intenso, los pacientes se encuentran comatosos y apnéicos, aunque el corazón puede continuar latiendo hasta que la anoxia provoca insuficiencia circulatoria.

En las víctimas de los rayos es muy frecuente encontrar en la piel, quemaduras arborescentes superficiales en forma de red, son las "impresiones del rayo". Estas lesiones desaparecen en 24 o 48 horas; en algunas víctimas del rayo es curioso encontrar la llamada ceraraunoparálisis, que consiste en parálisis flácida transitoria de las extremidades inferiores, con pérdida de la sensibilidad y que desaparece en 12 o 24 horas, éste trastorno a menudo se acompaña de palidez y enfriamiento de las piernas, que se atribuye a vasoconstricción intensa.



Quemaduras en las piernas.

El 50% de las personas desarrollan un "síndrome de choque post-eléctrico" caracterizado por un dolor sordo en los hombros y el tórax, agravado por el movimiento de los brazos y la respiración profunda, al parecer es el resultado de una miositis traumática.

CARACTERÍSTICAS CLIMATOLÓGICAS DE LA REGIÓN Y CUADRO CLÍNICO

La costa de la zona Sur de Honduras, se caracteriza por las violentas tormentas eléctricas durante los meses de Mayo a Septiembre, lo que ocasiona varias muertes y numerosas quemaduras y concusiones entre los habitantes de ésta zona, extensiva a los del reino animal.

Nuestra experiencia comprende los últimos 10 años, con un promedio anual de 6 a 12 per-



Quemaduras en la región interglútea.

sonas con quemaduras de distinto grado y extensión.

Los pacientes que son admitidos al Hospital del Sur, presentan distintos cuadros clínicos que van desde el edema cerebral agudo, hasta el de miositis post-traumática, quemaduras de segundo grado de distribución bastante característica; los que presentan edema cerebral, si no mueren durante las primeras 24 horas se recuperan sin mayores problemas; las quemaduras son superficiales y cicatrizan rápidamente; el síndrome post-traumático es el que nos ha dado mayores problemas, en estos pacientes no hay ninguna lesión evidente, únicamente en el tórax, que se controla con analgésicos poderosos y sedación, si no hay contraindicación. Tuvimos un caso, que además de las mialgias, tenía marcada bradicardia. En algunos años el número de paciente ha sido mayor, tenemos información fehaciente de que en 1.959, un rayo mató instantáneamente a 5 campesinos, quemaduras a 18 y golpes a 54, ellos estaban cobrando su salario en una algodónera, cerca de la torre donde cargan las avionetas para la fumigación y comenzaba una tormenta eléctrica. En 1.975, 12 personas fueron alcanzadas por un mismo rayo y en 1.976, fueron admitidas al Hospital Regional del Sur, 5 pacientes, de los cuales murió uno al día siguiente de su ingreso por edema cerebral.

De estos 5 pacientes, 4 eran del sexo femenino, una de ellas tenía 14 semanas de gestación y presentaba las puntas del cabello carbonizadas y escoriaciones con eritema del cuello, se recuperó y no hubo aborto.



Quemaduras en la región abdominal y torácica.

Las otras 2 fueron 2 niñas (ver diapositivas).

En realidad, el médico queda asombrado por la diversidad de lesiones que puede ocasionar un rayo, sobre todo si el paciente porta cadenas metálicas, anillos, pulsera o zapatos clavados, los sitios de la ropa que están más empapados por la lluvia, etc.

La historia clínica es similar en todos los casos, "golpeado por un rayo" mientras comenzaba a llover o llovía torrencialmente", aunque se han dado casos de tormentas eléctricas "en seco".

Es falsa la creencia de que a la persona alcanzada por un rayo, se le "enrolla la lengua", ha habido casos en que la lengua queda de fuera y como carbonizada. El tratamiento es sintomático y de acuerdo a la severidad del caso (analgésicos orales o parenterales, sedación, limpieza de vías aéreas, intubación, oxígeno, signos vitales, urea intravenosa, diuresis,

mantenimiento del equilibrio hídrico), las quemaduras no necesitan tratamiento ya que son superficiales y cicatrizan rápidamente.

Cuando se aproxima una tormenta eléctrica y si se está en casa, es prudente apagar todo aparato eléctrico, cerrar puertas, ventanas, bajar cortinas, cerrar persianas, etc.); si uno es sorprendido en campo raso, es conveniente no buscar refugio bajo los árboles, casas solitarias en colinas, evitar permanecer en las riberas de los ríos; quebradas, riachuelos, etc.

Es mejor buscar las hondonadas, cuevas o tirarse boca abajo en el suelo hasta que pase la tempestad.

BIBLIOGRAFÍA:

Harrison, T. R., y col.-Medicina Interna, 5a. edición.
Nueva Enciclopedia Temática, TomoL

LA HISTORIA CLÍNICA

ANÁLISIS, PERSPECTIVAS Y ALTERNATIVAS

Dr. Juan Almdares Bonilla *

T.RM. Nelly Hernández **

T.S. Coralia de Calderón

INTRODUCCIÓN

La computadora, reflejo del avance tecnológico de la Sociedad, ha acelerado los procesos de información; en la Medicina está siendo ampliamente utilizada en las diferentes etapas de la secuencia lógica del diagnóstico.

No obstante de la importancia de la computadora; ésta sigue siendo un instrumento auxiliar en el proceso de elaboración de la Historia Clínica aún en los países con gran avance tecnológico.

En los países subdesarrollados donde existe carencia de recursos humanos y tecnológicos, la Historia Clínica constituye la herramienta fundamental del Médico y del sistema de salud en la atención de los pacientes.

La Historia Clínica: "Es el proceso que en forma escrita o impresa, organiza, sistematiza, interpreta y comprueba el conjunto de datos y procedimientos, que son obtenidos o dados, durante las diferentes etapas de la atención médica, comprende en forma integral; todos y cada uno de los aspectos de la salud y enfermedad de un individuo o grupo social en su relación dinámica con la naturaleza y la sociedad".

La Historia Clínica, evalúa todos los momentos de la atención médica, su importancia se resume en la forma siguiente:

1. Memoria dinámica de la atención médica.
2. Procedimiento valioso en el diagnóstico, prevención tratamiento y rehabilitación del paciente.
3. Proporciona información básica en la investigación científica sobre todo en los estudios epidemiológicos.
4. Contribuye a la evaluación de la atención médica, formación del personal, y a la planificación de la salud.
5. Es un procedimiento útil en la formación integral y continuada del médico y del personal de salud.
6. Es un documento histórico, de importancia médico legal.

El propósito principal al presentar este trabajo tiene como objetivos:

- 1.- Valorar la historia clínica desde una perspectiva orientada a mejorar la atención médica del paciente.

2. Destacar una vez más la utilizada significativa y trascendente de la Historia Clínica y las unidades de Archivo y Estadística en el proceso de investigación de nuestra patología nacional, y en el desarrollo de la formación continuada del personal que labora en el sistema de salud nacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

En la realización de este informe preliminar se emplearon dos métodos:

1. Se practicó encuesta tipo cuestionario sobre la Historia Clínica; en 37 personas que laboran en el Hospital General y Asilo de Inválidos: Practicantes Internos, Médicos Residentes y de Servicio.
2. Se analizaron 200 expedientes clínicos tomados al azar

* Profesor de Fisiología, Facultad de Ciencias Médicas UNAH. ** Departamento de Archivo y Estadística, Hospital General, Tegucigalpa

*** Departamento de Trabajo Social, Hospital General Tegucigalpa.

HISTORIA CLÍNICA

TABLA No. 1
ANÁLISIS DE EXPEDIENTES TOMADOS AL AZAR EN EL
“HOSPITAL GENERAL Y ASILO DE INVALIDOS”
HISTORIA CLINICA
1977

DATOS AUSENTES	MEDICINA (100)	CIRUGIA (100)
NEUROLOGICOS	38	76
PSICOLOGICOS	37	89
REV. DE SINTOMAS	18	23
HISTORIA ALERGICA	16	81
TRAUMATICA – QUIRURGICA	15	79
PERSONALES	13	21
FAMILIARES	12	55
SOCIO – ECONOMICOS	12	86

(100 de cada uno de los Servicios de Medicina y Cirugía respectivamente).

3. La encuesta y el análisis de los expedientes fue realizado conjuntamente con el personal de Archivo y Estadística y de la Unidad de Trabajo Social del Hospital General y Asilo de Invalidos.
4. Se procedió al peso de los expedientes a fin de valorar el volumen de información y la cantidad de papel empleado en cada paciente.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presentan los datos más relevantes del análisis de 200 expedientes clínicos y la información obtenida de la Encuesta practicada.

En cuanto al análisis, se consideran sobre todo: La ausencia de datos, la ilegibilidad de la información, la comparación de datos entre los Servicios de Medicina y Cirugía y los informes de Laboratorio consignados en el expediente clínico.

(Ver Tablas No. 1, 2, 3, 4, 5, 6, y 8)

Los resultados de la Encuesta fueron los siguientes:

1. Los Practicantes Internos y Médicos Residentes respondieron de la siguiente manera:

- 1.1 El tiempo promedio de la elaboración de la Historia Clínica fue de una hora con veinte minutos (mínimo 40 minutos y máximo 2 horas);

- 1.2 El tiempo promedio de elaboración de una Historia Clínica de Re-Ingreso fue de 40 minutos;

- 1.3 El 57% afirmaron que la Historia Clínica no se realiza inmediatamente, sino que es postergada, dependiendo del trabajo interno del Servicio;

- 1.4 El 73% afirmó que la historia Clínica, no es tomada en consideración por el Médico de Sala o del Servicio;

- 1.5 El 47% opinó que las notas de enfermería y la de los Practicantes Internos eran deficientes!

2. La Encuesta elaborada para Médicos Especialistas de Servicio reveló lo siguiente:

- 2.1 93% opinaron que las Historias Clínicas son ilegibles;

- 2.2 El 26% afirmó que, la formación del estudiante de

Medicina es deficiente en cuanto a la elaboración de la Historia Clínica;

- 2.3 El 72% opinó que el problema fundamental de las Historias Clínicas era su ilegibilidad.

3. Las recomendaciones y sugerencias obtenidas de las Encuestas se presentan a continuación:

- 3.1 Las Historias Clínicas deben ser:

- a) Concisas;
- b) Completas;
- c) Flexibles;
- d) Claras;
- e) Legibles;
- f) Confiables;
- g) Mejor orientadas;
- h) Contener datos esenciales

- 3.2 Mejorar la formación del estudiante de Medicina en cuanto a la elaboración y redacción de la Historia Clínica.

TABLA No. 2

ANALISIS DE EXPEDIENTES TOMADOS AL AZAR EN EL
"HOSPITAL GENERAL Y ASILO DE INVALIDOS"EXAMEN FISICO
1977

DATOS AUSENTES	Porcentaje	
	MEDICINA (100)	CIRUGIA (100)
SIGNOS VITALES	72	37
REFLEJOS	96	39

TABLA No. 3

ANALISIS DE EXPEDIENTES TOMADOS AL AZAR EN EL
"HOSPITAL GENERAL Y ASILO DE INVALIDOS"INFORME DE OPERACION 1977
(100 Casos)

DATOS AUSENTES	Porcentaje CIRUGIA
Dx PRE. Y POST-OPERATORIO	71
OPERACION PROYECTADA Y REALIZADA	61
DESCRIPCION DE LOS HALLAZGOS Y EXTIRPADAS	63
CONSTANCIA DE ENVIO DE MATERIAL A PATOLOGIA	78

TABLA No. 4

ANALISIS DE EXPEDIENTES TOMADOS AL AZAR EN EL
"HOSPITAL GENERAL Y ASILO DE INVALIDOS"INFORME DE ANESTESIA
1977
(100 Casos)

DATOS AUSENTES	Porcentaje CIRUGIA
Dx PRE-OPERATORIO	61
OPERACION PROYECTADA	61
DATOS CLINICOS SOBRESALIENTES	75
MEDICACION PRE-ANESTESICA	81
CONTROL DE SIGNOS VITALES DURANTE LA OPERACION	58
SANGRE O SOLUCIONES ADMINISTRADAS	77

TABLA No. 5

ANÁLISIS DE EXPEDIENTES TOMADOS AL AZAR EN EL "HOSPITAL GENERAL Y ASILO DE INVALIDOS" 1977

DATOS NO LEGIBLES	Porcentaje	
	MEDICINA (100)	CIRUGIA (100)
HISTORIA CLINICA	90	19
NOTAS DE PROGRESO	97	21
ORDENES MEDICAS	88	11
NOTAS DE ENFERMERIA	89	9
NOTAS DE INTERCONSULTA	84	83
ANATOMIA PATOLOGICA (Solicitud)	90	78

TABLA No. 6

ANÁLISIS DE EXPEDIENTES TOMADOS AL AZAR EN EL "HOSPITAL GENERAL Y ASILO DE INVALIDOS" 1977

	PESO DE 100 EXPEDIENTES Kg.
MEDICINA	31.5
CIRUGIA	18.5
TOTAL.....	50.0

TABLA No. 7

ANÁLISIS DE EXPEDIENTES TOMADOS AL AZAR EN EL "HOSPITAL GENERAL Y ASILO DE INVALIDOS" 1977

INFORMES DE NUMERO DE EXAMENES DE LABORATORIO CONSIGNADOS EN LOS EXPEDIENTES

No. DE EXAMENES	MEDICINA (100)	CIRUGIA (100)
LABORATORIO CLINICO	1.587	826
RAYOS X	178	167
BIOPSIA	18	31
ELECTROCARDIOGRAMA	43	24

TABLA No. 8

ANÁLISIS DE EXPEDIENTES TOMADOS AL AZAR EN EL "HOSPITAL GENERAL Y ASILO DE INVALIDOS" 1977

ESTIMACION APROXIMADA DE VOLUMEN DE PAPEL Y PESO DE EXPEDIENTES

No. de Pacientes	Historia Clínica No. de Hojas de Papel	Peso Global de Expedientes Kg.
MEDICINA 2.344	77.352	738
CIRUGIA 4.633	120.458	857
TOTALES 6.977	197.810	1.595

INTERPRETACIÓN

En el año de 1977, ingresaron al Hospital General y Asilo de Inválidos, 7.328 pacientes, de los cuales 2.344 correspondieron a Medicina y 4.633 a Cirugía.

Según los datos de la Encuesta, el tiempo promedio para elaborar una historia Clínica es de una hora con veinte minutos. Asumiendo que este valor corresponde a todos los pacientes ingresados tendríamos la estimación siguiente:

- a. En Medicina y Cirugía se emplearon en forma respectiva 2.813 y 5.5.60 horas - Constituyendo Cirugía casi el duplo de las horas destinadas a Medicina;
- b. El número de horas destinadas al total de pacientes ingresados en 1977 fue de 8.794 que corresponden aproximadamente a 365 días destinados a la preparación de las Historias Clínicas.

La Tabla No. 1 nos indica los datos ausentes globalmente fueron mayores en Cirugía que en Medicina. Es interesante observar que la mayor falta de datos lo constituyeron los Neurológicos y Sicológicos en Medicina y los Sicológicos y Socio-económicos en Cirugía. Como dato relevante puede apreciarse que la Historia Traumático-quirúrgica no aparecieron en el 79% de los expedientes clínicos de Cirugía y en el 15% de los de Medicina.

En cuanto a los signos vitales fueron incompletos o ausentes en el 72% de los expedientes de Medicina y el 37% de Cirugía (TABLA No. 2).

La Tabla No. 3 y No. 4, nos indican lo difícil que sería evaluar o hacer un trabajo de Investigación cuando el 78% de los pacientes de Cirugía no aparece la constancia de envío de material a Patología. Así, también lo difícil que sería el seguimiento del Post-operatorio cuando en el Informe de Anestesia no aparecen datos de Sangre o Soluciones administradas durante el acto quirúrgico.

La Tabla No. 5 nos revela el problema fundamental de las Historias Clínicas; su ilegibilidad, la cual aparentemente es mayor en Medicina (90%) que en Cirugía (19%).

Con el objeto de tener un estimado del volumen de papel y de la información se pesaron los expedientes (Tabla No. 6), observarse que los de Medicina pesaban el 63% del peso total; se computó el promedio del número de páginas y se obtuvo el resultado siguiente:

	No. de Páginas
MEDICINA	33
CIRUGÍA	26

Con el objeto de determinar como podrían influir otros factores en la diferencia de peso se observó que existía un número de exámenes en Laboratorio de 1.587 en Medicina y 826 en Cirugía.

De lo anterior se infiere que probablemente el peso mayor de los expedientes de Medicina es debido a la mayor obtención y registro de datos, tanto de la Historia

Clínica como de los exámenes de Laboratorio.

Haciendo un cálculo aproximado del papel empleado se obtienen los resultados de la Tabla No. 8. Considerando en la estimación los datos de la Tabla No. 6. Estas estimaciones de peso y número de páginas, permiten hacer consideraciones de la importancia que tiene la sistematización y organización del expediente clínico no sólo en la atención del paciente, sino que también la trascendencia económica que tienen los gastos en papel, sobre todo cuando se registran datos que son ilegibles. Los datos que se presentan en este informe preliminar nos hacen reflexionar sobre la forma actual de trabajo, la necesidad de aplicar correctamente el sistema tradicional de la elaboración de las Historias Clínicas o tratar de innovar el seguimiento de los pacientes a fin de lograr una mejor atención médica. Actualmente hemos iniciado una valoración del Sistema Orientado a Problemas del paciente del Dr. L. Weed (2) a fin de analizar su aplicación.

En base a este trabajo se está realizando una serie de reflexiones sobre la Historia Clínica, con el fin de desarrollar una tecnología de información médica, aplicable a nuestra patología nacional.

RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se analizaron 200 expedientes clínicos de Medicina y Cirugía del Hospital General y Asilo de Inválidos con el objeto de valorar el seguimiento del paciente a través de la Historia Clínica. Se realizó una encuesta en el personal médico laborante de este Centro Hospitalario.

Los rasgos fundamentales fueron: Ilegibilidad de la información y la ausencia de datos en etapas muy importantes del diagnóstico, prevención y tratamiento de los pacientes.

Se destaca una menor obtención de información Neurológica, Síquica y Social.

Se hace necesario valorar el sistema de la elaboración de la Historia Clínica el cual debe ser enviado y superado.

Se hace énfasis en el tiempo destinado a la preparación de la Historia Clínica y la gran inversión de trabajo humano, gastos en papel que considerados globalmente son relevantes en la función hospitalaria.

Se recomienda que las Historias Clínicas sean protocolos científicos que puedan ser utilizados en la atención integral del paciente y en la investigación de la patología hondureña.

B I B L I O G R A F Í A

1. ALMENDARES, JUAN
REFLEXIONES SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA
(Próximo a publicarse).
2. WEED, LAWRENCE
MEDICAL RECORDS, MEDICAL EDUCATION, AND PATIENT CARE.
THE PRESS OF CASE WESTERN RESERVE UNIVERSITY THIRD PRINTING
CHICAGO, U.S.A. 1966, 1970.

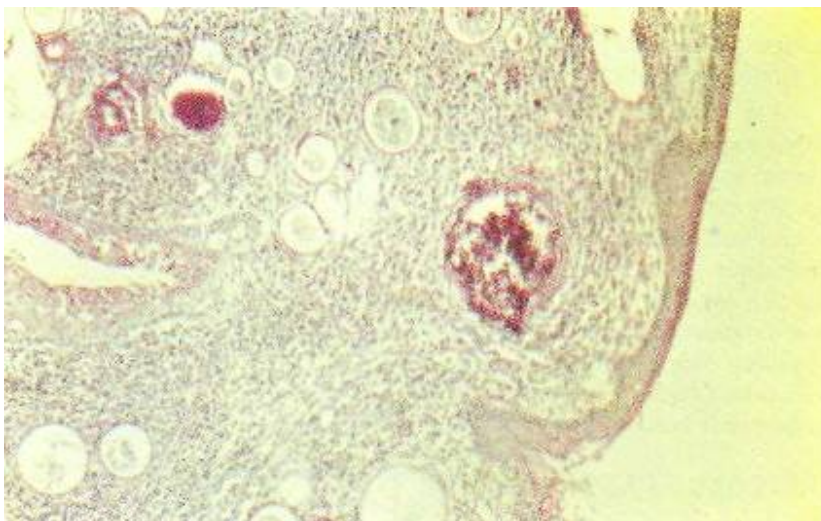
RINOSPORIDIOSIS

Dr. *DANILO ALVARADO Q.* *
Dra. *CLAUDINA FERRERA A***

INFORME DE LOS DOS PRIMEROS CASOS EN HONDURAS, AFECTANDO LA CONJUNTIVA

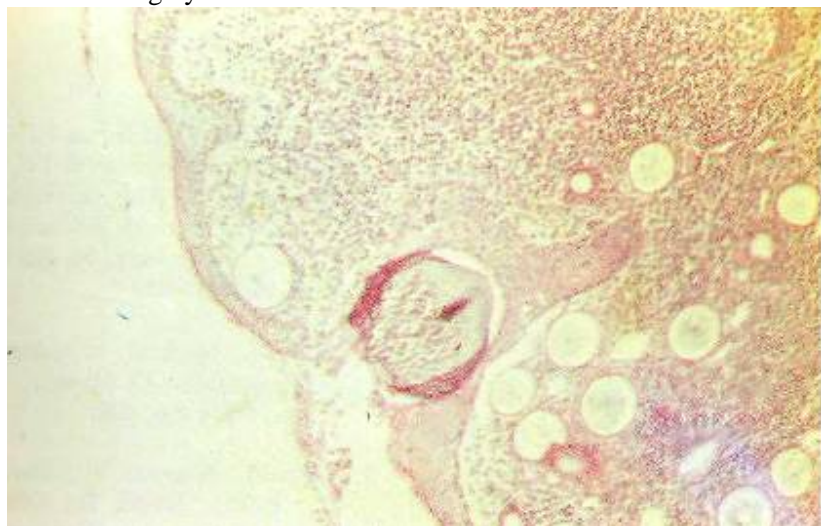
La Rinosporidiosis es una enfermedad granulomatosa crónica caracterizada por el desarrollo de lesiones de aspecto polipoide que afectan la nariz con mayor frecuencia (72%) y en segundo lugar el ojo (14%). Pueden ser afectados con menor frecuencia otros órganos, tales como oídos, laringe y genitales. Las lesiones son fácilmente sangrantes cuando son traumatizadas y pueden nacer directamente de la mucosa o a través de un pequeño pedículo.

Cuando las lesiones se localizan en laringe y fosas nasales



Obsérvese las esferas de gruesa cutícula (esporangio) en diferentes estadios de evolución (HE 45x)

pueden producir cuadros obstructivos.



Un esporangio próximo a romperse en la epidermis.
(HE 45x)

La enfermedad tiene una distribución mundial siendo muy común en la India y Ceilan. Los dos casos que aquí se reportan afectando el ojo son los primeros en informarse en Honduras. Hasta donde fue posible investigar en la literatura hondureña no existen casos previos de Rinosporidiosis publicados ni diagnosticados en los archivos del Departamento de Patología

Profesor de Patología, Facultad de Ciencias Médicas UNAH. Médico Patólogo. Hospital General, Tegucigalpa, Honduras. Profesor de Patología, Facultad de Ciencias Médicas UNAH. Médico Patólogo. Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, Honduras.

del Hospital General y Asilo de Inválidos.

El agente etiológico es el hongo *Rhinosporidiun-Seeberi* el cual mide de 6-350 micras de diámetro. El cultivo de este hongo es tedioso y difícil de mantener. Grover reportó haber cultivado el hongo a 4 grados centígrados en el medio de cultivo 99.

Las fuentes de contaminación son las aguas estancadas, tierra y objetos contaminados. La Rinosporidiosis puede ocurrir a cualquier edad y los casos informados en la literatura van de los 5 a los 84 años, siendo la mayor frecuencia en niños y adultos jóvenes, con predominio en los varones. Todas las razas son igualmente susceptibles.

HISTORIA CLÍNICA CASO No. 1

A.Z.O. masculino de 38 años, procedente de Puerto Cortés, quién refería que hacía -seis meses había recibido trauma en el ojo izquierdo, con una espina, la cual no pudo extraerse. Poco tiempo después le apareció una lesión que le provocaba una sensación de "estorbo" por lo que consultó en el Hospital General y Asilo de Inválidos.

Al examen físico se encontró una lesión granulomatosa en la región superior de la conjuntiva izquierda que se extendía hacia la córnea de aspecto vegetante y pediculado, midiendo 1 cm. de diámetro. Fue operado el 29 de abril de 1977 (BIOPSIA No. 2319-77).

HISTORIA CLÍNICA CASO No. 2

H.A.R. masculino, 5 años de

edad, procedente de Talanga, Francisco Morazán, llevado a consulta al Hospital Materno Infantil por secreción purulenta del ojo derecho, de seis meses de evolución. Al examen físico se encontró en el ojo derecho un mamelón carnoso de la conjuntiva palpebral superior, no sangrante ni dolorosa, de 1.2x5. cms. Fue extirpada el 7 de octubre de 1977 (BIOPSIA No. 5797-77)

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPI-CA DE LAS LESIONES

En ambos casos fue posible identificar en las coloraciones de Hematoxilina-Eosina el agente etiológico observándose sus formas características de esferas grandes de gruesa cutícula con gran cantidad de endosporas que se tiñen con facilidad con las coloraciones de PAS y GRO—COTT. Las mucosas estaban ulceradas y mostraban una marcada reacción inflamatoria crónica. El diagnóstico diferencial debe hacerse con *Coccidiomycosis* en el cual las esferas son de menor tamaño (80 micras de diámetro). Ver fotos 1,2, 3 y 4.

COMENTARIO:

Los dos pacientes proceden de áreas diferentes de Honduras, el primero de Puerto Cortés en la Costa Norte y el segundo de Talanga, Francisco Morazán en la región central.

En ambos pacientes la resección quirúrgica produjo la mejoría y no se tienen datos de control posterior por no haber regresado a consulta.

En algunos pacientes con Rinosporidiosis, múltiples intervenciones quirúrgicas son necesarias, debido a la recurrencia de

las lesiones. Curaciones y mejorías se han reportado con instilaciones locales de Anfotericina B. Rinosporidiosis generalizada por diseminación hematógena son muy raras, considerándose en general una infección local "que puede producir dificultades por el volumen que alcanzan las lesiones o por que se infectan secundariamente.

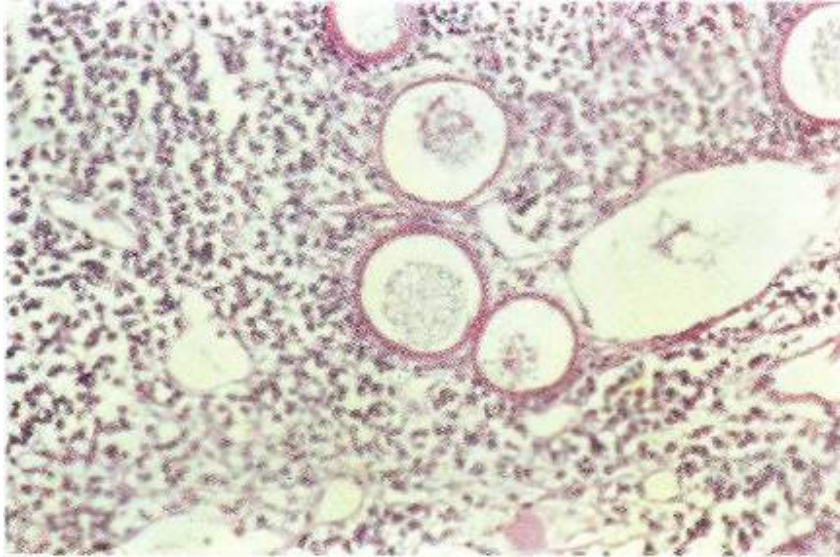
RESUMEN

Se informan los dos primeros casos de Rinosporidiosis en Honduras. Ambos de localización en conjuntiva ocular. En la literatura hondureña no hay casos previos reportados. Uno de los pacientes es adulto joven (38 años) y el otro un niño (5 años); edades en donde su frecuencia es mayor.

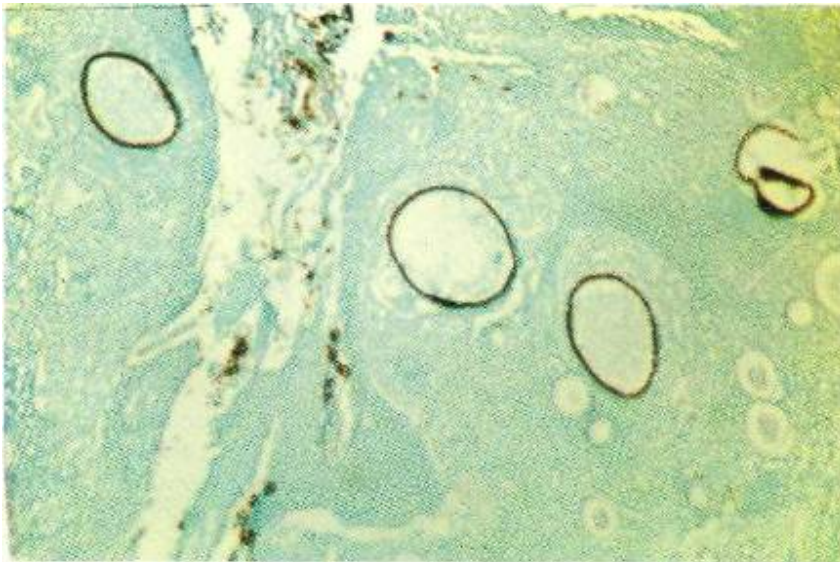
Histopatológicamente las lesiones son iguales y el diagnóstico se hizo por la morfología característica del hongo.

REFERENCIAS:

1. H.J. Petters, M.D. and C.G. DeBelly. Conjunctival Polyp Caused By *Rhinosporidiun Seeberi* American Journal of Clinical Pathology, 51 No. 2. Pag. 256. 1969.
2. Rippon Medical Mycology, W.B. Saunders Company, Phila, 1974 Pag. 285
3. Conant, Norman F., David T.; Baker, Roger D.; Callaway, Hasper L.; Rinosporidiosis, Micología, III Ed. 374-381. 1972.



Coloración de PAS demostrando la gruesa cutícula (45x)



Coloración de Grocott Positiva. (15x)

HEMIARTROPLASTIA DE RODILLA CON PRÓTESIS DE SBARBARO

*M. Rull González; J. Jiménez Alcázar; R. Valladares Rivera. **

Las grandes secuelas incapacitantes provocadas por una artrosis deformante o por artritis reumatoide en la articulación femoro-tibial, hasta hace pocos años solo tenían una solución, la artrodesis de rodilla. Era solución antiálgica y aceptable bajo un punto de vista funcional en casos unilaterales. El problema terapéutico surgía en casos bilaterales ante los cuales nos encontrábamos desarmados terapéuticamente.

Hasta hace pocos años los intentos de una cirugía funcional, iniciados por VERNUIL hace poco más de un siglo, solo proporcionaron resultados muy aleatorios. Con las máximas perfecciones técnicas, las interposiciones de fascia lata, piel conservada, albugínea de testículo de toro etc. apenas se llegaban a alcanzar un 40%. de resultados funcionales buenos, ya que las inestabilidades postoperatorias, dolor y reanquüosis, eran el corolario del porcentaje restante.

Desde 1950 con el empleo de las prótesis de Vitalium, iniciadas por Me KEEVER y TOWNLEY entramos en un período donde los resultados funcionales alcanzan un mayor porcentaje de éxitos. Después de nuestra experiencia con las prótesis de Me INTOSH, desde 1968 hasta hace 2 años, a la vista de

los resultados conseguidos, optamos por el empleo sistemático de la modificación hecha a esta prótesis por SBARBARO, al evitarse con ello la expulsión de la prótesis, circunstancia que algunos autores trataban de evitar con la cementación de la Me INTOSH, y por otra parte, con el empleo de esta prótesis se pueden obviar pequeños fallos en la selección en la prótesis de Me INTOSH en un caso determinado, lo que permite una mayor generalización de esta técnica, en manos no muy especializadas. Las indicaciones son las mismas que las de la prótesis de Me INTOSH:

—Artrosis con desviación en valgo o en varo, en las que pueden conseguirse una alineación correctora.

—Artrosis con subluxaciones, en las que con esta interposición se puede conseguir un restablecimiento de las superficies articulares, con retensado del ligamento lateral correspondiente al espacio más pinzado. La resección ósea de la meseta tibial, así como la capsulotomía posterior permite la corrección del flexum. A ello puede asociarse una sinovectomía, una pateloplastia o patellectomía. Por sistema al igual que cuando empleábamos la prótesis de Me INTOSH hacemos las perforaciones de PRIDIE, en las

zonas condensadas de los cóndilos femorales.

Las contraindicaciones absolutas: en los casos con gran atrofia ósea o las artropatías neurológicas. Las contraindicaciones relativas son las desviaciones varas o valgas muy pronunciadas, casos donde hay una gran atrofia muscular y en aquellos otros en que psíquicamente no son aptos para colaborar en el período reeducacional.

Las complicaciones están en relación con la infección postoperatoria inmediata, las desviaciones secundarias que pueden surgir siempre están en relación con la elección de un tamaño inadecuado, en los cuales por falta de apoyo cortical periférico, pueden dar lugar a un hundimiento secundario de la prótesis en la esponjosa de la metáfisis tibial.

Los resultados hasta ahora conseguidos nos estimulan a continuar con el empleo de estas prótesis, si bien comprendemos que el período de observación aún, es relativamente escaso.

H.C. 7.639 A.C.P. de 63 años de edad, con algia izda. de 20 años de evolución, con crisis reiterativas de dolor, limitación

* Sevilla, España,

funcional e hidrartrosis. Estas crisis mejoran después de unas horas de reposo en cama, desde hace 6 años viene con la misma fenomenología clínica en rodilla derecha. En la exploración clínica hay un varismo en ambas rodillas, con atrofia muscular de ambos cuádriceps, mas marcada en rodilla izda. y con dolor a la palpación de ambas interlíneas mediales. No hay limitación manifiesta de la movilidad, ni encontramos ningún signo de inestabilidad articular. Exploración radiográfica, (fig. 1-2).

El 16-V-73 en la artrotomía de PAYR, encontramos degenerada la superficie de apoyo del cóndilo femoral tibial, así como en la escotadura intercondilea. Se hace perforaciones a lo PRIDIE en cóndilo femoral tibial, menisectomía medial y preparación del lecho tibial para la colocación de la prótesis y plastía del ligamento adiposo, (Fig. 3-4).

En la rodilla dcha. se encuentra una degeneración intensa del cartílago condúeo femoral medial, menisco medial muy degenerado por lo que se hace menisectomía, el cartílago articular de la rótula muy degenerado, haciéndose una pateloplastía, osteotomía del platillo tibial medial con estabilización postoperatoria con injerto en cuña.

La reeducación postoperatoria, fue satisfactoria. La paciente se encuentra con una corrección de su deformidad vara habiéndose conseguido una recuperación completa, (fig. 5-6).

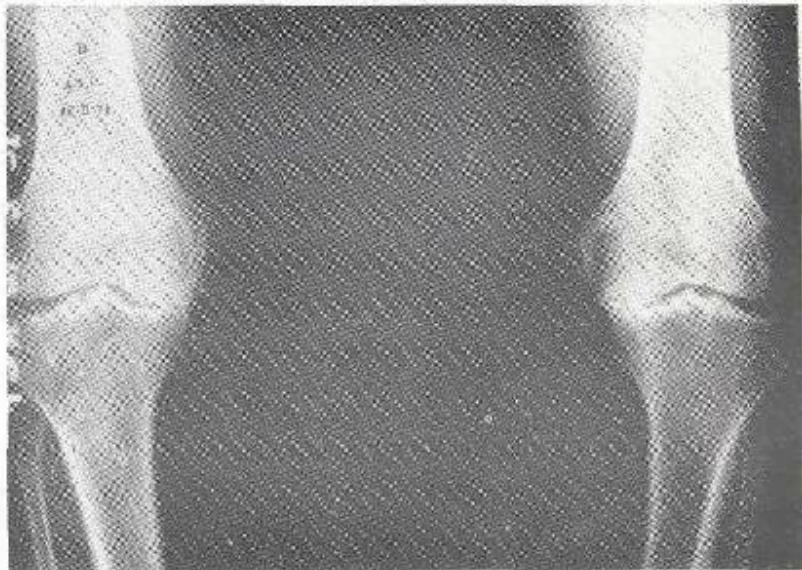


Figura 1. Radiografía anteroposterior de ambas rodillas, genu varum artrosico con pinzamiento total de la interlínea medial.



Figura 2. Artrosis femoropatelar bilateral con proliferaciones osteofíticas en condilo femoral postero Medial.



Figura 3. Prótesis de SBARBARO y perforaciones de Pridie en cóndilo medial de rodilla izquierda. Osteotomía de platillo tibial con injerto de cresta iliaca, Pridie de cóndilo femoral tibial en rodilla derecha y corrección conseguida.



Figura 4. Pateloplastia bilateral de rodilla.

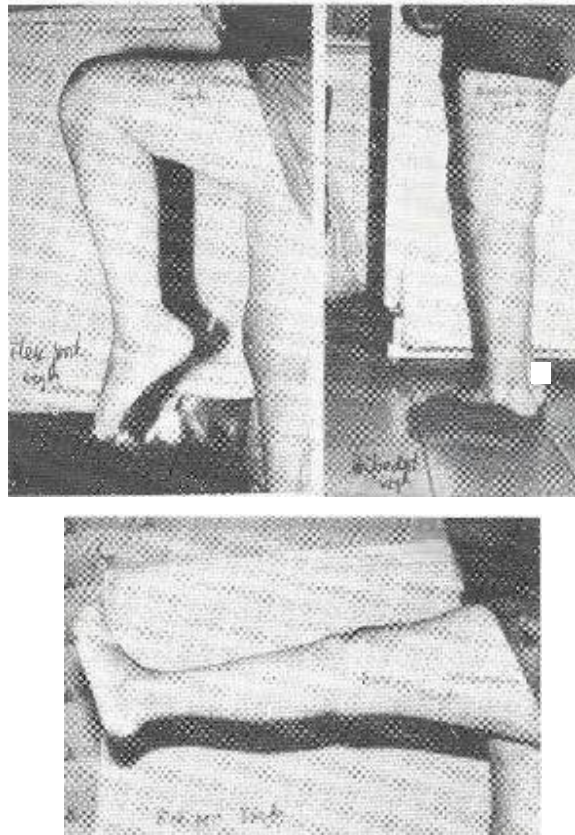


Figura 5.

Recuperación postoperatoria conseguida en rodilla izquierda.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- ANDERSON, G.B.; Macintosh Arthroplasty in rheumatoid arthritis. *Acta Orthop. Scand.* 45, p. 245 (ing.).
- 2.- DENAR, F.P.; Macintosh prosthesis in rheumatoid arthritis. *J. Bone Joint Surg.* 50 B.p. 677, 1968, (ing.).
- 3.- HASTINGS, D.E.; Double hemiarthroplasty of the knee in rheumatoid arthritis. A survey of fifty consecutive cases. *J. Bone Joint Surg. (Br)* 55, p. 285, 1973, (Ing.).
- 4.- HENDERSON, E.D.; Experience with the use of the Macintosh prosthesis in Knees of patients with rheumatoid arthritis. *Stj. Med. J. (Bgham Ala)* 62, p. 1311, 1969 (ing.).
- 5.- JAVI, L.; Experiences with Macintosh's hemiarthroplasty of the knee joint. *Arch. Orthop. Unfallchir* 75, p. 81, 1973, (ing.).
- 6.- JESSOP, J.D.; Follow-up of the Macintosh arthroplasty of the knee joint. *Rheumatol. Phys Med.* 11, p. 217, 1972, (ing.).
- 7.- KATES, A.; Experiences of arthroplasty of the rheumatoid knee using Macintosh prosthesis. *Ann Rheum. Dis* 28, p. 328, 1969, (ing.).
- 8.- KATES, A.; Macintosh arthroplasty of the rheumatoid knee. *Acta Orthop. Belg.* 58, p. 91, 1972, (Ing.).
- 9.- KA Y, N.R.; The Macintosh tibial plateau hemiprosthesis for the rheumatoid knee. *J. Bone Joint Surg. (Br)* 54, p. 256, 1972, (ing.).
- 10.- Mc COLLUM, D.F.; Tibial plateau prosthesis in arthroplasty of the knee joint. *J. Bone Joint Surg (Brit)* 52, p. 827. 1970, (ing.).
- 11.- MacINTOSH, D.L.; Arthroplasty of the knee in rheumatoid arthritis. *J. Bone Joint Surg.* 48 B, p. 179, 1966. (ing.).
- 12.- MacINTOSH, D.L.; The use of the hemiarthroplasty prosthesis for advanced osteoarthritis and rheumatoid arthritis of the knee. *J. Bone Joint Surg. (Br).* 52- p. 244, 1972 (ing.).
- 13.- MacINTOSH, D.L.; Hemiarthroplasty of the knee using a space occupying prosthesis for painful varus and valgus deformities. *J. Bone Joint Surg* 40 A, p. 1431, (ing.).
- 14.- MacINTOSH, D.L.; Arthroplasty of the knee in rheumatoid arthritis using the hemiarthroplasty prosthesis. 2nd International Symp. in Basle, Switzerland-Edited by George Chapchal, Stuttgart, Thieme, 1967. (ing.).
- 15.- POTTER, T.A.; Arthroplasty of the knee with tibial implant of the Mekeever and Macintosh design. *Surg. Clin. North Am* 49 p. 903, 1969, (ing.).
- 16.- POTTER, T.A.; Arthroplasty of the knee in rheumatoid arthritis and osteoarthritis: A follow-up study after implantation of the Mekeever and Macintosh prosthesis. *J. Bone Joint Surg.* 54 A, p.m. 1972 (Ing.).
- 17.- RANAIRAT, C.A.; Macintosh hemiarthroplasty in rheumatoid knee. *Asta Orthop Belg* 39, p. 102, 1973, (ing.).

SECCIÓN INFORMATIVA

MODIFICACIÓN AL SISTEMA DE GOBIERNO DEL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS"

Dr. Jesús Humberto Orellana. *

Es motivo de satisfacción el conocer los esfuerzos que está llevando a cabo el Colegio Médico de Honduras, en principal nuestros Directivos, para darle una mayor participación a los colegiados de los lugares más recónditos del país, en el manejo de los asuntos gremiales que interesan a todo médico. La satisfacción es mucho mayor por el hecho de que la semilla que originó éstas modificaciones nació en la ciudad de San Pedro Sula, se extendió a través de toda la Costa Norte y benefició a todos los médicos del país. Por supuesto, ahora que hemos logrado una mejor participación en la forma de gobernar nuestro Colegio, la responsabilidad para con nosotros mismos y para con los demás médicos es mucho mayor y como consecuencia el trabajo de todos y cada uno de los colegiados en beneficio de nuestro gremio tendrán que ser mucho más activo de lo que ha sido hasta hoy. Afortunadamente el sistema piramidal de gobierno que a continuación describimos nos facilitará esa labor.

Somos alrededor de mil médicos, tendremos un Coordinador y un Secretario por cada diez médicos colegiados (alrededor de cien Coordinadores), éstos Coordinadores serán el enlace permanente entre la masa médica y el Delegado, con quien se reunirán cada dos meses para conocer, analizar y discutir los problemas de los colegiados. Los Delegados a su vez formarán un Grupo de Trabajo de los cinco Delegados geográficamente más próximos entre sí, quienes a su vez nombrarán un Delegado Coordinador. Estos Grupos Regionales de Trabajo sesionarán por lo menos cada seis meses en conjunto con un representante de la Directiva Central.

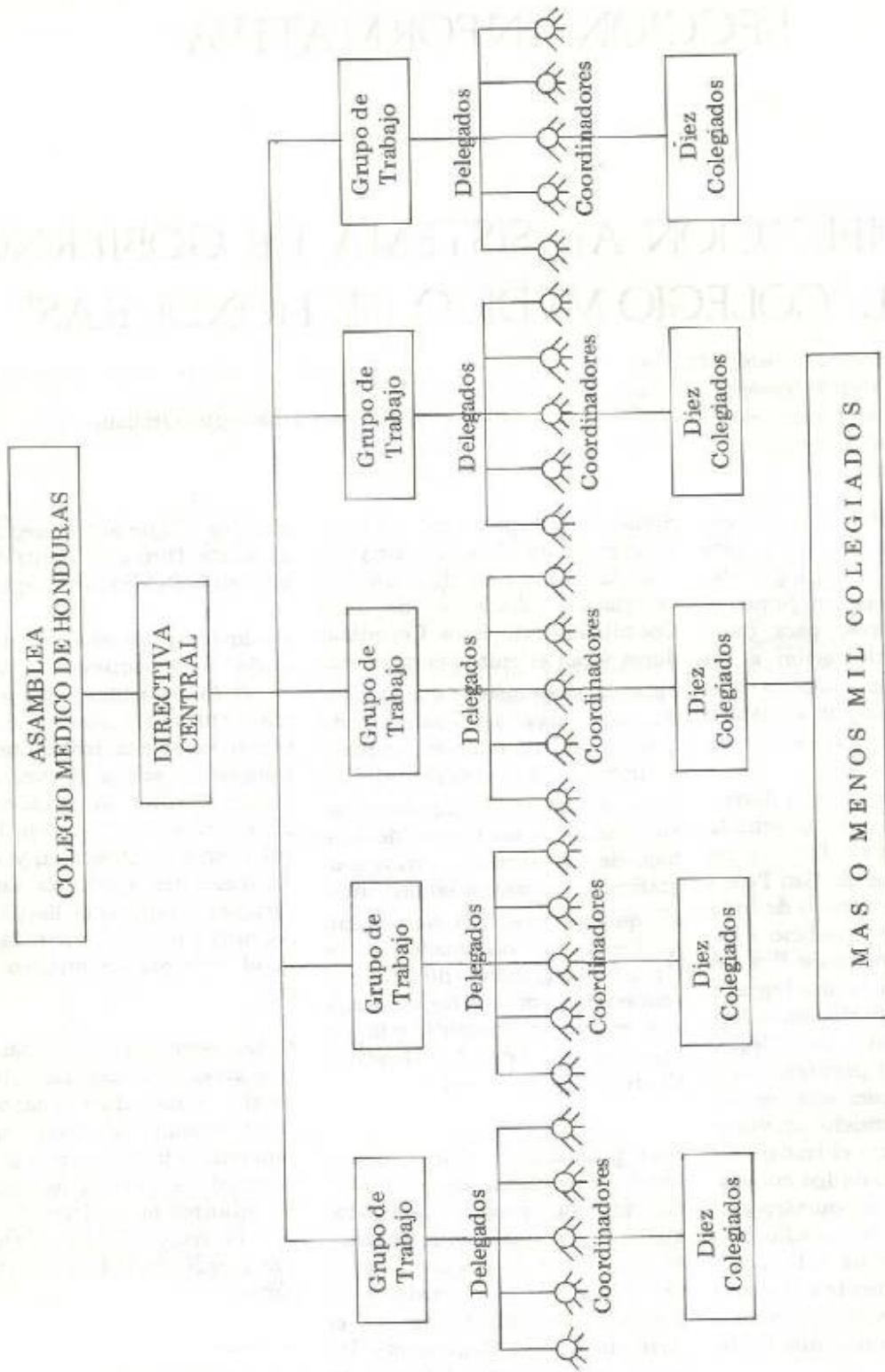
Para garantizar la democracia y satisfacción plena, los colegiados elegirán su propio Delegado, quien dividirá sus representados en grupos de diez, quienes a su vez elegirán su Coordinador y su Secretario, modificándose así el Artículo 56 del Reglamento Interno del Colegio Médico de

Honduras, que antes aseguraba a la Junta Directiva Central escoger sus Delegados Regionales.

Cualquier problema de un colegiado lo discutirá y planteará a su Coordinador, quien a la mayor brevedad posible en forma verbal o escrita lo planteará al Delegado, éste a su vez si no puede resolver el problema lo planteará ante el Consejo Regional o ante la Directiva, y si ésta no diera una respuesta satisfactoria, el asunto será llevado a la Asamblea General que es la autoridad máxima de nuestro Colegio.

El Esquema simplificará las palabras antes descritas. Lo antes expuesto pone directamente en nuestras manos el mejor funcionamiento administrativo, gremial y social de nuestra agrupación. De nosotros pues, depende hacer uso correcto de los derechos que a través de la Ley hoy disfrutamos.

* San Pedro Sula, Honduras



NOTA: Para mejor presentación se tomó solo un Coordinador por cada diez médicos de cada grupo de Coordinadores.

SECCIÓN GREMIAL

La Sección Gremial del Volumen 46 No. 1 de la Revista Médica Hondureña presenta su saludo a los miembros electos por la XVII Asamblea General Ordinaria del "Colegio Médico de Honduras", celebrada los días 8 y 9 de febrero de 1978 en la ciudad de Tegucigalpa, D.C., siendo nuestra mejor intensión que su gestión sea pródiga en realizaciones par la institución y sus afiliados.

Asimismo, expresa su simpatía a los distinguidos colegas que dirigieron al Colegio Médico de Honduras en el período 1977-1978.

ORGANISMOS DE GOBIERNO DEL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS' PERIODO 1978 -1980

JUNTA DIRECTIVA

Presidente

Dr. Carlos Aliño Cruz López
Vice- Presidente Dr. Marco Tulio Carranza Secretario de Actas y Correspondencia.

Dr. Gustavo Napoleón Pineda Secretario de Asuntos Educativos y Culturales. Dr. Lorenzo Amador Ponce Secretario de Acción Social Dr. Lincoln Geo Cassis Secretario de Colegiaciones Dr. José Rubén López Canales Secretario de Finanzas Dr. Conrado Ernesto Rodríguez

Fiscal

Dr. José Pablo Figueroa Sarmiento Vocal Dr. José T. Ouelí Cárcamo

TRIBUNAL DE HONOR

PROPIETARIOS

Dr. Miguel Rafael Moneada

Amador

Dr. Raúl Flores Fiallos

Dr. Juan Evangelista Zelaya

Dr. Armando Pavón Aguilera

Dra. Flora Duarte de Núñez

Dr. Gustavo Adolfo Zúniga Díaz

Dr. Sergio Arturo Murillo

SUPLENTES

Dr. José David Pineda Escoto

Dr. Carlos Bendaña Ulloa

COMITÉ DE VIGILANCIA

Dr. Osear Cárcamo Tercero

Dr. Virgilio Cardona López

NOMBRAMIENTOS

La Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras que inició sus labores en el mes de febrero de 1978, ha emitido los nombramientos para integrar comisiones y comités y acreditar representaciones.

COMITÉS Y COMISIONES

COMITÉ DE AUXILIO MUTUO

Dr. Jorge Rivera Miyares, Dr. Salvador Hiza Kury, Dr. Carlos

Alcerro Díaz, Dr. Merlyn Fernández Rápalo, Dr. Conrado Ernesto Rodríguez, Dr. José Pablo Figueroa Sarmiento, Dr. César A. Castellanos M.

COMITÉ PERMANENTE DE CLASIFICACIÓN DE ESPECIALIDADES: Dr. Gabino Cordova S., Dr. Henoch Rivera Ríos, Dr. Ángel Ernesto Argueta, Dr. Alian Leonel Pineda, Dr. José Edgardo Rodríguez, Dr. Leonel Pérez Hernández, Dr. Carlos Durón B., Dr. Danilo Hernán Fajardo C.

COMITÉ DE APELACIÓN PARA CLASIFICACIÓN DE ESPECIALIDADES: Representante por el Colegio Médico de Honduras Dr. Lincoln Geo Cassis, Representante de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras Dr. Luis Elvir Girón. El miembro Emergente se nombra para cada caso.

COMITÉ ENCARGADO DE LA INSCRIPCIÓN DE TÉCNICOS Y AUXILIARES PARAMÉDICOS: Dr. José Rubén López Canales, Dr. Rubén Villeda Bermúdez, Dr. Ramón E. Boquín Nolasco,

CONSEJO EDITORIAL DE LA REVISTA MEDICA HONDUREÑA: Director de la Revista: Doctor Carlos A. Medina, Secretario Dr. Rubén Villeda Bennúdez, Redactores: Doctor Carlos A. Javier, Doctor José Ramón

Velásquez I, Doctor Enrique E. Alvarado R. y Doctor José Leonel Pérez Hernández.

COMITÉ DIRECTIVO DEL FONDO DE PRESTAMOS PARA ESTUDIOS DE CIENCIAS MEDICAS: Dra. Nohemy Alvarez Videá, Dr. Guillermo Gerardo Waimin R., Dr. Carlos Ramón García V., Dr. Jesús Américo Reyes Ticas, Dr. Yanurio García.

COMITÉ DE AYUDA PARA COLEGIADOS: Dr. Lincoln Geo Cassis, Dr. Octavio Pineda Contreras, Dr. Manuel de J. Pérez L, Dr. Carlos Arita Chinchilla, Dra. Claudina Ferrera de Erazo.

REPRESENTATES

Representante ante el Comité Ejecutivo de Servicio Médico Social:

Representante Propietario: Dr. Carlos Aliño Cruz López
Representante Suplente: Dr. Marco Tulio Carranza D.

Representante del Colegio Médico de Honduras para integrar la Comisión encargada de la Selección del personal médico asisten-

cial de los Hospitales estatales para la docencia:

Representante Propietario: Dr. Carlos Alirio Cruz López
Representante Suplente: Dr. Marco Tulio Carranza

Representante del Colegio Médico de Honduras ante la Junta de Control de Drogas Heroicas y Estupefacientes:

Representante Propietario: Dr. Samuel Dickerman K.
Representante Suplente: Dr. Juan Ángel Almendarez Bonilla.

Representante del Colegio Médico de Honduras para integrar el Comité de Educación Médica continua:

Dr. Lorenzo Amador Ponce

Representante del Colegio Médico de Honduras ante el Consejo Nacional de la Cruz Roja Hondurena:

Dr. Lincoln Geo Cassis

Representante del Colegio Médico de Honduras para integrar el

Consejo Consultivo del Hospital Escuela:

Representante Propietario: Dr. Carlos Alirio Cruz López
Representante Suplente: Dr. Marco Tulio Carranza

DELEGADOS DEL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS"

Dr. Justo Pastor Ramírez Comayagua
Dr. Salvador A. Martínez Choluteca
Dr. Rafael Díaz Montoya Danlí, El Paraíso
Dr. Armando N. Delgado El Progreso, Yoro
Dr. Ubence Cáliz Solís Juticalpa, Olancho
Dr. Leonel Armando Bados La Ceiba, Atlántida
Dr. Austin Beaumont Puerto Cortés
Dr. Camilo López Medina Santa Rosa de Copan
Dr. Osear Raudales Barahona San Pedro Sula, Cortés
Dr. Arturo Joaquín Venegas La Lima, Cortés
Dr. Wilfredo Chavam'a Isaula Tela, Atlántida.