

# Revista MEDICA HONDUREÑA

(2a. Epoca)  
ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS  
FUNDADA EN 1930

## Sumario

NOTAS EDITORIALES	Pág.
El Hospital General de Tegucigalpa, fiel reflejo de una crisis hospitalaria a nivel nacional Héctor Lainez N. ....	170
✓ Lupus eritematoso profundo Hernán Corrales P. ....	174
✓ Anestesia disociativa con clorhidrato de ketamina (Ketalar) Oscar Armando Rivera R. ....	181
Fundamentos y características básicas del plan nacional de salud Carlos A. Pineda ....	191
✓ Estudio coproparasitológico escolar en El Chimbo, Departamento de Francisco Morazán, Honduras Jorge E. Zepeda — Gustavo A. Barahona ....	195
Nuestro punto de vista sobre la intrusión médica Alonso Aguilera Ponzo ....	199
<del>SECCION CLINICA</del> Reticulosarcoma del bazo Silvio R. Zúñiga ....	202
Colestasis intrahepática con embarazo César J. Larach — Pompeyo Ráquel ....	211
SECCION DE PREGUNTAS .....	214
SECCION DE EXTRACTOS DE REVISTAS .....	216
✓ SECCION LITERARIA: Despedida Enrique Aguilar Paz .....	223
SECCION GREMIAL .....	224
Obituario .....	227
Registro de Médicos Colegiados .....	229
INDICE DE ANUNCIANTES .....	XXVIII

VOL. Nº 38 OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE-1970 Nº 4

XV CONGRESO MEDICO NACIONAL  
X ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA  
"COLEGIO MEDICO DE HONDURAS"

Tegucigalpa, D. C., del 3 al 6 de febrero de 1971

# Revista

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

---

## CONSEJO EDITORIAL

SILVIO R. ZUÑIGA Director

RIGOBERTO ARRIAGA CHINCHILLA Secretario

Redactores:

JORGE PACHECO R. VIRGILIO  
CARDONA L. ALEJANDRO ZUNIGA  
L. RENE VALLADARES L

Administración: 'COLEGIO MEDICO DE  
HONDURAS'

Oficina: Colegio Médico de **Honduras, Tegucigalpa, D. C.** Teléfono 2-5466  
Apartado Postal N° 810

**SE SOLICITA CANJE**

## El Hospital General de Tegucigalpa, fiel reflejo de una crisis hospitalaria a nivel nacional

DR. HÉCTOR LAINEZ N.

*Los hospitales, en el sentido estricto de la palabra, deben de llenar a plenitud ciertos requisitos para cumplir con sus diversificadas funciones de tipo **asistencial**, docente, social, estadística e investigadora.*

*Las modernas instituciones hospitalarias concebidas como verdaderos templos de salud deben de proyectarse a la comunidad como lugares donde se imparta la mejor educación médica posible y se haga, a la vez, una investigación **científica** a tiempo completo. En otras palabras, el hospital de hoy día es, a decir verdad, algo más que un sitio de curación para la **humanidad** enferma. En cierto modo deberá también adoptar las características propias de un moderno hotel debidamente administrado, debiendo además marchar como una organización médica de la mejor calidad.*

*Por otra parte, hay que recalcar que los hospitales, a diferencia de otras instituciones públicas, han de trabajar forzosamente alrededor del reloj, los 365 días del año, puesto que la asistencia médica del paciente no puede estar sujeta a los caprichos de un feriado, ni mucho menos a la absurda amenaza de una huelga de labores. Precisamente en los hospitales, por su condición especial de ser instituciones esencialmente humanitarias, toda huelga que ocurra dentro de su engranaje administrativo solo puede desencadenar funestas repercusiones en la salud de la población que acude en la busca de sus servicios.*

*Hay que tener presente que el hecho de que un hospital, para el caso el Hospital General de Tegucigalpa, sirva como instrumento de **bienestar** público, no quiere decir que por esa razón se permita la existencia dentro de su administración de grupos beligerantes que recurriendo a la coacción, a la amenaza y hasta la huelga, cierren a plena luz del día las puertas de una Consulta Externa numerosa y ávida de atención médica inmediata. A guisa de in formación vale la pena enfatizar que el número de pacientes vistos en la Consulta Externa del Hospital General en 1969 fue de 82.518 y el promedio de admisiones fue de 636 enfermos por mes.*

*Esencialmente, toda política dentro del ámbito hospitalario ha de orientarse hacia la protección del enfermo. Por consiguiente, esta política tendrá por meta proporcionar la mejor atención profesional, proveer buen alojamiento y buena alimentación a los pacientes y los mejores equipos médico-quirúrgicos al amparo de una tecnología administrativa honesta y competente.*

*En esta época especial, cuando cotidianamente hablamos del buen éxito de los vuelos tripulados a la luna, nos olvidamos que aún existen países en este **hemisferio** cruelmente flagelados por enfermedades engendradas por condiciones socio-económicas anacrónicamente defectuosas.*

*En Honduras todavía se aplican medidas de Salud Pública que son a todas luces vergonzosamente inapropiadas e inoperantes. La elevada mortalidad infantil, la desnutrición, la disentería bacilar, la tuberculosis, el parasitismo intestinal, la Enfermedad de Chagas y otro sinfín de calamidades sociales de control sanitario previsible, parece que han encontrado en el suelo de nuestra sufrida Hibuera el equivalente al fertilizante ideal que les nutre a perfección y a una perpetuidad*

*de tipo celestial. Tal parece que las palabras que pronunciaríamos en el Editorial del "Acta Médica Hondureña", en su volumen 3, N° 12 de 1963, continúan teniendo plena vigencia. Decíamos entonces: "Los problemas de Salud Pública imperantes en estas latitudes son similares en muchos aspectos a los que prevalecen en otros países calificados como su b-desarrollados".*

*"La etiología de todo ello reconoce, hasta cierto punto, como factores la indolencia e incultura de la gente, aparte del descuido manifiesto de parte de las autoridades gubernamentales de turno,*

*"Empero, el obstáculo indisputable lo constituye nuestra propia economía, ya que el origen de nuestros propios conflictos es eminentemente económico."*

*Somos una nación bastante peculiar en numerosos aspectos, donde abundan los contrastes y los anacronismos. Del presupuesto global de Honduras, que en el año de 1970 equivale a L. 225.157.100.00, destinamos al sector de Salud solamente el 8-74%. En cambio en Nicaragua, en contraste, el presupuesto asignado al renglón de Salud Pública es de 11.88% en relación al presupuesto global de la nación.*

*No debe, pues, causarnos mayor sorpresa que un pueblo crónicamente enfermo como el nuestro no logre todavía sacudir la gruesa capa de polvo que impide y obstaculiza su despegue hacia el desarrollo.*

*Algunos economistas dan prioridad financiera a otras ramas de la administración pública, dejando el aspecto de la salud relegado a un segundo término; craso error de apreciación que puede perfectamente ilustrarse con la construcción del Canal de Panamá. En esta gigantesca obra de Ingeniería, cuando otras compañías extranjeras ya habían fracasado, la construcción del referido canal no hubiera sido jamás posible si antes no se hubiese saneado el área del istmo panameño destinada para Tal fin y no se hubieran invertido miles de milloné de dólares en el control de enfermedades endémicas como la fiebre amarilla y el paludismo, control que fue realidad tangible gracias a la construcción de modernos hospitales y a la creación de enormes brigadas médicas sanitarias dispuestas a cualquier gasto y a cualquier sacrificio.*

*Hechas estas advertencias, se observa que en la actualidad hay en nuestro país 3.232 camas hospitalarias disponibles, en lo que al sector público se refiere. Una cama hospitalaria corresponde a la desproporcionada relación de 800 habitantes: en cambio, la Unión Soviética en 1962 disponía de 7 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes y en los Estados Unidos de Norteamérica la disponibilidad de camas hospitalarias era de 10 a 11 por cada mil habitantes a comienzos de la década de 1960.*

*Llama la atención que ya población de los Estados Unidos de América está atendida en su mayor parte por profesionales dedicados al ejercicio de la medicina privada. Ello quiere decir que la gran mayoría elige su propio médico cuando necesita de sus servicios profesionales.*

*Como en las circunstancias actuales el mayor porcentaje de los médicos norteamericanos son especialistas (69% en 1967), se presenta el caso de algunas familias que disponen de varios médicos para tratar a las diferentes personas que las integran.*

*Los hospitales de los Estados Unidos constituyen una industria de gran envergadura; hay un total de 7.200 instituciones hospitalarias con 1.700.000 camas. Aproximadamente hay 6.300 hospitales para pacientes de breve perma-*

nencia en la institución, haciendo un total de 917.000 camas, de las que dos tercios pertenecen a hospitales privados sin fines de lucro y el tercio restante a hospitales públicos.

Aquellos pacientes que requieren una permanencia más prolongada disponen de más de 754.000 camas ubicadas casi todas en hospitales públicos y destinadas principalmente para pacientes psiquiátricos.

En términos generales, en los hospitales privados el enfermo es atendido por su propio facultativo al que remunera por sus servicios mediante su seguro de salud particular o por su propio pecunia. En estos mismos hospitales los pacientes que no disponen de los medios para costearse sus gastos de atención médica son atendidos por médicos residentes o por internos que reciben entrenamiento en el mismo hospital.

Un centro hospitalario, a semejanza de cualquier otra empresa o negocio mal manejados, indefectiblemente tarde o temprano llegará a la bancarrota, bien sea ésta financiera, profesional o social. Quizás en un hospital gubernamental esta bancarrota no se manifiesta tanto en lo fiscal como en lo social, precisamente porque en esta última esfera entran en juego tantos resortes políticos que la aparente solución de los problemas nunca aflora a la superficie por la vía de la legalidad y de la justicia, sino más bien por los tortuosos vericuetos de un acuerdo de gobierno o de un capricho ministerial inoportuno.

Todas las organizaciones hospitalarias que en la actualidad funcionan en el país no han siquiera previsto dentro de sus presupuestos la asignación de partidas especiales destinadas a impartir cursos de relaciones humanas entre sus empleados, ni mucho menos han modelado programas de relaciones públicas con las comunidades a quienes tienen la obligación de servir.

Hay, para el caso, circunstancias tan notorias que a diario deterioran las relaciones públicas de un hospital y que por desgracia no se hace absolutamente nada por corregirlas. Por ejemplo, aquel empleado carente de los más mínimos escrúpulos que critica constantemente al hospital y a sus autoridades en presencia de los enfermos y de sus familiares en las horas de visita; el mal mantenimiento y la falta de limpieza de las diferentes dependencias del edificio, sobre todo, la repugnante "muchedumbre" de millones de moscas atropellándose alrededor de los comedores y de las dependencias de cocina; subalternos imprudentemente temerarios cuyos principios de cortesía con el público y con sus autoridades han sido narcotizados por la falta de cultura y por los muchos años de un trato contemplativo con los enfermos; jefes administrativos que talvez por su improvisación en sus cargos no son capaces de capitalizar en provecho de la institución las donaciones de medicamentos de instituciones filantrópicas o las diversas ayudas provenientes de clubes cívicos o de grupos religiosos; funcionarios que amparados en el invisible pero efectivo respaldo de un alto jerarca político se aprovechan de esta circunstancia nefasta para atemorizar con la amenaza de su influencia a todo aquel que se les ponga por delante. Todo parece indicar que estos "personajes" típicamente nuestros nos imponen libremente la soberanía de su voluntad en una atmósfera tibia y complaciente, complacencia de la que son directamente responsables por la autoridad ejecutora de sus cargos públicos los encargados de impedir estas anomalías sociales.

El hospital público donde acude la mayor cantidad de pacientes en la República es el Hospital General de Tegucigalpa, con un número total de camas utilizables en la actualidad de 731. En el año de 1969 se registraron 15.730 admisiones hospitalarias, lo que viene a demostrar lo insuficiente que resulta

*este centro asistencial para alojar cómodamente a tanto enfermo que llega desde todos los rincones de la nación. El índice hospitalario ocupacional en el Instituto Nacional del Tórax es de 105%; el índice ocupacional de San Felipe es de 102%; cifra aún más inverosímil es la del Hospital Neuro-Psiquiátrico de Tegucigalpa donde su índice se eleva verticalmente al 181%. Se acepta internacionalmente que un hospital para que funcione normalmente, debe tener un índice ocupacional del 60 al 70%, sin exceder la cifra crítica del 80%.*

*Partiendo de estas distinciones numéricas proliferan en el Hospital General un sinnúmero de matices adversos para lograr su buen funcionamiento administrativo; de su exiguo presupuesto anual, que equivale en la actualidad a ..... L. 2.755.442.00, hay que pagar 63 Médicos del planta más 37 Practicantes Internos, sin incluir el numeroso personal administrativo y de enfermería, personal de limpieza, camilleros, gastos de alimentación, medicinas, servicios de Rayos X, depreciación del material e instrumental médico-quirúrgico, etc. Desde otro ángulo distinto se observa, sin necesidad de lupa, que el número de pacientes con frecuencia excede al equivalente de camas de que dispone el hospital, tal como lo demostráramos al mencionar el elevado índice ocupacional existente en los tres principales hospitales públicos de la República. Así, podemos ver que muchas de estas camas, de por sí insuficientes, se encuentran frecuentemente abarrotadas por dos pacientes con patologías y hábitos higiénicos completamente diferentes pero cubiertos con una misma cobija. A todo esto agreguemos el agravante de que un gran número de pacientes son más INDIGENTES que ENFERMOS, permaneciendo hospitalizados casi a perpetuidad por carecer de vivienda o de los medios de transporte indispensables para trasladarse del hospital a su lugar de origen.*

*Dadas las exigencias de la Medicina moderna, surge la conclusión lógica que Honduras hoy, más que nunca, necesita disponer de profesionales especializados en administración de hospitales.*

*Los datos estadísticos expuestos anteriormente conllevan el criterio, por cierto desapasionado pero real, que en nuestro país existe una aguda crisis en el aspecto de Salud Pública y Asistencia Social, crisis que lamentablemente es<sup>1</sup> más manifiesta en los hospitales departamentales, donde ni siquiera se dispone de aquellas facilidades que supuestamente deberían existir en los hospitales de las ciudades más grandes, como Tegucigalpa, San Pedro Sula, **Choluteca** y La Ceiba.*

*Es por lo demás de ingente necesidad dotar a los hospitales gubernamentales de un presupuesto más alto, como un requisito indispensable para cumplir a cabalidad su impostergable función asistencial. Eso es todo. Nada más, nada menos.*

# Lupus Eritematoso Profundo

Por *Hernán Corrales P. (\*)*

## INTRODUCCIÓN

Kaposi (1) se refirió en 1883 a los nodulos subcutáneos que pueden presentarse en el lupus eritematoso. Sin embargo, ya en 1869 se había referido al tema cuando aún no se había cambiado de nombre, según lo han demostrado Ramos e Silva y Portugal (2).

El lupus eritematoso profundo puede observarse en casos agudos (como los de Harvey (3), aunque según Arnold (4) es discutible ya que tales nodulos podrían haber sido reumáticos), en casos sub-agudos (como la primera observación de Ramos e Silva y Portugal (2), la segunda de Ramos e Silva (5), la de Pascher y Col. (6) y la de Mercana y Lavin Ochoa (7)) y en casos crónicos como en varios informes publicados.

Irgang (8) en 1940 hizo una descripción definitiva de las lesiones bajo el nombre de "lupus eritematosus profundus" en un paciente con placas infiltradas subcutáneas y lesiones discoideas de la cara.

La interpretación de Pautrier (9), quien sostenía que las lesiones hipodérmicas eran de Sarcoides de Darier Roussy, coincidentes, ha sido rebatida por Arnold, Costa (10) y otros autores.

Costa y Junqueira (11) comunicaron el primer caso en América del Sur. Kren (1), Kingsbury, (13-14), Oliver (15), Fo'rdyce (16), Chargin (17) y otros han informado nodulos subcutáneos en lupus eritematosos. Arnold (18) en 1948 presenta un caso típico de lupus eritematoso discoide con lesión nodular profunda en mejilla.

El mismo autor, en 1955 informa 4 casos bien documentados y revisa el tema y Ramos e Silva (5) en 1959 propone el nombre de hipodermatitis del lupus eritematoso para el cuadro conocido como lupus eritematoso profundo (Kaposi-Irgang). Gay Prieto y Cols. (19) informan un nuevo caso en 1959, revisan el tema y afirman que hay lesiones hipodérmicas en más de la cuarta parte de los casos de lupus eritematoso, en diversos grados de intensidad que son una prueba de asistencia de las formas nodulares que serían una exageración de aquellas lesiones histológicas hasta hacerse clínicamente evidentes. Admite que las lesiones hipodérmicas pueden tener estructura sarcoidea algunas veces como en el caso presentado y otras, ser exclusivamente linfocitarias. Sería necesario estudiar numerosos cortes para excluir la existencia de algún nódulo de estructura folicular. Rowell, (20) al igual que los autores americanos, no admite la estructura sarcoidea de los nodulos en el Kaposi-Irgang.

---

(\*) Profesor de Dermatología, Universidad Nacional de Honduras.  
Jefe de la Sección de Dermatología del Hospital General de Tegucigalpa,  
Honduras, C. A.



Fig. 1  
Se observan nodulos cubiertos de piel eritematosa en mejilla izquierda y mentón.



Fíg. 2  
Nuevo brote de nodulos, algunos alargados, que "enmarcan" la boca por el lado izquierdo. Retracción de la piel por atrofia hipodérmica en el mentón.



Fig. 3  
Discreta deformación, por **atrofia** hipodérmica, del lado izquierdo del labio superior.



Fíg. 4  
Atrofia de epidermis infiltrado **linfocitario** en dermis y un tapón córneo folicular y compromiso de anexos de la piel.

## NOMENCLATURA

Ramos e Silva y Portugal, han dividido (as formas infiltradas de lupus eritematoso en tres categorías:

- 1.—Lupus eritematoso túmido consistente en placas edematosas eritematosas, relativamente transitorias.
- 2.—Lupus eritematoso hipertrófico que consiste en lesiones infiltradas y salientes, levantadas, con bordes gruesos y centro atrófico y escamoso, (lupus eritematoso hipertrófico y profundo de Bechet (21).
- 3.—Lupus eritematoso profundo (Irgang) caracterizado por nodulos bien delimitados, firmes, que están cubiertos por piel normal o moderadamente eritematosa, aunque a veces con lesiones típicas de lupus eritematoso discoide (Gay Prieto, Merchan y Col. y otros) y con focos a distancia más o menos típicos de lupus eritematoso "clásico".

## CASO CLÍNICO

E. M. R. F., mujer de 17 años de edad, de Comayagüela, soltera. Noviembre 29 de 1961 (Exp. N° 33175, Clínica Centro Médico Hondureño).

Antecedentes familiares: La madre tuvo un epiteloma de piel y un abuelo murió de carcinoma avanzado de piel. Hermanos sanos.

Antecedentes personales: Amigdalitis, eruptivas de la infancia y adenitis submaxilar un año antes. Apendicetomía 4 años antes. Menarquia a los 15 años. Reglas regulares, dolorosas, tipo 30/4, escasas.

Enfermedad actual: Ocho meses antes aparecen nodulos bien definidos, firmes, indoloros en labio superior y región peribucal que le fueron tratados con antihistamínicos en un centro asistencial. Sobre algunos nodulos la piel es moderadamente rosada y la coloración aumenta un poco de intensidad en los días subsiguientes. Se siente un poco decaída.

La exploración cutánea revela que los nodulos, un poco movibles miden de 0.5 a 2 cm., se disponen en mejilla izquierda. Eritema suave en algunos de ellos con discreta descamación en otros y cubiertos de piel normal los demás. Son en número aproximado de doce.

El examen general revela mujer bien constituida y bien nutrida. El estudio de aparatos y sistemas es normal., salvo discreto aumento del tiroides. Temperatura 37.4 P. A. 120/70. Examen de orina: normal. Radiografía de tórax: normal. Examen de sangre: VDRL, negativo. Hematíes 4.500.000, leucocitos 4.000. Fórmula leucocitaria: Jinfocitos 22, monocitos 8, neutrófilos 66, eosinófilos 2, basófilos 2. Velocidad de

sedimentación: 74. Hg 13 gm.%  
Proteínas totales: 6.3 gm%, relación A/G 2.4, Reacción de Mantoux fue negativa. Se le habían practicado 2 aplicaciones de BCG previamente en un centro de asistencia pública. Plaquetas: 170.000.

Células lupus eritematosas: Se observan formas sospechosas (Dr. R. Durón)

Revisión posterior por células lupus eritematosas: Positivo (Dr. R. Durón).

Examen histopatológico: Cortes revelan un denso infiltrado dérmico y subcutáneo por masas de células linfocitarias maduras.

Dicho infiltrado es en su mayoría nodular con cierta preferencia por las zonas perianexiales. No se observan epiteloides en el centro de estos nodulos linfocitarios.

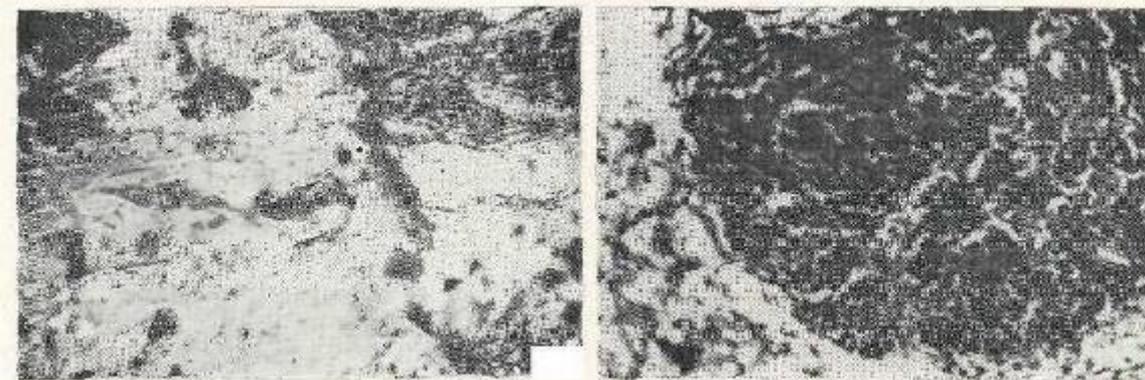


Fig. 5

En dermis profunda hay infiltrado similar

Fig. 6

Infiltrado subcutáneo por masas de linfocitos maduros. A la izquierda se ve tejido adiposo.

Tampoco se observan células gigantes. En la epidermis los cambios son discretos.

Colocamos al lupus eritematoso como posibilidad primaria (Dr. R. Durón) En la epidermis se observa atrofia ligera; hay poca ondulación papilar. La capa córnea está engrosada y hay tapones córneos foliculares.

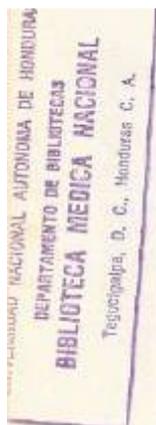
#### TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se administran 0.50 mgs. de Aralen (Bifosfato de Cloroquina) al día y se observa involución a los 15 días de tratamiento. Se reduce la dosis a 0.25 g. durante 15 días más.

Un mes después de iniciado el tratamiento se han reducido todos los nodulos. Se suspenden antimaláricos. Se administran vitaminas totales. Se observa retracción de la piel por atrofia hipodérmica de las lesiones. Permanece afebril. Durante 20 días no recibe antimaláricos y se reanuda con Plaquinol (Sulfato de hidroxiclороquina), a la dosis de 400 mgs. diarios por 15 días. Se observa la paciente frecuentemente. Cuatro meses después hay otro brote de nodulos, redondeados unos y alargados otros de 1 y 2 centímetros, sin cambios en la piel que los cubre; son firmes y enmarcan, por decir así, la boca por el lado izquierdo. Involucionan con el tratamiento, así como unas placas de lupus eritematoso en mejilla izquierda y en región preauricular derecha.

Hay febrícula de 4 décimos. El tratamiento se reanuda con Plaquinol a la misma dosis de 400 mgs. diarios y 15 mgs. diarios de Prednisona.

Un mes después, se observan solamente máculas residuales en los sitios afectados. Se continúa con 3 tabletas de Triquin al día por 3 días y luego 1 diaria durante 15 días en vista de que se formó otro elemento nodular de 0.5 cm. en mejilla derecha. El Triquin se continúa por dos meses en total. El elemento nodular descrito, se ha reducido, pero no ha desaparecido. Se inyecta Triamsinolona intralesionalmente, lo mismo que en otro nódulo más chico que aparece aisladamente en parte cutánea del labio inferior. Ambos desaparecen, nuevo examen por células lupus eritomasos: negativo. Afebril.



Durante 14 meses la paciente permanece asintomática y en buen estado general. Se forma infiltración **nodular** en labio superior *de* 1 cm. de diámetro, firme e indolora. Se trata con inyecciones intralesionales ds Triamsinolona y se reduce. Permanece libre ds lesiones.

Tres años después aparece nódulo infiltrativo en lóbulo de oreja izquierda con eritema muy leve, casi imperceptible. Se trata con Plaquinol y Prednisona y a! cabo **ds** un mes se **desintiltra** casi totalmente, pero persistiendo una parte que se reduce con Triamsinolona **intralesional**.

En junio de 1969, después di dos años de inactividad, se forma otro nódulo con suave eritema solamente por debajo de la oreja derecha, que *cede* con Plaquinol. No ha habido recidivas desde entonces.

### COMENTARIOS

Las alteraciones histopatológicas que se pueden encontrar en este cuadro clínico son: en la epidermis hiperqueratosis sin paraqueratosis, con tapones córneos ostiofoliculares, degeneración hidrópica de las células basales y atrofia epidérmica. En la dermis hay dilatación de vasos, infiltración linfocitaria, sobre todo en derredor de vasos y anexos. En casos agudos se puede observar edema dérmico. En hipodermis hay infiltrado linfocitario, puede haber histiocitos, alteración fibrinoide del colágeno, colagenización en diversos grados del tejido adiposo y cierto grado de vasculitis con participación del colágeno vascular.

Ramos e Silva señala la similitud de estas lesiones con las descritas por Klamperer, Paliok y Baehr en las colagenosis viscerales, especialmente en lupus eritematoso sistémico. Agregan que no es mucha especulación considerar que ciertos casos de lupus eritematoso profundo realizan Claramente el vínculo entre el lupus eritematoso crónico fijo y el lupus eritematoso agudo sistémico. Tuffonelli y Cois. (22) señalan que el asunto de la asociación de lupus eritematoso sistémico con lupus profundo no está resuelto y agregan que Milner describió un paciente con lupus eritematoso profundo en quien la autopsia comprobó un lupus sistémico y Ramos e Silva y Portugal (2) informaron un caso de lupus eritematoso profundo con células lupus eritematosas y Pascher y Cols. (6) refirió un caso ds lupus eritematoso profundo, poliartralgia y fiebre.

Arnold señala que los nódulos hipodérmicos no corresponden a sarcoides de Darier-Roussy y que cabalmente en muchos de estos nódulos se encuentra necrosis fibrinoide **del** colágeno característica del grupo *de* enfermedades del colágeno, al cual corresponda el lupus eritematoso y no el sarcoide.

En nuestro caso, observado durante ocho años, fueron las lesiones nodulares las primeras en aparecer, involucionando con atrofia hipodérmica. El estudio histopatológico reveló las alteraciones admitidas como características del lupus eritematoso profundo, tipo Kaposi-Irgang. Algunos síntomas tales como astenia, fiebre, ciertos datos de laboratorio como leucopenia **moderada**, eritrosedimentación aumentada y células lupus eritematosas positivas, no permiten interpretar nuestro caso como evolucionando hacia el tipo sub-agudo, lo cual está de acuerdo con el criterio de Ramos e Silva.

## RESUMEN

Se revisa la historia del lupus eritematoso profundo consignándose las interpretaciones que se han hecho de este cuadro consistente en nodulos bien definidos, firmes, indoloros, que aparecen bajo piel clínicamente inalterada o con distintos grados de compromiso y aún con lesiones típicas de lupus eritematoso discoide a distancia.

El término empleado originalmente para designar un cuadro descrito por Bechet (lupus eritematoso hipertrófico y profundo), se aplica actualmente a las lesiones nodulares descritas por Irgang, Arnold, Costa y Junqueira y Ramos e Silva y Portugal.

Aunque inicialmente se pensó que el compromiso sistémico es infrecuente en lupus eritematoso profundo, actualmente se acepta que este puede ser observado en casos agudos, sub-agudos y crónicos.

Los cambios epidérmicos sugestivos o característicos de lupus eritematoso y el desarrollo previo, concomitante o posterior de lupus eritematoso discoide, prueban que tales lesiones nodulares son parte del mismo proceso.

Arnold y la mayoría de los autores actuales no aceptan relación de este cuadro con sarcoide de Darier-Roussy. Algunos europeos como Rowel. participan de este criterio. Gay Prieto, dentro de la estructura netamente "sarcoide" de su caso, plantea el problema de la revisión de este grupo de sarcoides cutáneos y la posibilidad de que las lesiones nodulares hipodérmicas del lupus eritematoso puedan, en algunos casos, tener estructura tuberculoide, como ya se había señalado en la literatura.

Se estudia un caso en el que los nodulos hipodérmicos localizaron en cara, apareciendo lesiones superficiales sobre los mismos. Presentó algunos caracteres del lupus eritematoso sub-agudo y evolucionó satisfactoriamente con antimaláricos y corticoterapia.

## SUMMARY

The author reports a case of lupus erythematosus profundus with hypodermic nodules localized to the face, with superficial lesions over the nodules. The patient presented some manifestations of subacute lupus erythematosus. The condition responded satisfactorily to therapy with antimalaric drugs and corticosteroids.

## RESUME

L'auteur reporte un cas de lupus erythémateux profonde avec des nodules hypodermiques du visage et des lésiones superficielles en dessus des nodules. La Malade présentait quelque symptomes caractéristiques de lupus erythémateux subaigu. Le traitement avec antipaludiens et corticosteroides a donné des résultats satisfaisants.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—Kaposi, M.: Pathologie und **Thérapie** der Hautkrankheiten, Ed. 2, Vienna, Urban & Schwarzenberg, 1883, p. 642.
- 2.—Ramos e Silva, J. & Portugal, H.: Cas di Lupus érythemateux Profond. Ann. Derm. Syph., 82: 34, 1955 (contení a bibliografía completa a té a data).
- 3.—Harvey & al: Systemic lupus erythematosus. Baitimore, Williams & Wilkins, 955, p. 323.
- 4.—Arnold, H.L.: Lupus Erythematosus Profundus Comentary and Report of four more cases. Arch. Derm. 73: 15, 1956.
- 5.—Ramos e Silva, J.: A hipodermite do Lupus eritematoso. Memorias III CILAD. Unión Gráfica. S. A. pp. 137. México, 1959.
- 6.—Pascher, F., Sims, C. F. y Penskv, N.: Lupus erythematosus profundus (**Kaposi-Irgang**). **J. Inv. Dermat**, 25: 347, 1955.
- 7.—Merchan, A. S. y Lavin Ochoa, R.: Lupus eritematoso profundo Kaposi-Irgang). Med. Cut. 3: 231, 1968.
- 8.—Irgang', S.: Lupus erythematosus profimodus, Arch. Dirmat. & Syph. 42: 97, 1940.
- 9.—Pautrier, L. M.: Lupus erythematosus, in Nouvelle pratique Dermatologique, edited by J. Daricr and others, París, Masson & Cié., 1936, Vol. 3, p. 747.
- 10.—Costa, Ó. & Junqueira, M. A.: Lupus érythémateux profond. Ann. Derm. Syph., 82: 144, 1955.
- 11.—Costa, O. G., and Junqueira, M. 9.: Lupus érythémateux profond (Kaposi-Irgang): Probablement le premier cas enregistré en Amérique du Sud, Ann. Dermat. et Syph. 79: 535, 1952.
- 12.—Kren, O.: Lupus erythematosus, Arch. Dermat. O. Syph. 112: 391, 1912.
- 13.—Kingsbury, J.: Sarcoid and Favus, J. Cutan. Dis. 36: 533, 1918.
- 14.—Kingsbury, J.: Sarcoid, J. Cutan. Dis. 36: 458, 1918.
- 15.—Oliver, E. A.: Lupus Erythemaíosus, Sarcoid. Arch. Dsrmat. & Syph. 12: 151, 1925.
- 16.—Gordyce, J. A.: Lupus erythematosus with nodular lesions suggesting sarcoid, Ach. Dermat. & Syph. 11: 852, 1925.
- 17.—Chargin, L.: Lupus erythematosus of the face and Boeck-s Sarcoid of the Arms. Arch. Dermat. & Syph. 36: 458, 1937.
- 18.—Arnold: Lupus erythematosus profundus (Kaposi-Irgang). Arch. Derm. and Syph., 57: 196, 1948.
- 19.—Gay Prieto, J., Jaqueti, G., Rodríguez, A. P. y Cuadrado, L.: El lupus eritematoso profundo (Kaposi-Irgang) y las lesiones profundas del lupus ertiematoso. Memorias del III CILAD. Unión Gráfica, S. A. pp. 128, México, 1959.
- 20.—Rowell, N. R.: Lupus eritematosus profundus. In text book of dermatology Scientific Publications, Oxford, pp. 521, Blackmell, 1968.
- 21.—Bechet, P.E.: Lupus erithematosus hypertrophicus et profundus: A further aíttemptto elucidate its status, Arch. Derm. and Syph. 61: 495, 1950.
- 22.—Tuffonelli, D. L. and Dubois, E. L.: Cutaneous manifestaüons of systemic lupus erythematosus. Arch. Derm. 90:377, 1964.

# Anestesia Disociativa con Clorhidrato de Ketamina (Ketalar)

(ESTUDIO CLÍNICO DE 300 CASOS)

*Dr. Oscar Armando Rivera R. (\*)*

Los libros de texto definen la anestesia general de la siguiente manera: "Una depresión irregularmente descendente de todo el sistema nervioso central" (1). "Una depresión reversible **del** sistema nervioso central, en la cual la respiración no es seriamente alterada" (2). "Pérdida de sensación en todo el cuerpo, junto con pérdida del conocimiento" (3). A tales condiciones han permanecido fieles todos los agentes anestésicos convencionales antiguos y modernos, administrados por inhalación o por vía parenteral.

Laborit (4), con sus combinados líticos, fue el primero en intuir la posibilidad *de* una acción más selectiva mediante el aprovechamiento de sinergismos medicamentosos que actúan bloqueando el sistema nervioso autónomo, inhibiendo la actividad del sistema nervioso paracentral al neutralizar la influencia adrenalínica y acetilcolínica sobre el mismo, inhibición que suprime con mayor o menor intensidad los estímulos de vigilia sobre el cerebro anterior.

Pasaron varias décadas antes de que el producto de aquella técnica cristalizara con la aparición de la Neuroleptanalgesia, fundamentalmente basada en la combinación de un neuroléptico (Dehidrobenzperidol) y un potente analgésico (**Fentanyl**) para formar la asociación neuroléptico-analgésica conocida como Thalamonal.

Casi simultáneamente a la popularización de la **Neuroleptanalgesia**, hizo su aparición en el terreno experimental un nuevo agente anestésico no barbitúrico de acción ultra corta, la Propanidida (Epontol) con el cual se obtienen excelentes resultados para intervenciones quirúrgicas de corta duración o como droga de inducción. La brevedad de su acción hace de la Propanidida el agente de elección para pacientes ambulatorios, pero impide su empleo como agente anestésico único en intervenciones de mediana o larga duración.

Los recientes esfuerzos científicos encaminados a obtener un agente anestésico general que, sin deprimir indiscriminadamente al sistema nervioso central, permita un bloqueo selectivo de la conducción y percepción del dolor, han llevado al estudio de los derivados *de* la fenciclidina, de los cuales el clorhidrato de ketamina es considerado como el de más prometedores resultados.

## ASPECTO GENERALES DEL MEDICAMENTO

El clorhidrato de ketamina es un anestésico general no barbitúrico, de acción rápida.

Químicamente se designa como 2-(orto-clorofenil)—2-(metilamino) ciclohexanone); es un sólido blanco cristalino, soluble en agua hasta una solución de 20% clara e incolora. La solución en uso tiene un pH que varía de 3.5 a 5.5.

(\*) Departamento de Anestesia del Hospital Materno Infantil Tegucigalpa, D. C-, Honduras, C. A.

El componente base es 86.7% de la sal. Se suministra como una solución ligeramente ácida (pH 3.5 a 5.5) para inyección intravenosa o intramuscular en concentraciones conteniendo el equivalente de 10 a 50 mgs. base por ml. y contiene parafenol al 1:10.000 como preservativo. La solución de 10 mgs. por ml. para uso intravenoso ha sido hecha isotónica con cloruro de sodio.

La anestesia con ketamina es completamente distinta a la obtenida por los compuestos anestésicos convencionales. La profunda analgesia que provoca el medicamento va acompañada de un estado de somnolencia en el que el paciente no parece anestesiado sino "desconectado" del ambiente que le rodea. Por tal motivo se le ha designado con el nombre de anestesia disociativa. Estudios electroencefalográficos (5) parecen demostrar que el efecto primario de la droga se verifica en la región frontal de la corteza cerebral, a nivel del área de disociación.

La ketamina es una droga anestésica de acción corta que produce analgesia profunda, reflejos faringo-laríngeos y tono muscular normales, estimulación cardiovascular leve y ocasionalmente una depresión mínima y transitoria de la respiración. Tiene un amplio margen de inocuidad, por lo que puede ser administrado como agente único, como inducción para otros anestésicos generales, para suplementar agentes de baja potencia y para suplementar la anestesia regional (bloques tronculares, anestesia peridural, anestesia raquídea, etc.)

La dosis intravenosa de 1 mg. por libra de peso (2 mgs. por kg. de peso) produce anestesia quirúrgica dentro de los 30 segundos posteriores a la inyección, el efecto dura de 5 a 10 minutos aproximadamente.

La dosis intramuscular recomendada es de 4 a 6 mgs. por libra de peso (9.5 a 13 mgs. por kg. de peso) con lo cual se obtiene anestesia quirúrgica dentro, de los 3 a 5 minutos siguientes, durando el efecto anestésico de 12 a 25 minutos.

Con dosis adicionales, puede usarse como agente anestésico único para procedimientos largos de 6 o más horas de duración, sin que por ello se produzcan efectos acumulativos de importancia. Si se desea relajación de la musculatura esquelética, es necesario el empleo de relajantes musculares.

Después de la administración de la dosis recomendada, la presión arterial y el ritmo del pulso aumentan en forma moderada y temporal. El promedio de la elevación sistólica media es de 24% y la elevación diastólica media de 22%.

Informes clínicos de algunos autores (6) refieren una respuesta bifásica de la presión arterial. La fase depresora se presenta primero, su aparición coincide con la pérdida de la conciencia, es de corta duración (1 a 3 minutos) y es inmediatamente seguida por la fase hipertensiva que dura varios minutos, después de la cual la frecuencia del pulso y de la presión sanguínea retornan en forma gradual a los niveles previos a la inyección. La ketamina posee propiedades antiarrítmicas (6). Arritmias experimentalmente inducidas con epinefrina en corazones de perros y conejos, son abolidas por la droga.

La respiración es estimulada en frecuencia y en intensidad. Sin embargo, algunas veces se observa una depresión respiratoria transitoria que se prolonga por 30 segundos o más. Esto generalmente ocurre cuando la inyección intravenosa se efectúa rápidamente (menos de 60 segundos). Habitualmente las vías respiratorias se mantienen expeditas por la persistencia de los reflejos faringo-laríngeos y el tono muscular.

La ketamina está contraindicada en personas con historia de accidentes cerebrovasculares, en pacientes cuya presión, en descanso, es superior a 160 sistólica y 100 diastólica y en personas con descompensación cardíaca grave. En cirugía de faringe,- laringe o árbol bronquial, la droga está contraindicada, al menos que se utilicen relajantes musculares adecuados.

**PRECAUCIONES:**

- 1.—La ketamina debe ser administrada únicamente por un anesthesiólogo, en un centro hospitalario y Uniendo a mano el equipo necesario para el mantenimiento de un pasaje aéreo adecuado y del control de 3a respiración.
- 2.—El empleo simultáneo de arbitúricos y narcóticos con ketamina puede prolongar el período de recuperación. Químicamente existe incompatibilidad entre la ketamina y los barbitúricos, por consiguiente, no deben mezclarse en la misma jeringa porque se forman precipitados.
- 3.—Al igual que con otros anestésicos generales, el período de recuperación puede ir acompañado de estados confusionales. La frecuencia de estas reacciones puede reducirse al mínimo si se evita la estimulación verbal o táctil *del* paciente en el post-operatorio inmediato.
- 4.—La sobre-dosis o la administración demasiado rápida (menos de 60 segundos) de la droga, puede producir depresión respiratoria, en tal caso, es preferible la respiración de sostén a los analépticos.
- 5.—En intervenciones quirúrgicas que involucran dolor visceral, la ketamina deberá ser suplementada con otro agente anestésico.

**REACCIONES ADVERSAS:**

El clorhidrato de ketamina tiene la particularidad fisiológica de aumentar la frecuencia del pulso y de la presión arterial. Este aumento tensional puede considerarse beneficioso en algunos pacientes (placenta previa, **desprendimiento** prematuro de placenta, estados de choque, etc.) Sin embargo, un aumento de la presión sanguínea por encima del 25% de los valores preanestésicos puede, en ciertos casos, ser perjudicial. Muy raras veces se observa hipotensión, arritmia y bradicardia.

Por lo general, la respiración no es afectada. Algunas veces hay un ligero estímulo pero, eventualmente, puede presentarse una depresión respiratoria moderada y de corta duración (menos de 30 segundos).

Durante el período de recuperación, algunos pacientes presentan estados confusionales, sueños vividos, desorientación, conducta irracional y movimientos sin propósito de las extremidades. Estas reacciones son transitorias y se observan con más frecuencia en los adultos. Pueden reducirse al mínimo si se evita la estimulación precoz del paciente. No se han observado efectos psíquicos residuales.

Movimientos tónicos y clónicos similares a convulsiones han ocurrido en algunos pacientes. No se conoce la relación de causa y efecto.

La incidencia de anorexia, náuseas y vómitos es mínima, por lo cual los pacientes pueden tomar líquidos poco después de recobrar la conciencia.

La droga es bien tolerada ya sea por vía intramuscular o intravenosa. Excepcionalmente se presenta dolor local y exantema en el sitio de la inyección.

En algunos casos se observa eritema o erupción morbiliforme pasajera,

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Para la elaboración del presente ensayo clínico se administraron 300 anestias con clorhidrato de ketamina a pacientes **intervenidos** quirúrgicamente en instituciones privadas y el Hospital Materno Infantil d: la ciudad de Tegucigalpa, D. C. La mayor parte de las anestias pediátricas fueron administradas por el personal del Departamento de Anestesia de este centro asistencial estatal.

*Selección de los pacientes.* El estudio y evaluación clínica de los pacientes se hizo en todos los casos selectivos. En los casos de urgencia, por razones obvias, no pudo efectuarse la evaluación preanestésica de los mismos.

180 pacientes (60%) pertenecían al sexo femenino y 120 (40%) al masculino. El peso mínimo registrado fue de 4.5 libras y el máximo de 210 libras.

La edad osciló de 5 días a 90 años. A continuación resumimos las edades de los casos estudiados:

Años	Nº
0 - 1	11 f 3.7%
1 - 10	59 (19.7%)
10 - 20	42 (12 %)
20 - 30	59 (19.7%)
30 - 40	49 (16.4%)
40 - 50	22 ( 7.4%)
50 - 60	30 (10 %)
60 - 70	20 ( 6.7%)
70 - 80	4 ( 1.4%)
80 - 90	4 ( 1.4%)
Total	300

CUADRO 1

Años	Nº
0 - 1	11 f 3.7%
1 - 10	59 (19.7%)
10 - 20	42 (12 %)
20 - 30	59 (19.7%)
30 - 40	49 (16.4%)
40 - 50	22 ( 7.4%)
50 - 60	30 (10 %)
60 - 70	20 ( 6.7%)
70 - 80	4 ( 1.4%)
80 - 90	4 ( 1.4%)
Total	300

La clasificación del estado físico, de acuerdo con lo establecido por la especialidad de Anestesiología, se hizo de la siguiente forma:

Estado físico	Nº
Grado 1	192 (64 %)
" 2	40 (13.4%)
" 3	40 (13.4%)
" 4	10 ( 3.4%)
" 5	11 ( 3.7%)
" 6	5 ( 1.7%)
" 7	2 ( 0.7%)
Total	300

CUADRO 2

*Premedicación.* Las drogas preanestésicas fueron administradas de conformidad con el estado físico del paciente. Los adultos clasificados como grado 1 recibieron prometazina 50 mgs., meperidina 100 mgs. y atropina 1 mg. Los ancianos y los clasificados como de alto riesgo quirúrgico fueron objeto de cuidados especiales; en ellos la premedicación se redujo a lo indispensable. En las cesáreas solamente empleamos prometazina y atropina, reservándonos el uso de otras

drogas para después de la extracción del feto. En los pacientes pediátricos administramos la medicación preanestésica de conformidad con el peso de los mismos. La dosificación se hizo de acuerdo con el siguiente criterio: Prometazina 1 mg./kg, de peso, mepiridina 1 mg./kg. de peso, escopolamina 0.1 mg./10 kg. de peso y atropina 0.2 kg. de peso.

*Operación propuesta.* Se llevaron a cabo las siguientes intervenciones quirúrgicas:

CUADRO 3

Operación	Nº
Apendicectomías	24
Colecistectomías	7
Biopsia de hígado	1
Esplenectomías	2
Hernioplastias	15
Gastrectomías	3
Abertura y drenaje de abscesos peritoneales	3
Exploración de canal inguinal	1
Gastrostomías	1
Piloromiotomías	2
Reparación de perforaciones intestinales	2
Tiroidectomías	3
Abertura y drenaje de abscesos mamarios	2
Biopsias de mama	2
Resecciones intestinales	2
Cauterización de condilomas perineales	2
Craneotomías descongestivas	2
Excisión de meningocele	1
Reparación de mielomeningocele	1
Inserción de válvula de Heyer	2
Iridectomía	1
Corrección de estrabismo	1
Extracciones dentarias	4
Aortografías	1
Antrotomías	1
Adenoamigdalectomías	14
Endoscopias	7
Toracotomías	3
Biopsia de costillas	1
Queiloplastias	3
Limpieza quirúrgica de quemaduras	12
Injertos de piel	13
Circuncisiones	4
Exploración de riñón	1
Nefrectomías	2
Prostatectomías	2
Resección de tumor uretral	1
Orquidectomías	1
Orquidopexias	3
Resección de hidroceles	4
Cesáreas	24
Panhisterectomías	16
Histerectomías vaginales	11
Salpingectomías	13
Ovariectomías parciales	7
Operación de Manchester	1

Reparación perineal .....	1
Conización de cuello uterino .....	13
Legados uterinos .....	44
Reparación de herida uterina .....	1
Bartholinetomías .....	2
Reparación de halux valgus bilateral .....	1
Reducción cerrada de fracturas .....	8
Secuestrectomías .....	1
<b>Total .....</b>	<b>300</b>

La duración de la anestesia varió de conformidad con la magnitud del acto quirúrgico; el tiempo mínimo fue de 5 minutos y el máximo de 6 horas.

*Drogas anestésicas.* El clorhidrato de ketamina se empleó solo o asociado a otros agentes anestésicos, como lo indica el siguiente cuadro:

Ketamina .....	140 (46.7%)
" óxido nitroso .....	10 ( 3.4%)
" Fluothane .....	124 (41.3%)
" Ciclopropano .....	24 ( 8 %)
" regional .....	2 ( 0.7%)
<b>Total .....</b>	<b>300</b>

*Técnica.* La medicación preanestésica fue administrada una hora antes de la operación. Los signos vitales (presión arterial, respiración y pulso) fueron registrados en la hoja de anestesia.

El clorhidrato de ketamina se empleó como anestésico único en 140 pacientes (46.7%), como agente inductor en 158 pacientes (52.7%) y como suplemento de técnicas regionales en 2 casos (0.7%).

En 234 casos (78%) se empleó la vía intravenosa, en 24 (8%) la vía intramuscular y en 42 pacientes (14%) se empleó una combinación de ambas vías. La inyección intravenosa se administró lentamente (en un período de 60 segundos).

La dosis intravenosa fue de 1 mg./libra (2.2 mg./kg.) y la intramuscular de 5 mg./libra (10 mg./kg.) La mayor parte de los pacientes sometidos a injertos de piel y limpieza quirúrgica de quemaduras recibieron dosis múltiples de ketamina (16%) y las dosis subsiguientes se redujeron a la mitad de la dosis inicial.

Las drogas relajantes (cloruro de succinilcolina) fueron empleados en 160 pacientes (53%) para facilitar una adecuada relajación muscular.

En las cesáreas se utilizó la técnica siguiente: la paciente es inducida con ketamina por vía intravenosa a la dosis habitual, luego se inyecta cloruro de succinilcolina a la dosis de 1 mg./kg. de peso por vía intravenosa, se coloca un tubo endotraqueal, se administra respiración artificial con oxígeno y se inicia el goteo intravenoso de cloruro de succinilcolina al 0.1%. Al ser abierto el peritoneo se suspende el goteo del relajante y se mantiene la hiperventilación hasta que el feto es extraído. A partir Ú2 entonces se continúa el goteo del relajante y se suplementa la anestesia con ciclopropano.

## RESULTADOS

Aproximadamente 30 segundos después de la inyección intravenosa de ketamina, los pacientes fueron suavemente inducidos a un plano anestésico caracterizado por analgesia profunda acompañada de un estado de somnolencia en el que el paciente no parece estar dormido sino, más bien, "desconectado" del medio ambiente. Este estado duró de 5 a 10 minutos y pudo ser prolongado a voluntad mediante inyecciones subsiguientes del anestésico.

Cuando se usó la vía intramuscular, el período de inducción fue de 3 a 4 minutos, durando la anestesia quirúrgica de 12 a 25 minutos, pudiendo prolongarse por varias horas mediante la repetición de las inyecciones.

Por lo general, los pacientes se mantuvieron con los ojos abiertos; los reflejos palpebral, laríngeo, faríngeo y viscerales no fueron inhibidos. Sin embargo, el acto operatorio fue tolerado sin ninguna manifestación de respuesta a los estímulos dolorosos.

La presión arterial y la frecuencia del pulso aumentaron en forma moderada y temporal. El promedio de la elevación sistólica fue de 25% y el de la elevación diastólica de un 20%. Habitualmente la respiración no fue afectada cuando la inyección intravenosa se efectuó en un período no menor de 60 segundos. En la mayor parte de los casos las vías respiratorias se mantuvieron abiertas gracias a la persistencia del tono muscular. Los signos de recuperación fueron iguales a los observados con otros agentes anestésicos generales. Sin embargo, cuando el paciente fue precozmente estimulado, se presentaron reacciones síquicas indeseables que discutiremos a continuación.

*Reacciones adversas transoperatorias.* En dos pacientes (0.7%) la ventilación pulmonar fue interferida por causas mecánicas (caída de la lengua, secreciones). Otro paciente (0.3%) presentó depresión respiratoria de origen central por sobredosis relativa e inyección rápida de la droga. Ambas complicaciones fueron tratadas por los medios terapéuticos de rutina. En ningún caso fue necesaria la intubación endotraqueal de urgencia.

En algunos casos (4.3%) la presión arterial subió por encima de lo habitual (más del 25% de la presión preanestésica). El retorno a los niveles previos se hizo al cabo de pocos minutos.

Uno de nuestros pacientes (0.3%), en estado de hipovolemia y clasificado como alto riesgo anestésico, tuvo un descenso de la presión arterial por debajo del 25% de los niveles previos.

El aumento de la frecuencia del pulso por encima del 50% de las pulsaciones preanestésicas fue observado en 10 pacientes (3.3%).

En 3 casos (1%) se registró una reducción de las pulsaciones en más del 50% de los niveles preanestésicos. Esta bradicardia coincidió con el estímulo quirúrgico de zonas reflectógenas vagales durante el acto operatorio.

Algunos pacientes (2%) presentaron placas de eritema o erupción morbiliforme pasajera en el cuello y pared anterior del tronco. Estas reacciones desaparecieron espontáneamente al cabo de algunos minutos.

Un paciente (0.3%) pediátrico, no selectivo, vomitó durante el período de inducción.

Otras:	
Movimientos sin propósitos de las extremidades .....	9 (3 %)
Eritema o erupción morbiliforme .....	6 (2 %)
Vómitos .....	1 (0.3%)

A continuación presentamos un resumen de lo anterior:

#### CUADRO 5

Reacciones adversas transoperatorias	N°
Respiratorias:	
Ventilación pulmonar inadecuada debido a:	
a) Causas mecánicas .....	2 (0.7%)
b) Depresión central .....	1 (0.3%)
Circulatorias:	
Hipertensión arterial .....	13(4.3%)
Hipotensión arterial .....	1 (0.3%)
Taquicardia .....	10(3.3%)
Bradicardia .....	3(1 %)

*Reacciones adversas postoperatorias.* En el cuadro número 6 se agrupan las reacciones adversas más importantes que ocurrieron en el período postoperatorio.

Las reacciones psíquicas se presentaron con mayor frecuencia en los pacientes adultos; su aparición coincidió con la estimulación precoz, verbal o táctil, a que fueron sometidos algunos sujetos en el período de recuperación. Estos pacientes (6%) acusaron ensueños vividos caracterizados por manifestaciones oníricas, frecuentemente desagradables, acompañadas de una angustiada sensación de desintegración corporal.

Los estados psíquicos agrupados bajo el nombre de "fenómenos de recuperación" se manifestaron por crisis de ansiedad, confusión, angustia, desorientación, quejidos, llanto, excitación severa, conducta irracional, agitación y, algunas veces, reacciones sicóticas bien definidas.

Uno de los pacientes (0.3%) desarrolló una hipertensión arterial severa que remitió al cabo de 18 horas. La cefalea concomitante hizo necesario el empleo de analgésicos.

Por lo general, los pacientes recobraron la conciencia a los 15 o 30 minutos después de la última inyección, pero frecuentemente (11%) quedaron sumergidos en un estado crepuscular que duró varias horas. Esta recuperación prolongada constituyó un factor negativo en el manejo de los pacientes ambulatorios.

CUADRO 6

Reacciones adversas postoperatorias	Nº
Hipertensión arterial con cefalea .....	1 ( 0.3%)
Movimientos involuntarios .....	12 ( 4 %)
Confusión, angustia .....	15 ( 5 %)
Quejidos, llanto .....	10 ( 3.3%)
Desorientación .....	16 ( 5.3%)
Recuperación prolongada .....	33 (11 %)
Excitación, conducta irracional .....	11 ( 3.7%)
Ensueños vívidos .....	18 ( 6 %)

*Mortalidad.* Ningún paciente murió en el período trans y postoperatorio por causas directamente atribuibles al agente anestésico.

### DISCUSIÓN

La revisión cuidadosa del presente estudio clínico permite confirmar la evidencia de que el clorhidrato de ketamina es un anestésico eficaz, con amplio margen de seguridad y de bien definida utilidad para ciertos tipos de cirugía (7). Este producto difiere notablemente de los agentes anestésicos generales convencionales. La acción anestésica de la droga no encaja en la clasificación universalmente aceptada de planos y períodos de anestesia quirúrgica propuesta por Guedel.

La combinación desusual de propiedades hacen de la ketamina un agente de elección en el armamentarium del anestesiólogo. Produce rápida y excelente analgesia sin depresión de la circulación y con pocos efectos sobre la respiración. Estas ventajas son de gran valor en los casos de emergencia, cuando la hemorragia y el estado de choque hacen que los pacientes sean clasificados como altos riesgos anestésicos.

Por otra parte, dos factores negativos hacen que el anestésico tenga que ser empleado con algunas reservas. El primero es el prolongado período de recuperación que impide su uso en pacientes ambulatorios. El segundo es la frecuente aparición de alteraciones síquicas que pueden terminar en verdaderos estados alucinógenos. Esto viene a reforzar la opinión de que la droga posee indiscutibles ventajas fisiológicas y posibles desventajas psicológicas (5).

### RESUMEN

Un análisis clínico de 300 casos anestesiados con clorhidrato de ketamina es presentado. Se hace una breve descripción de las propiedades fisiológicas de la droga. Las vías de administración y las técnicas empleadas son descritas. Un resumen estadístico de las reacciones adversas es informado. Las ventajas de la ketamina en los pacientes de gran riesgo anestésico son señaladas. Finalmente, se discuten las ventajas fisiológicas y desventajas psicológicas, de la droga.

## SUMMARY

A clinical analysis of 300 cases under surgical anesthesia with ketamine HCL is presented. A brief description of the physiological properties of the drug is given. Dosage and administration techniques are described. A statistical review of the adverse reactions is reported. The advantages of ketamine HCL in poor-risk patients are pointed out. Finally, special considerations of the physiological advantages and psychological disadvantages are discussed.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—Collins, V. J., M.D.: "Principies and Practice of Anesthesiology". 71: Lea & Febiger. Philadelphia. 1952.
- 2.—Council on Pharmacy and Chemistry of the American Medical Association: "Fundamentals of Anesthesia". 56: W. B. Saunders Company. Philadelphia and London. 1954.
- 4.—Laborit, H., Huguenard, P.: "Práctica de la Hibernoterapia en Medicina y Cirugía". 3: Editorial Pubul. Barcelona. 1955.
- 5.—Virtue, R. W., Alanis, J. M, Mashiro, M., Lafargue, R. T., Vogel, J. H. K., Metcalf, D. R.: "An anesthetic agent: 2-OrthochlorophenyI, 2-Methylamino Cyclohexanone HCL (Cl-581)". Anesthesiology, 28: 823-833, 1967.
- 6.—Dowdy, E. G., Kaya, K.: "Studies of the mechanism of cardiovascular responses to CL-581". Anesthesiology, 29: 931-943, 1968.
- 7.—King, C. H., Stephen, C. R.: "A new intravenous or intramuscular anesthetic", Anesthesiology, 28: 258, 1967.

# Fundamentos y características básicas del plan nacional de salud

Dr. Carlos A. Pineda (\*)

En los últimos años se han ido desarrollando una serie de *cambios* y nuevas condiciones de vida que están dando a nuestra sociedad actual características determinadas que, además de otras, constituyen la base de la problemática del desarrollo económico y social.

Hacemos una rápida enumeración de ellas.

a) Explosión demográfica;

En toda Latinoamérica, con algunas diferencias de grado, se ha producido un rápido crecimiento de la población, favorecido por una alta tasa de natalidad junto a un descenso marcado de la tasa de mortalidad. Esto hace posible que se pueda llegar a doblar la población en un período corto (10 años o más).

b) Progreso en la tecnología general:

Numerosas investigaciones de todo orden han dado como resultado un notable progreso en la tecnología **general**, el cual se ha manifestado, prácticamente, en la posibilidad de reemplazar por medios mecánicos una serie de tareas poco gratas que han contribuido a hacer más cómodo y agradable el diario vivir, creando fuentes de recreación y esparcimiento. Por otro lado, la técnica médica ha desarrollado también procedimientos que significan importantes progresos.

c) Progresos en las comunicaciones:

El progreso en las comunicaciones *de* toda índole ha acortado las distancias y ha hecho desaparecer las barreras que crean el espacio y los obstáculos físicos, para una adecuada intercomunicación. Se ha facilitado, a través de los caminos y el desarrollo de los vehículos, el acceso a las ciudades de 3as masas rurales y desde los pequeños pueblos a las ciudades. Esto, sumado a la existencia del cine y televisión, de la radio que se encuentran en los rincones más apartados, han hecho que gran parte de la población conozca la existencia de los progresos tecnológicos y la comodidad y grado que ellos significan. Se ha facilitado así, a través de las comunicaciones, la producción del fenómeno efecto-demostración.

d) Urbanización:

Favorecido por un más fácil acceso a las ciudades, buscando una mejor situación económica y con la atracción de las diferentes comodidades de la ciudad, se ha producido un acentuado desplazamiento de las masas campesinas hacia el medio urbano. Esto crea problemas, no solo en el crecimiento físico de las ciudades con todo lo que ello significa, sino también porque esta población campesina constituye una mano de obra poco capacitada, la cual al competir con lo capacitado que existe en la ciudad queda desplazada de los empleos o debe contentarse con labores elementales muy mal remuneradas. Debe vivir en muy malas condiciones físicas, mal alimentada y tiende a quedar marginada del resto *de* la población por estas razones. El crecimiento de la población urbana se hace a base de una población de baja calidad física, que viven en condiciones sub-humanas y que, por lo tanto, se constituye en una fuerte demandadora de servicios de parte de las reparticiones públicas y en especial de salud.

{\*} Jefe Unidad de Planificación, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

e) Mejor conocimiento de sus derechos y cambio de actitud.

Este progreso en las comunicaciones ha llevado a un mejor conocimiento de los derechos de la comunidad. El pueblo sabe, ahora mucho mejor que antes y en proporción variable según el desarrollo del país, cuales son sus derechos y cuales son las obligaciones más importantes que el Estado tiene para cada uno de los gobernados. Se ha motivado así un cambio de actitud clara, motivándose una urgente y perentoria apetencia de ver satisfechas sus aspiraciones y los derechos ciudadanos que poseen.

Por todo esto, se ha producido, en forma muy clara, un evidente y cada vez acentuado desequilibrio entre las aspiraciones de la comunidad nacional y los recursos que esta misma comunidad posee para poder satisfacerlos.

Estas aspiraciones son de diverso orden y no solo se refieren a salud. Tal vez porque nosotros trabajamos en Salud y tenemos clara conciencia de su importancia, creemos muchas veces, que esto es lo más importante para la comunidad. Pero al conversar con sus integrantes resulta que no siempre ellos lo sienten así. Muchas veces el problema de las comunicaciones parece ser el fundamental, sea un teléfono o un camino en un sector rural. Es importante que tengamos conciencia de ellos. Siendo salud uno de los problemas de la comunidad, la satisfacción de sus necesidades es una de las aspiraciones de la comunidad.

Frente a este desequilibrio entre aspiraciones y recursos podríamos recurrir a 3 tipos de resoluciones:

1<sup>o</sup>—Convencer a la comunidad de que renuncie a sus aspiraciones, contenerla en sus deseos de mejorar y pedirle que siga viviendo como hasta ahora. Ello no ha resultado y los países que han seguido este camino han debido afrontar graves problemas de intranquilidad y tensión social.

2<sup>o</sup>—Tratar de encontrar los recursos necesarios para satisfacer estas aspiraciones. Ello es posible de manera muy limitada, porque la creación de recursos es lenta y significa disponer de capitales y mano de obra que es difícil de conseguir.

3<sup>o</sup>—Usar en la mejor manera posible los actuales recursos de tal manera que con ellos y los que se pueda producir se alcance a cubrir la mayor cantidad posible de aspiraciones. No hay duda que este último camino es el más posible. Sí miramos alrededor nuestro donde trabajamos, todos podemos apreciar que hay desperdicio de recursos y que ellos podrían rendir más si fueran bien aprovechados. Ninguno de nosotros puede desconocer el hecho de que mientras en algunos hospitales faltan camas, en otros existe un alto porcentaje de desocupación. Queremos dejar constancia que al hablar de mejor rendimiento no estamos pensando solo en rendimiento cuantitativo, sino cualitativo. Una buena atención significa mayor rapidez en la recuperación y menor ocupación de los recursos.

La Planificación pretende esto: aprovechar en la forma más racional posible los recursos existentes para cubrir así la mayor cantidad posible de objetivo. Por lo tanto, no constituye una novedad. El desafío de nuestro tiempo de tratar de buscar un equilibrio entre aspiraciones y recursos le ha dado una vigencia extraordinaria y lo ha convertido en la única esperanza positiva de encontrar la adecuada solución a este desafío.

Pero, desde el momento en que las aspiraciones de la comunidad no son unilaterales, sino de múltiple orden, la planificación en el uso y crecimiento de los recursos debe considerar el conjunto de estos deseos, tratando de encontrar la mejor compatibilización, complementariedad y adecuada competencia entre todas.

Desde el momento en que, hasta hoy, no existe un modelo económico<sup>1</sup> ideal, que pueda a través de fórmulas matemáticas, establecer claramente cual debe

ser el porcentaje ideal que a cada sector debe tocar en el reparto del ingreso nacional ésta debe hacerse a base de aproximaciones sucesivas, alrededor de una mesa, a la cual se sienten los representantes de los diferentes sectores. Y entraña una responsabilidad para ellos: en la medida de la calidad técnica de sus presentaciones y la base racional que ellos tengan podrán aspirar a más.

Tendrán prioridad los conceptos técnicos sobre los subjetivos y la especialidad será reemplazada por la complementariedad. Sin embargo, debemos dejar constancia de que no debe perderse de vista el concepto básico; el fin es la satisfacción de las aspiraciones de la comunidad y el aumento de la productividad es sólo un medio que debe subordinarse a aquél. Esto valora las aspiraciones sociales en su debida forma, lo que no nos sustrae a la obligación de explicar adecuadamente como se usarán los medios para estos sectores y qué metas precisas se alcanzarán con ellas.

Necesitamos, los que trabajamos en Salud, poder transformar nuestras razones sobre la importancia de los problemas de salud y la justa asignación que les corresponde, que hasta ahora eran de tipo general, más bien subjetivas que objetivas y difíciles de cuantificar numéricamente, en elementos capaces de ser comparados, usando un lenguaje común, con las razones que abonan los otros sectores en favor de sus asignaciones presupuestarias.

La OSP/OMS y el Centro para el Estudio del Desarrollo Económico y Social de la Universidad de Caracas con un grupo de técnicos, integrado por economistas, médicos, estadistas y otros profesionales, diseñó las líneas básicas de una metodología que, dentro de las marcas ya trazadas, permitiera formular un Plan de Salud, que pudiera ser razonable y científicamente defendido en la mesa de la compatibilización Inter-sectorial, y usara un lenguaje asequible a todos los sectores.

No es nuestro propósito indicar en qué consiste esa metodología, pero nos parece importante señalar cuales deberían ser las características externas de un plan formulado siguiendo esta metodología.

a) El Plan de Salud debe ser totalmente compatibilizado con los planes de desarrollo nacionales, de tal modo que exista entre ellos necesaria interdependencia, que demuestre que la salud es uno de los componentes y no solo una isla.

Aunque no sabemos bien la relación matemática que pueda existir en este sentido, no hay duda que hay muchos elementos que puedan compatibilizarse adecuadamente. Allí donde se piensa desarrollar nuevas industrias habrá que programar inversiones en Salud; la falta de adecuada nutrición en determinados sectores podrá determinar planes de producción o de entrega suplementaria de alimentos.

b) Este plan pretende coordinar todos los recursos de Salud existentes en el país. No se desea ir, desde luego, a una integración nacional, la que nos parece una meta ideal, pero a distancia muy variable según los países. Se quiere establecer un sistema nacional de Salud que permita aprovechar mejor los recursos donde quiera que ellos se encuentren y cualquiera que sea la institución que los posea. Pensamos que respetando la autonomía y derechos de cada institución es posible conseguir que sus recursos se usen con amplio sentido social.

c) Un Plan Nacional, hecho a base de promedios nacionales, no puede ser racional. El promedio nacional, puede no ser aplicable en ninguna localidad concreta. Se busca entonces, como sujeto de programación una superficie territorial reducida, aunque tratando de respetar la división política nacional, a objeto de facilitar los procesos administrativos. Se formulan programas locales que posteriormente se van compatibilizando a nivel regional o nacional.

d) No podemos formular un Plan de Salud pensando en cual debería ser el nivel ideal de atenciones a dar o recursos con que contar para ello. Un Plan

que parte de las cifras índices ideales y las aplica a la población para así establecer las metas, será un plan destinado a dormir en un archivo. Pasaran muchos años y es posible que nunca podamos contar con todos los recursos necesarios para ello. Es necesario partir de los recursos con que se cuenta, mejorar su **utilización** y tratar de ir acrecentándolos de acuerdo con las posibilidades reales del país y esta metodología se basa en lo existente y fija metas realistas para normalizar los rendimientos y composición de los instrumentos. Resulta así un Plan realizable que pueda ser cumplido.

e) No hay duda de que cuando un determinado programa de salud es impuesto a un equipo técnico de alto nivel se crean resistencias que puedan llevarlo a su fracaso. De aquí que se considera necesario e indispensable que, en la formulación de los planes participen equipos de ejecutivos, que sean los mismos que, más tarde, conviertan en realidades este Plan. Desde luego éste será más ajustado a la realidad, mejor conocido por quienes le viven directamente, y será mejor realizado por quienes quieren demostrar que no se equivocaron al formularlo.

f) La traducción financiera, base fundamental de todo Plan de Salud, está exteriorizada a través de lo que se denomina Presupuesto por Programa, técnica en la cual los recursos monetarios se asignan en directa relación con las actividades que con ellos se pretende realizar y no para comprar objetos o servicios como se ha venido haciendo tradicionalmente. Contamos así con un instrumento de gran utilidad que permite una adecuada, justa y racional distribución de los recursos y, a posteriori, un adecuado control en el uso de los recursos monetarios.

Estos aspectos generales son los que caracterizan en el aspecto práctico un Plan de Salud ajustado en su formulación a los principios teóricos que conforman la metodología de la salud.

Debemos insistir al dar término a estos comentarios en que un Plan de Salud es solo una herramienta especial que los planificadores colocan en manos de los ejecutivos y que el resultado final no solo dependerá de la calidad del Plan, sino fundamentalmente de aquellos que lo aplican, Ningún Plan es mejor que aquellos encargados de ejecutarlo.

# Estudio Coproparasitoscópico Escolar en El Chimbo, Departamento de Francisco Morazán, Honduras

*Dr. Jorge E. Zepeda (\*) Dr,  
Gustavo A. Barahona (\*)*

El Chimbo es una pequeña localidad del Municipio de Santa Lucía, Departamento de Francisco Morazán, situada a una distancia de 8 kilómetros de la ciudad de Tegucigalpa y a 11 kilómetros de la cabecera municipal Santa Lucía, con una población aproximada de 400 habitantes.

La mayor parte de la población se surte de agua de uno de los abastecimientos que llegan a la ciudad de Tegucigalpa, pero se carece por completo de disposición sanitaria de excretas, practicándose el fecalismo al aire libre.

En un tiempo, la población se dedicaba a la producción de cal viva y se encontraban hornos rudimentarios en las afueras de la localidad, práctica que fue abandonada por varias razones, especialmente por la falta de combustible, debido al descombro de árboles, siendo las tierras adyacentes a dicha localidad de tipo calcáreo y selenitoso.

En la actualidad, la población se dedica más a la agricultura, especialmente a la siembra de maíz y frijoles.

El Chimbo es una de las localidades comprendidas en el programa de Salud Integral del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas (1).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Al igual que en un estudio coproparasitoscópico practicado anteriormente en la localidad de Santa Lucía, cabecera del Municipio del mismo nombre (2), se examinaron muestras fecales de los alumnos asistentes a la Escuela Rural Mixta "Dionisio de Herrera", perteneciendo 22 (48.8%) al sexo femenino y 23 (61.2%) al sexo masculino, con una edad comprendida entre 5 y 15 años, dando un total de 45 niños examinados.

La recolección de muestras, al igual que en Santa Lucía, se efectuó con la colaboración del personal del Departamento de Medicina Preventiva y Social, utilizando la solución de conservación y coloración M.I.F. (3), habiendo examinado una sola muestra de cada niño por el método directo y aplicando el procedimiento de concentración por centrifugación-flotación (4) a las muestras que resultaron inicialmente negativas.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El cuadro 1 se presenta la prevalencia parasitaria por sexos, habiendo obtenido una positividad global de 57.77%, correspondiendo 50.00% al sexo femenino y 65.21% al masculino.

---

(\*) Departamento de Microbiología, Facultad de Ciencias Médicas,  
Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

CUADRO 1  
PREVALENCIA PARASITARIA POR SEXOS

Sexo	Nº de niños	Positivos	
		Número	%
Femenino .....	22	11	50.00
Masculino .....	23	15	65.21
Total .....	45	26	57.77

En el estudio practicado en la localidad de Santa Lucía, cabecera del Municipio al que pertenece El Chimbo, se obtuvo una positividad global de 86.49% (2). Como puede observarse, la positividad global obtenida en El Chimbo, a pesar de la falta completa de letrinas, fue menor que la obtenida en Santa Lucía.

Es posible que los siguientes factores sean la causa de esta reducción en la positividad:

- (1) El agua de la cual se surte El Chimbo, es más pura que la de Santa Lucía.
- (2) Es probable que el terreno calcáreo y selenitoso adyacente en ciertos rumbos, a la localidad de El Chimbo, no sea enteramente apropiado para la transmisión del helmintos por el suelo.
- (3) En Santa Lucía, gran parte de la población se dedica al cultivo de legumbres, las que son regadas con agua contaminada. En El Chimbo, sus habitantes se dedican al cultivo de maíz y frijoles.

Los datos presentados en el Cuadro 2, se refieren a los tipos de parásitos encontrados. Puede observarse que no se detectaron parasitosis por protozoarios solos, sino asociados con helmintos.

CUADRO 2  
PREVALENCIA POR TIPOS PARASITARIOS

Tipo	Positivos	
	Número	%
Protozoarios .....	0	0.00
Helmintos .....	21	80.76
Mixtos (Prot.-Helm.) .....	5	19.24
Total .....	26	100.00

La frecuencia de parasitosis se observa en el cuadro 3, siendo mayor el número de niños con un solo parásito, a diferencia de los resultados obtenidos en Santa Lucía.

CUADRO 3  
FRECUENCIA DE PARASITOSIS

Niños	Número	%
Negativos .....	19	42.23
Monoparasitados .....	20	44.44
Biparasitados .....	6	13.33
Total .....	45	100.00

En el cuadro 4 se presenta el porcentaje de positividad de los principales parásitos encontrados, en relación al número total de niños examinados.

CUADRO 4  
PORCENTAJE DE POSITIVIDAD EN RELACION  
AL NUMERO TOTAL DE NIÑOS EXAMINADOS (45)

Especie de parásito	Porcentaje de positividad
Entamoeba histolytica .....	8.89
Giardia lamblia .....	2.22
Ascaris lumbricoides .....	53.33
Trichuris thichiura .....	6.22

En el cuadro anterior se observa que la mayor positividad fue por *Ascaris lumbricoides*, seguida por *Entamoeba histolytica* que demostró cifras más bajas que las obtenidas en la cabecera municipal Santa Lucía.

El cuadro 5 muestra la prevalencia por especies de parásitos, tomando en cuenta únicamente el número de niños positivos.

CUADRO 5  
PREVALENCIA POR ESPECIES DE PARASITOS  
EN RELACION AL NUMERO DE NIÑOS POSITIVOS

Especie de parásito	Niños positivos	%
Entamoeba histolytica .....	4	15.38
Giardia lamblia .....	1	3.84
Ascaris lumbricoides .....	24	92.30
Trichuris trichiura .....	3	11.33

En los cuadros 6 y 7 se presentan los datos de prevalencia parasitaria por grupos de edad, observándose una mayor parasitosis en el grupo de niños de 5-9 años que en el de 10-14 años.

CUADRO 6  
PREVALENCIA PARASITARIA POR GRUPOS DE EDADES

Grupos de edades	Número de niños	Positivos	
		Número	%
5 - 9 .....	22	16	72.72
10 - 14 .....	22	10	45.45

CUADRO 7  
PORCENTAJE DE POSITIVIDAD DE LOS PARASITOS  
ENCONTRADOS POR GRUPOS DE EDADES

Grupos de edades	E. histolytica	G. lamblia	A. lumbricoides	T. trichiura
5 - 9	13.63	4.54	68.18	9.09
10 - 14	4.54	0.00	40.90	4.54

## RESUMEN

Se presenta el estudio de 45 niños de la Escuela Rural Mixta de la localidad de El Chimbo, perteneciente al Municipio de Santa Lucía, Departamento de Francisco Morazán, en donde el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas, está desarrollando un programa de salud integral.

A pesar de que la población carece de un sistema de disposición de excretas y practica el fecalismo al aire libre, la incidencia parasitaria fue más baja que la obtenida en Santa Lucía, según un estudio previo efectuado también con la colaboración del Departamento de Medicina Preventiva y Social.

Se mencionan algunos factores que posiblemente pueden intervenir en la reducción de las parasitosis intestinales en la localidad en estudio.

## SUMMARY

A study of 45 children of a rural school in El Chimbo, a small locality of the Municipality of Santa Lucía, where the Department of Preventive and Social Medicine of the Faculty of Medical Sciences is developing a program of integral health, is presented.

Even though the locality lacks a swage disposal system and people defecate at open air, the incidence of intestinal parasites was lower than that obtained in Santa Lucía, according to a previous study practiced also in collaboration with the Department of Preventive and Social Medicine.

Some of the factors that might influence such decrease in the incidence of parasites in the surveyed locality are mentioned.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—Memoria 1968. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Enero 1969. Publicación mimeografiada.
- 2.—Zepeda, J. E. y Barahona, G. A.: Estudio Coproparasitoscópico Escolar en Santa Lucía, Departamento de Francisco Morazán, Honduras. *Rev. Med. Hondur.* 38: 74-77, 1970.
- 3.—Hunter, G. W., Frye, W. W. Swartzwelder, J. C: *A Manual of Tropical Medicine*. W. B. Saunders Company. Philadelphia and Lodon. Third Edition, 1960. Pág. 807-808.
- 4.—Craig y Faust: *Parasitología Clínica*. Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana. México. Segunda Edición en Español, 1961. Pág. 925-926:

# Nuestro punto de vista sobre la intrusión médica

*Dr. Alonso Aguilera Pones (\*)*

Hemos leído cuidadosamente la nota editorial de la Revista Médica Hondureña, Vol. N. 38 de abril, mayo y junio de 1970 y en la cual el Dr. Silvio R. Zúñiga hace un análisis del problema de la intrusión médica en Honduras.

Al igual que él estamos de acuerdo que es un problema real y de envergadura que aún no hemos cuantificado, pero quizás más grande- de lo que podemos imaginar.

Igualmente creemos que es una situación que merece el análisis de todos los miembros del Colegio Médico de Honduras, pero un análisis basado en la realidad del por qué ocurre este fenómeno del charlatanismo y no basado en medios de repulsión y coacción contra los que lo practican. Esto lo decimos con base a nuestros puntos de vista.

El charlatán que más comúnmente llaman nuestras masas como inteligente, es **un** individuo realmente inteligente porque surge dentro de las masas mismas como un individuo con dotes que lo hacen ser diferente a los demás y en **los** cuales la gente cría confianza. Este individuo, que en la mayoría de los casos no es estudiado, tiene características particulares de líder, con patrones culturales semejantes a la subcultura donde él surge, hecho que lo hace establecer una buena comunicación con el que lo consulta, cualidad que en Medicina se llama relación Médico-paciente, esencial en la práctica diaria de la Medicina, que es precisamente la que explota el charlatán y que en **algunas** ocasiones pasa por el profesional Médico. Hemos sido testigos en algunas comunidades de Honduras, donde profesionales Médicos se convierten por una inadecuada relación Médico-pacientes o por alteraciones de la conducta del Médico, en elementos ahuyentadores de pacientes, los cuales van al curandero porque al menos ellos saben escucharlos.

En el lado opuesto tenemos a los Médicos con conciencia humanística y estos son seguramente la mayoría, los que olvidándose a su alto rango universitario, de su avanzado conocimiento técnico y de su alta jerarquía social, se convierten en fieles trabajadores de la salud del pueblo; estos son Médicos positivistas que atraen las masas y a veces las conducen hacia otros logros que no son directamente las del campo médico. En tales casos el curandero es olvidado y relegado.

Otro aspecto que conlleva al curanderismo, particularmente en nuestros medios rurales, es la inexistencia de profesionales Médicos, pues por situaciones condicionadas por una caduca estructura socio-política del país y por otros factores que no viene al caso mencionar, el Médico se ubica en las grandes y medianas ciudades, quedando desprovistas de toda atención la gran mayoría de nuestra población que vive en los pequeños poblados y en el campo, que constituyen más del 70% del total y a los cuales se agregan las poblaciones marginales de las grandes ciudades que conservando sus estructuras y patrones culturales traídos del campo, se someten al cuidado de un parchero y no de un profesional Médico.

(\*) Departamento de Medicina Preventiva y Social. — Facultad de Ciencias Médicas.

El problema de la atención médica rural es grave en Honduras. Esto lo demuestra una reciente investigación que hicimos (mayo 1970) tomando como fuente de información los registros del Colegio Médico de Honduras, Facultad de Medicina, Dirección General de Censos y Estadísticas. Los resultados más revelantes de este estudio son los siguientes:

1.—De 645 Médicos inscritos en el Colegio Médico de Honduras 571, o sea el 88.5%, se encuentran ejerciendo en el país; 74, o sea el 11.5, se encontraban en el extranjero, la mayor parte realizando estudio de postgrado.

2.—De estos 88.5% se encontraban laborando en las doce ciudades más importantes del país, con poblaciones mayores de 8.000 habitantes (Tegucigalpa, San Pedro Sula, La Ceiba, Tela, Puerto Cortés, El Progreso, Choluteca, Comayagua, Danlí, Juticalpa, Santa Rosa de Copan y Siguatepeque) el 78.6% de los Médicos; la población total de estas doce ciudades es de 496.961 o que equivale al 19.2% de la población de Honduras. De lo anterior se deduce que el 9.9% de los Médicos queda como recurso para satisfacer la demanda del 80.8% de la población.

3.—En las tres ciudades más importantes de Honduras, Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba, se ubican 430 Médicos, lo que corresponde al 66.8% de los 88.5% ejerciendo. Estas tres ciudades tienen el 14.3% de la población total de Honduras.

4.—El promedio Médico-habitante para Tegucigalpa es de 790 habitantes por Médico, en tanto que en los departamentos menos desarrollados del país, como son Lempira y otros, este promedio es hasta de 46.000 habitantes por Médico (cifras que solo se observan en los países más subdesarrollados del África).

A la par del curandero se encuentran la comadrona, que sin los conocimientos mínimos de asepsia y cuidados para una parturienta se enfrenta a la atención de un parto; consecuencia lógica es que miles de nuestras madres y recién nacidos mueran en los medios rurales, en la mayor parte de los casos sin que los registros estadísticos den conocimiento de ello.

De lo anterior podemos sacar conclusiones: el curandero surge, bien porque el Médico existente en la comunidad no satisface las necesidades psicológicas de las gentes o bien porque en la comunidad no existe el profesional universitario, de lo anterior se puede inferir que el curanderismo existe como un producto de la necesidad de salud de las masas.

Pensamos al igual que el Dr. Zúñiga, que el curandero y la partera inexperta son explotadores de la economía de su misma clase, pero lo más grave es que muchas veces llevan a la muerte a muchos, de los que por factores de fe, falta de recursos económicos, o por inexistencia de un Médico acuden a él como producto de una necesidad.

Creemos que las medidas coercitivas contra estos infractores no son las más recomendadas porque volvemos a insistir, ellos existen como producto de las necesidades de salud de las masas y se van a ir eliminando a medida que esas necesidades vayan siendo satisfechas. Tampoco creemos que un sistema de entrenamiento rápido los pueda capacitar para ejercer funciones asistenciales, considerando el bajo nivel educativo de estos individuos.

Ante un problema tiene que existir una solución.

En los países subdesarrollados las profesiones se diversifican esencialmente en dos campos: Los altamente calificados, en cuyo nivel se encuentra el Médico, y los no calificados, entre los cuales se ubica el charlatán o inteligente. La parte intermedia o técnicos (por no decir que no existe) se encuentra muy atronada. En todos los países subdesarrollados en la lucha por el desarrollo buscan hoy en día crear a este técnico intermedio en todo lo que comprende la diversificación

del trabajo, y en el campo de la salud por qué no pensar también en la formación de este técnico intermedio que en tal caso se llamaría Auxiliar Médico.

Son muchos ya los países del globo terrestre (Java, Etiopía, Cuba, etc.) que encontrándose afectados por el problema de la deficiencia asistencial Médico rural, y aún más países desarrollados como EE. UU., Rusia, etc., en los que la demanda de asistencia médica aumenta de día en día, comenzaron hace muchos años a formar y utilizar a este técnico intermedio (Auxiliar Médico) el cual puede definirse bajo los conceptos siguientes:

Auxiliar Médico es un trabajador sanitario que, habiendo sido sustraído de una comunidad carente de todo servicio Médico y con un nivel de educación secundaria, recibe una preparación adecuada (tres años de estudios) que lo capacita para desempeñar funciones y asumir responsabilidades claramente definidas en la esfera de la promoción, prevención y recuperación de la salud; trabaja en un servicio sanitario organizado (Ministerio de Salud Pública) bajo la dirección, orientación y supervisión de Médicos competentes a los que deben remitir todos los casos difíciles y los de tratamiento hospitalario.

La Universidad Nacional Autónoma de Honduras consciente de la envergadura del problema de la asistencia médico-rural del país, ha recibido con beneplácito un anteproyecto que le fuera puesto a consideración por el Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Ciencias Médicas, el cual está siguiendo los trámites pertinentes para ser aprobado, con amplias posibilidades para que tal anteproyecto se convierta en una realidad a corto plazo y, de esta manera, contribuir a la solución del agudo problema de la asistencia médico-rural, uno de los caminos que creemos nosotros podrá desplazar a los embaucadores de la salud del pueblo.

El mencionado anteproyecto, que es un estudio completo, será puesto a la consideración de la Directiva y miembros del Colegio Médico de Honduras, Ministerio de Salud Pública y otros organismos estatales y desde ya creemos que encontrará igualmente el mismo calor que le ha dado la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

La Medicina de hoy se concibe como un derecho de todos y no como un privilegio de clases; a medida que nuestro pueblo vaya recibiendo los beneficios de lo más elemental, como es la proyección de la salud, el curanderismo o parcherismo irá desapareciendo.

## RETICULOSARCOMA DEL BAZO "

*Dr. Silvo R. Zúñiga (\*)*

E. M. C, hombre de 25 años de edad, labrador, originario de Ocotepeque y **residente** en Libertad, Santa Bárbara, ingreso a la 1<sup>º</sup> **Cirugía** de Hombres del Hospital General de **Tegucigalpa**, amparado en el registro N<sup>º</sup> 160175, el 9 de junio, 3 970.

S. P.: Tumor abdominal.

E. A.: Manifestó el paciente que siendo completamente sano inició su padecimiento hace 2 años por pérdida del apetito que mantuvo por 3 meses como único síntoma. Al finalizar ese lapso inició fiebre no **cuantificada**, precedida de escalofríos y no seguida de **diaforesis**, la cual se **le** presentaba diariamente sin horario preciso y que mantuvo por 15 días. Tuvo que guardar cama por 3 meses pues se sentía extremadamente débil. Fuera de pérdida de peso no hubo ninguna otra manifestación hasta hace 11 meses en que notó el apareamiento de una pequeña tumoración en flanco izquierdo, de consistencia dura, que fue creciendo **progresivamente** acompañándose de dolor que le aparece súbitamente y permanece por varios días, luego se calma y reaparece **al** palpase la tumoración; en los últimos meses se presenta en días alternos y se exagera con el ejercicio o la ingestión *de* alimentos, los que le producen, además, sensación *de* llenura que le da la impresión que el estómago se le va a reventar; sin embargo, niega náusea o vómito.

Hace 7 meses estuvo en tratamiento médico en San Pedro Sula pero no obtuvo mejoría. Luego se internó en el Hospital de Occidente *de* Santa Rosa *de* Copan donde le efectuaron numerosos exámenes y fue **laparotomizado** pero continuó con su tumoración, la anorexia, el dolor abdominal y la sensación de llenura gástrica mencionada.

En la actualidad acusa mareos, debilidad general y acentuada pérdida de peso.

F. O. G.: Anorexia desde inicio de enfermedad. No hay alteraciones urinarias. Defeca una vez al día y sus heces son normales. Antes padeció de insomnio pero en la actualidad duerme bien.

Sus antecedentes no son contribuyentes.

Hábitos: no fuma ni ingiere bebidas alcohólicas.

Dietética: buena en calidad y cantidad antes de su enfermedad. En la actualidad se alimenta exclusivamente con líquidos y huevos crudos.'

Revisión de síntomas: suave cefalea generalizada, visión borrosa, palpitaciones y disnea de medianos esfuerzos, edema ocasional en miembros inferiores al permanecer mucho tiempo de pie.

---

(\*) Jefe del Departamento Quirúrgico del Hospital General de **Tegucigalpa**  
Profesor de Diagnóstico Quirúrgico de la Facultad de Ciencias Médicas.

## EXAMEN FÍSICO

Paciente con mal estado nutricional y regular estado general, muy pálido, cooperador, mostrando buena orientación.

P. A.: 110/70; P.: 100 p. m.; R.: 20 p. m.; T.: 36°5 C. Peso: 120 libras. Talla: 1,72 m. Superficie corpórea: 1,60 m<sup>2</sup>. La parte inicial del examen es negativa en aportaciones anormales.

*Abdomen:* Asimétrico a expensas de un mayor volumen en mitad izquierda del mismo. Cicatriz operatoria paramedia izquierda de 15 cms. de longitud. No hay panículo adiposo y la palpación demuestra que la pared es depresible y moderadamente dolorosa en epigastrio, mitad izquierda de mesogastrio y flanco izquierdo. En estas zonas se detecta la presencia de una gran tumoración ovalada de eje mayor vertical, de 20 x 16 cms., de consistencia dura, no movable con la respiración ni movilizable manualmente y que produce peloteo lumbar; toda su mitad interna aparenta estar constituida por nodulos que yacen en una superficie más o menos lisa pero su mitad externa es definitivamente lisa; en su polo inferior se logra detectar un borde cortante y un remedo de muesca pero por encima de ella la masa tumoral es esférica y desaparece bajo reborde costal correspondiente; al colocar al paciente en decúbito lateral derecho parece que la masa se traslada parcialmente más allá de la línea media. La masa es uniformemente mate y por fuera de ella no se detecta timpanismo. Al contracturar la musculatura abdominal la masa continua haciéndose evidente pero sus límites desaparecen. En toda la zona tumoral no se escuchan ruidos intestinales.

Hígado dentro de límites normales.

Bazo no es detectable pues la masa tumoral aparentemente invade zona esplénica.

Otro tanto puede decirse del riñon izquierdo.

El resto del examen no fue contribuyente.

Las impresiones diagnósticas del historiador fueron:

1) Hipernefrona, 2) Teratoma retroperitoneal y 3) Liposarcoma **retroperitoneal**.

## EXAMENES Y NOTAS

**10-VI** El Residente de Cirugía adscrito rotatoriamente al Servicio resumió la historia y hallazgos exploratorios. Opinó que el bazo era normal y dejó constancia de su impresión diagnóstica: hipernefroma o sarcoma retroperitoneal.

Orina: amarilla, ligeramente turbia, pH 5, 1.010 de densidad, indicios de albúmina, glucosa negativa. Leucocitos y epitelios + + . V.D.R.L.: Negativa. T. C: 6' 10" T. S.: 30". G. R.: 2.500.000. B.: 8.050 Hg.: 6,1 gm%. Ht: 18 vols.%. N: 71%. L: 29%. V.C.M.: 72. C.M.Hb.: 24. C.C.M.Hb.: 33.

11 -VI Heces: Negativo por parásitos.

Nota del Jefe del Servicio: "Las masas tumorales intraabdominales mediales las interpretamos como linfadenopatías. Además de ello consideramos que el bazo está aumentado de tamaño y desciende hasta fosa ilíaca izquierda. Uniendo ambas localizaciones linfáticas tenemos que pensar en procesos inflamatorios o neoplásicos; de los primeros tendríamos que mencionar a la tuberculosis abdominal pero, sin embargo, hacen falta síntomas para completar el cuadro clínico; de los segundos cabría pensar en linfomas malignos, especialmente en un Hodgkin abdominal. Se hará estudio para localizar radiológicamente la tumoral".

*Radiografía de tórax*; Zonas de atelectasia laminar en base izquierda. Resto de campos pulmonares libres. Elevación de la cúpula diafragmática izquierda. Corazón y aorta normal.—Dr. **Pereira**.

**12-VI. Placa simple de abdomen**: Existe gran masa tumoral que ocupa el hipocondrio izquierdo, el epigastrio y el flanco del mismo lado, llegando hasta la fosa ilíaca parcialmente. En el interior de esta masa tumoral hay imágenes suaves radio-opacas que nos parecen debidas a posibles depósitos fuertes de hemoderina. Recomendamos investigar drepanocitosis. Nuestra primera impresión es **que** se trata de una esplenomegalia. Sin embargo, debe considerarse la posibilidad de un riñon considerablemente aumentado de tamaño y recomendamos un pielograma endovenoso para completar examen.—Dr. Pereira.

13-VJ: N. N. P.: 47 mg.% Glicemia: 90 mg.%; Creatinina: 2,2 mg.%; proteínas totales: 6,0 gm.%; albúmina: 2,6; globulina: 3,4; Relación A/G: 0,7 Eritrosedimentación: 12 mm. por hora. *Pielografía descendente*: El contorno del riñon derecho, aunque con alguna dificultad, puede delimitarse bien. El medio de contraste se elimina con muy poca concentración pero puede verse la pelvis y parte del uréter en posición normal. El área renal izquierda no se puede delimitar con claridad a través de las opacidades descritas en el hipocondrio y flanco izquierdos. No vemos ninguna imagen de contraste en este lado. Sugerimos la necesidad de un pielograma retrógrado.—Dr. Pereira.

15-VI: *Pielograma por perfusión*: Esta muestra buena eliminación y apariencia normal en el lado derecho. En el lado izquierdo sigue observándose la gran masa tumoral con depósito radio-opaco en su interior. A través de la misma puede identificarse ahora el riñon izquierdo un poco descendido. En la última placa se observan imágenes caudales y pélvicas ligeramente dilatadas.—Dr. Pereira.

16-VI: *Tránsito gastrointestinal*: El estómago y duodeno muestran gran desplazamiento hacia el lado derecho por la gran masa tumoral. No hay evidencia de patología en vías digestivas.—Dr. Pereira.

Fue analizado el caso por el Grupo Quirúrgico de VI Curso y la opinión prevaleciente entre Profesor y alumnos fue que se trataba de un liposarcoma o de un teratoma retroperitoneal; solo un alumno creyó que se trataba de un linfoma tipo Hodgkin.

Se nos ocurrió que en el acto quirúrgico que le efectuaron en el Hospital de Occidente le hubieran tomado biopsia y que la hubieran remitido a este centro para estudio; comprobamos que efectivamente el Departamento de Patología recibió el 13-1-70, 3 muestras procedentes de este paciente: una de un ganglio gastroepiploico, un fragmento de epiplón mayor y otro de la tumoración. El diagnóstico clínico del médico remitente era tumor pancreático. El material remitido no pudo ser interpretado porque las muestras llegaron autolizadas.

Previa preparación del paciente y de la administración de 2 transfusiones de sangre, el paciente fue laparotomizado el 17-VI-70 comprobándose en el acto quirúrgico que la tumoración hacía cuerpo con el bazo aumentado de volumen (Fig. 1); la tumoración estaba ubicada en la parte media del órgano y lateralmente la pulpa esplénica estaba constituida por una delgada lámina; la liberación del bazo fue laborioso pero, finalmente, pudo exteriorizarse comprobándose entonces que el polo superior del bazo presentaba igualmente oíros nodulos que habían invadido el lóbulo izquierdo del hígado, al que estaban fuertemente adheridos (Fig. 2). Se efectuó resección parcial de este lóbulo y se ligó

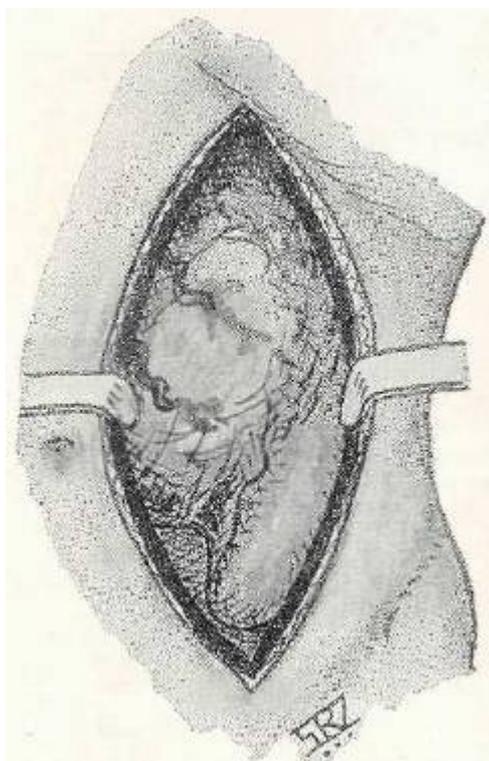


Fig. 1  
Detalle inicial de laparotomía

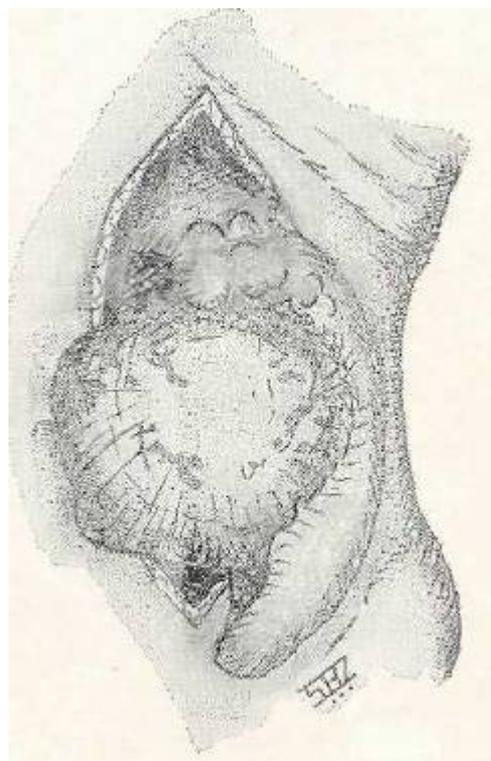


Fig. 2  
Tumor esplénico exteriorizado. Se comprueba la invasión del lóbulo izquierdo del hígado.

el pedículo esplénico. Dos nodulos fueron extirpados del diafragma que estaba en contacto con la tumoración.

La pieza reseca fue enviada a Patología de donde vino la siguiente descripción:

La muestra consiste en una tumoración gigante que mide 30 x 20 x 20 cms. y que pesa 2.940 gms., de color amarillento, bien encapsulada, haciendo cuerpo con el bazo, el cual está comprimido hacia la periferia y casi totalmente reemplazado por el tejido tumoral, del cual se ve bien demarcado (Fig. 3). Al corte el tumor es blanquecino, blando, como carne de pescado, con extensa necrosis de coagulación y calcificaciones (Fig. 4). Este tumor también invade porción de tejido hepático que está formando cuerpo con el tumor.

MICRO: Hay proliferación extensa y monótona de células anaplásicas con escaso citoplasma, núcleos arriñonados, con prominente nucléolo y abundantes figuras mitóticas. Esta célula indica que es de origen reticular y, por lo tanto, la lesión debe considerarse como un linfoma probablemente originado en bazo. Hay áreas de necrosis, hemorragia y microcalcificación. El tejido neoplásico ha invadido hígado y bazo. Diagnóstico: Reticulosarcoma probablemente primario en bazo.—Dr. Virgilio Cardona L.

## COMENTARIOS

En general, los tumores primarios del bazo son raros, sean éstos benignos o malignos (1). Schwegman y Miller (2) aseguran que los tumores esplénicos malignos, sean primarios o metastásicos, son muy escasos aunque la esplenomegalia a menudo acompaña a la enfermedad de Hodgkin y a los linfomas.

Bostick (3) encontró 5 casos de tumor esplénico primario en un estudio de 17.707 autopsias y de 68.820 especímenes quirúrgicos. Gordon y Paley (4) en 1951 informaron 2 casos personales y colectaron un total de 189 casos de la literatura mundial. De esta fecha hasta 1962 fueron agregados 9 casos. Das Gupta y Col. (5) informaron 10 casos más, en 1965, procedentes de un centro oncológico de Nueva York. Estos datos estadísticos demuestran que en realidad los tumores esplénicos malignos primarios son raros.

En nuestro Hospital General solo tenemos conocimiento de 2 tumores malignos primarios del bazo y ambos han sido casos personales. El primero ocurrió en 1965 en un hombre de 29 años y en quien el Departamento de Medicina Interna había hecho el diagnóstico de Esplenomegalia Palúdica y que fue remitido a Cirugía para esplenectomizarlo para evitar una ruptura traumática del órgano; el estudio histopatológico del bazo resecaado demostró que se trataba de un linfosarcoma linfocítico. El segundo caso es objeto del presente informe.

El criterio para considerar un linfoma como primario en el bazo lo establecen Das Gupta y Col. así: la sintomatología primaria es esplenomegalia con incomodidad mecánica asociada; las investigaciones clínicas, bioquímicas, hematológicas y radiológicas deben excluir cualquiera evidencia de otra localización; el examen intra-abdominal durante la laparotomía debe mostrar ausencia de localización ganglionar mesentérica y paraórtica; debe transcurrir un arbitrario intervalo de 6 meses entre la fecha de diagnóstico de linfoma del bazo y la aparición de la misma enfermedad en otra localización.

Bostick clasificó los tumores primarios del bazo basándose en los diferentes tipos de tejido encontrado en ese órgano. De acuerdo a ello se han descrito 7 tipos fundamentales: tumores vasculares, tumores linfoides, tumores de las células retículoendoteliales, tumores derivados del tejido fibroso, tumores de músculo liso, tumores procedentes de elementos nerviosos y tumores de inclusiones embriónicas. Das Gupta y Col. creen que para objetivos prácticos puede adoptarse una modificación de la clasificación *de* Smith y Rusk, así: tumores originados en la cápsula y trabéculas, en elementos linfoides, en el endotelio vascular o sinusal y de inclusiones embrionarias.

Los pacientes con neoplasias malignas primarias del bazo a menudo se quejan de trastornos gastrointestinales vagos, caracterizados por náusea, anorexia y ocasionales episodios de vómito. Algunos pueden dar una historia sugestiva de úlcera péptica. La pérdida de peso es un hallazgo frecuente.

El diagnóstico se basa en la eliminación de otra causa de esplenomegalia y de hiperesplenismo asociado con esplenomegalia. Deben efectuarse cuidadosos estudios de sangre periférica, aspiración de médula ósea, biopsia hepática, etc. Se ha observado una hipogammaglobulinemia y esta constatación podría ser de ayuda diagnóstica. No todos aceptan la punción-biopsia del bazo como adecuada para efectuar el diagnóstico y se teme a la hemorragia. Por observaciones recientes se cree que los glóbulos rojos calentados y marcados con Cromio 51, que se acumulan en el bazo, puede utilizarse gammagráficamente, lo que podría ser de prueba diagnóstica y de uso terapéutico.

La esplenectomía temprana es el método de elección de tratamiento. Se ha demostrado que la radiación postoperatoria del lecho esplénico puede dar una paliación más prolongada (1.500 r).



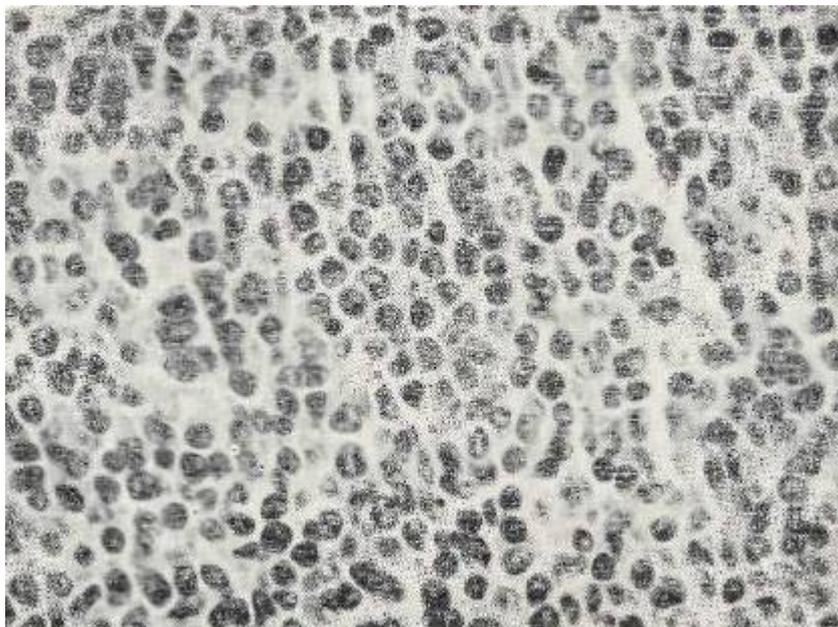
Fig. 3

Bazo y tumoración vistos por la cara lateral. Se nota el adelgazamiento del parénquima esplénico y en la parte superior e izquierda el lóbulo izquierdo del hígado invadido.



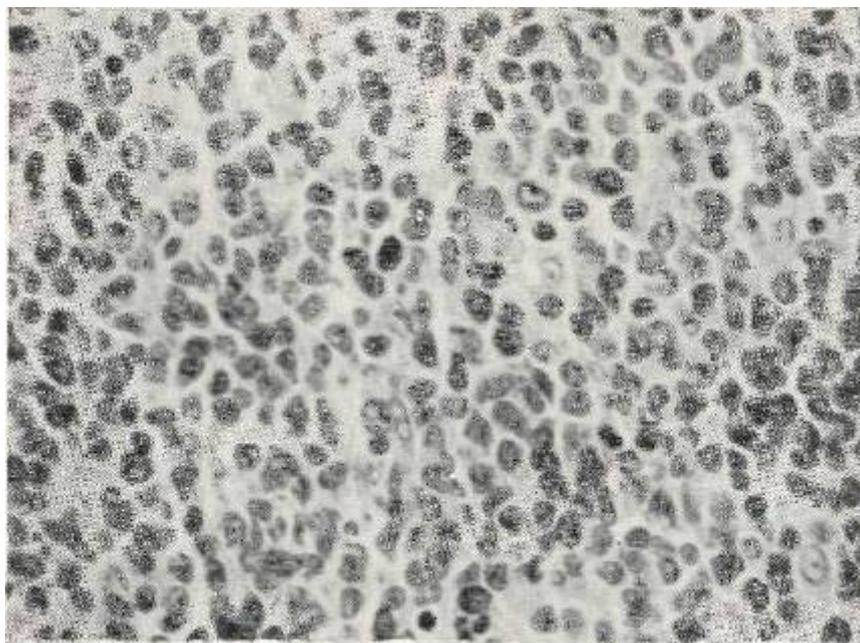
Fig. 4

Corte a través del tumor para demostrar su aspecto macroscópico.



**Fig. 5**

Se observa el pleomorfismo c hiperchromatismo celular. Se notan células de núcleo arriñonado que sugieren el rigen reticular. 45 X



**Fig. 6**

Nótese el **aumento** de figuras mitóticas por campo. 43 X.

En la literatura revisada no se especifica la frecuencia de cada una de las variantes histopatológicas de tumores primarios. En el pequeño grupo de 10 casos de Das Gupta, en 9 oportunidades fueron linfomas y en una ocasión fue un angiosarcoma; entre los primeros, 4 eran linfosarcoma y 5 sarcoma de células reticulares.

Las localizaciones más frecuentes del sarcoma de células reticulares son los ganglios retroperitoneales y en el tejido linfoide del aparato gastrointestinal, siguen en frecuencia las amígdalas y los ganglios linfáticos mediastínicos. En general, el reticulosarcoma no es muy frecuente; en una serie de Meeker y Col. (6) en que se efectuó esplenectomía por linfoma maligno y leucemia crónica, sólo en 8 de 89 casos (8,9%) pertenecían a este tipo histológico pero no se especifica si eran primarios o sistémicos.

Según Robbins (1) éste es principalmente un tumor de varones y mujeres de edad avanzada, pero en los jóvenes no son raras sus ubicaciones óseas. La enfermedad suele seguir un curso inexorable, por lo común sin remisiones; con frecuencia hay diseminación a otros órganos y su pronóstico suele ser grave y los pacientes mueren antes de dos años de haberse hecho el diagnóstico.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—Robbins, S. L.: Tratado de Patología. Pág. 627, Editorial Interamericana, S. A., México. Tercera Edición 1968.
- 2.—Schwegman, C. W. y Miller, L. D.: Splenectomy: Reduction of mortality and morbidity. *The Surg. Clin, of N. A.* 42: 1509, 1962.
- 3.—Bostick, W. L.: Primary splenic neoplasms. *Amer. J. Path.* 21: 1143, 1945.
- 4.—Gordon, J. D. y Paley, D. H.: Primary malignant tumors of the spleen. *Surg.* 29: 907, 1951.
- 5.—Das Gupta, T., Coombes, B. y Brasfield, R. D.: Primary malignant neoplasm of the spleen. *Surg. Gyn, and Obst.* 120: 947, 1965.
- 6.—Meeker, W. R., DePerio, J. M., Grace Jr., J. T., Stutzman, L. y Mittelman, A.: The role of splenectomy in malignant lymphoma and leukemia. *The Surg. Clin, of N. A.* 47: 1163, 1967.

# Colestasis Intrahepática con Embarazo

(INFORME DE UN CASO)

*Dr. César J. Larach (\*)*

*Dr. Pompeyo Raquel (\*\*)*

*Historia clínica:* Paciente femenina de 24 años de edad, sin antecedentes familiares de interés para el **padecimiento** actual.

*Antecedentes personales;* Hábito tabáquico y alcohólico negativos.

*Historia sexual:* Gran Multípara, grávida 8, parida 6, abortos 2.

*Padecimiento actual:* Lo inició en 1959 con aparición de ictericia en el primer trimestre de su primer embarazo, para repetirse con los demás estados de gestación al mes después del parto.

Un interrogatorio exhaustivo no descubrió ingesta de drogas en relación con dichos cuadros.

Las principales características actuales de su padecimiento fueron: ocho meses de ictericia generalizada de escleróticas y tegumentos, sin mediación de cólicos ni fiebre, prurito intenso, coluria, **acolia** y sensación de pesantez en hipocondrio derecho, que se presentó durante su último embarazo el cual terminó en aborto a los dos meses. Con este cuadro se hospitalizó en el Hospital "Leonardo Martínez V." en mayo de 1968.

*Exploración física:* P.A.: 125/65; pulso: 70 x m.; Resp.: 18 x m.; Temp. 36°5 C.

Ictericia generalizada de piel y mucosas con huellas de rascado en diversas partes del cuerpo. En cabeza, cuello, corazón y pulmones no se encontraron datos de interés. La exploración de abdomen demostró ligera hepatomegalia moderadamente dolorosa, de superficie regular, blanda y sin esplenomegalia. Resto de la exploración fue negativa.

*Exámenes de laboratorio y gabinete:* A su ingreso fueron normales o negativos: Recuento globular, **coproparasitoscópico**, V.D.R.L. y la orina mostró pigmentos biliares.

*Pruebas de funcionamiento hepático:* Bilirrubina total: 39 mgs.%; bilirrubina directa: 27 mgs.%; bilirrubina indirecta: 12 mgs.%; colesterol total: 200 mgs.%; fosfatasa alcalina: 28 U.; transaminasa pirúvica: 39 U.; turbidez del timol: 4.5 U.; tiempo de protrombina 15"; proteínas totales: 6.5 gms.; albúminas: 2.9 gms.; globulina: 3.6 gms.; relación A/G: 0.8; células LE: negativas; células falciformes: no se demostraron.

*Estudios radiológicos:* Teleradiografía de tórax: sin anormalidades. Colecistocolangiografía con doble dosis, en período de normalización de su función hepática, demostró buena concentración vesicular, vesícula sin imágenes de litiasis y hepatocolédoco permeable.

( \*) Jefe del Departamento de Medicina, Hospital "Leonardo Martínez V."

(\*\*) Médico **Gastroenterólogo**, Consulta Externa, Hospital "Leonardo Martínez V."

*Biopsia hepática: Descripción microscópica:* "Los hepatocitos presentan escasas alteraciones, solamente vacuolas intranucleares. Hay retención de pigmento biliar en forma de rombos en los canalículos, entre los cordones hepáticos, ^n los espacios porta aparece proliferación histiocitaria con leve fibrosis. Los canalículos biliares de los espacios porta no muestran dilatación, sino, por el contrario son muy poco visibles. Aparentemente la principal alteración de la estasis biliar se encuentra allí. No hay evidencia de cirrosis.

Diagnóstico: Pericolangitis, colestasis intrahepática.

#### EVOLUCIÓN:

Durante su permanencia en el Hospital y en el climax de su estado icterico se le practicó la prueba *de* la prednisona, obteniéndose un descenso de la bilirrubina *de* más del 40% (de 39 mgs% a 22 mgs%) por lo cual se continuó con esta terapéutica por espacio de un mes, al término del cual la **bilirrubina** descendió a 1.66 mgs%, observándose un descenso paralelo de la bilirrubina directa (de 27 mgs% a 1.10 mgs%) y de la indirecta (de 12 mgs% a 0.56 mgs%); asimismo se observó un descenso de la fosfatasa alcalina a 8 U.

Clínicamente se apreció desaparición de su intenso prurito: sus heces, que fueron persistentemente acólicas previa a la terapia con prednisona, se tornaron de color normal.

Valorada 5 meses más tarde la paciente se encontró asintomática, **anicterica**, sin hepatoesplenomegalia. Las pruebas de laboratorio nos mostraron una bilirrubina total: 1.43 mgs%; bilirrubina directa: 0.45 mgs%; bilirrubina indirecta: 0.98 mgs%; fosfatasa alcalina: 9 U.; B.S.P.: fue *á?* A-% a los 45 minutos y de 0% a las 2 y 3 horas; proteínas totales: 7.1 gms.; albúminas 3.9 gms%; globulinas 3.2 gms%; relación A/G: 1.2 gm%. Las células LE: negativas al igual que las células faiciformes, que no se encontraron, La prueba *de* Coombs negativa y el grupo sanguíneo fue de 0 Rh +.

#### COMENTARIO O DISCUSIÓN:

El cuadro clínico, bioquímico e histológico del presente caso corresponde al de una colestasis; se descarta una obstrucción extrahepática porque se demostró la permeabilidad de las vías biliares extrahepáticas.

Las otras causas comunes de colestasis intrahepáticas como lo son la hepatitis por virus y las que siguen a la ingesta de drogas y anovulatorios (5-6 metil-testosterona-clorpromazina, etc.) (5,6) se eliminan, la primera por no ser recurrente y la segunda por la ausencia de antecedentes de ingesta de droga.

Existe también la ictericia colestática por embarazo (8) que generalmente ocurre en el último trimestre del embarazo, aunque también se acepta que pueden ocurrir en el primer trimestre. Otras causas de ictericia con aspecto colestático que podrían prestarse a confusión serían las debidas a defecto congénito en el transporte de la bilirrubina al canalículo biliar como lo son: el síndrome de Dubin Johnson (4) y el de Rotor.

Aparte del carácter familiar, las bilirrubinemias no son tan acentuadas, no hay elevación de la fosfatasa alcalina y en la de Dubin Johnson no se logra visualizar radiológicamente la vesícula o vías biliares, la B.S.P. está alterada -y, además, existe pigmento hepático anormal.

En el síndrome de ,colestasis recurrente benigna (1-2-3) la ictericia no guarda relación con los embarazos.

Se han informado algunos casos de ictericia recurrente colestática asociada con embarazo que generalmente ocurre en el último trimestre del embarazo, aunque también se registran algunos casos que pueden ocurrir en el primer trimestre (7), como en el presente caso que presentamos, que lleva el interés de que se informen otros similares con ictericia colestática recurrente ocurrida en el primer trimestre de su estado de gestación.

#### RESUMEN

Se presenta una paciente que desde la edad de 16 años, ha presentado ocho embarazos con ictericia desde el primer mes de sus embarazos, con las **características** clínicas, bioquímicas e histológicas de una colestasis.

Después de sus partos la ictericia desaparece, excepto después de su **último** aborto que la ictericia persistió por ocho meses, cediendo con prednisona.

La paciente actualmente no muestra anormalidad clínica alguna, excepto por ligera elevación de la bilirrubinemia indirecta.

#### SUMMARY

A case of recurrent Cholestatic Jaundice from the first month of pregnancy during the last eight pregnancies is reported, with complete recovery after delivery, except in the last pregnancy in which the jaundice lasted for eight months after an abortion, responding to prednisone.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—Summerskill, W. H. J.: The Síndrome of Benign Recurrent Cholestasis. Amer. Journ. of Med. 38: 298, 1965.
- 2.—Summerskill, W. H. J. y Walshe, J. M.: Benign Recurrent Intrahepatic "Obstructive" Jaundice. Lancet, 2: 686, 1959.
- 3.—Tygsírur, N.: Intermittent Possibly Familial Intrahepatic Cholestatic Jaundice. Lancet, I: 1171, 1960.
- 4.—**Dubin, í.** N. y Johnson, F. B.: Chronic Idiopathic Jaundice with unidentified Pigment in **liver** Cells: A New Clinic Pathologic entity with a report of 12 cases. Medicine, 33: 155, 1954.
- 5.—Thuün, Ke, y Jerker, N.: Seven Cases of Jaundice Taking an oral contraceptive, Anovlar. B. M. J. I: 584, 1966.
- 6.—Orellana Alcalde, J. M., Domínguez, J. P.: Jaundice and Oral Contraceptive Drugs. Lancet, 2: 1278, 1966.
- 7.—Kreeks, M. J., Siessenger, M. H. y Jefirics, G. H.: Recurrent Cholestatic Jaundice of Pregnancy with demonstrated estrogen sensitivity. Amer. Jour. of Med. 43: 795, 1967."
- 8.—Sherlock, S.: Diseases of the Liver and Biliary System. Third Edition. Blackwills 494, 1966.

## SECCIÓN DE PREGUNTAS

SUS PREGUNTAS MEDICAS PUEDE DIRIGIRLAS AL SECRETARIO DEL CONSEJO EDITORIAL, APARTADO POSTAL N° 810, QUIEN HARÁ QUE LAS RESPUESTAS SEAN EVACUADAS POR EL PROFESIONAL MAS APROPIADO. LA PERSISTENCIA DE TAL SECCIÓN SERA REGIDA POR EL USO QUE DE ELLA SE HAGA.

¿CUAL ES EL ANTICOAGULANTE QUE PUEDE UTILIZARSE EN LA PRACTICA RURAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS TROMBOSIS VENOSAS? — Pregunta procedente de Médico de Comayagua.

Como anticoagulantes disponemos de fármacos pertenecientes a dos grupos distintos: uno es la heparina y los otros son los depresores del tiempo de protrombina. Estos últimos son de uso muy delicado y su administración debe controlarse mediante un examen especializado, como es la determinación del tiempo de protrombina. No es, en ninguna forma, aconsejable en la práctica rural. La heparina es de uso mucho menos peligroso, fácilmente controlable mediante determinación del tiempo de coagulación, la cual se puede efectuar en forma aproximada por medios rudimentarios. Puede, por lo tanto, ser útil en la práctica rural pero tiene el inconveniente de que debe inyectarse de preferencia por vía endovenosa cada 4 o 6 horas y que su costo es considerable. Con ésto contestamos la pregunta que se refiere a anticoagulantes en el tratamiento de las trombosis venosas. No obstante, creemos útil dejar constancia de que hoy en día tenemos otro medio terapéutico para las trombosis venosas; nos referimos a los Dextranos de alto peso molecular (de 40.000 y 70.000) y que comercialmente se conocen como Rheomacrodex y Macrodex respectivamente. Los dextranos no son propiamente anticoagulantes pero ejercen una poderosa acción antitrombótica por ser expansores del plasma, por provocar una disminución de la viscosidad sanguínea y una disminución del poder de aglutinación de las plaquetas; tienen la enorme ventaja de que no necesitan ningún control laboratorial ya que no ejercen ninguna acción sobre los distintos factores de la coagulación. Aconsejamos su uso en el tratamiento de las trombosis venosas usando el primer día 500 ce. y los siguientes días 250 ce. a una frecuencia de 30 gotas por minuto.

*Dr. José Gómez-Márquez G.*

ADEMAS DEL USO DE MIDRIATICOS

¿QUE SE PUEDE EMPLEAR EN EL TRATAMIENTO DE LA IRITIS?

Pregunta procedente de Médico de Santa Rosa de Copan.

Corticosteroides tópicos, calor local, antiinflamatorios y antibióticos.

*Dr. Nicolás Odeh Nasrala*

¿QUE TRATAMIENTO SE ACONSEJA EN LA PRACTICA RURAL EN EL COLAPSO DE PARED POR MÚLTIPLES FRACTURAS DE COSTILLAS? Pregunta procedente de Médico de Juticalpa.

1°—Cuando es unilateral es recomendable hacer un vendaje compresivo en ese lado para evitar la respiración paradójica.

2.-Cuando es bilateral, la tracción continua de la parrilla costal con pinzas de campo y sacos de arena, como la que se usa para las fracturas de huesos largos de los miembros inferiores.

3.-Cuando hay pérdida de conocimiento, la traqueostomía es una medida muchas veces salvadora.

*Dr. Cándido Mejía Castro*

**¿PUEDE AMIGDALECTOMIZARSE UN PACIENTE CON HIPERTROFIA AMIGDALINA, CON ANTISTREPTOLISINAS MAYORES DE 150 UNIDADES Y QUE NO PRESENTA MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE ACTIVIDAD REUMÁTICA? Pregunta procedente de un Médico de Tegucigalpa.**

Esta pregunta invita a establecer algunos conceptos:

a) Una simple hipertrofia amigdalina, sin manifestaciones clínicas no es indicación para proceder quirúrgicamente.

b) Aunque el título de antiestreptolisinas es un examen útil en la orientación del clínico para establecer importancia de un foco séptico que puede potencialmente producir una fiebre reumática, se ha considerado que no representa en forma absoluta un índice de actividad reumática.

c) Siempre es necesario determinar la frecuencia de infecciones focales en las amígdalas y estudiar bacteriológicamente el exudado tonsilar durante los episodios infecciosos activos, investigando la presencia del estreptococo beta hemolítico.

d) Tomando en cuenta los conceptos anteriores, debe prevalecer en el Médico el concepto preventivo de la Medicina moderna y adelantarse a los acontecimientos que puedan alterar la salud del paciente. No debe olvidarse que ya establecida una secuela cardíaca por fiebre reumática, la amigdalectomía ulterior no influenciará sobre el daño ya establecido.

*Dr. Enrique Aguilar Paz*

## SECCIÓN DE EXTRACTOS DE REVISTAS

FUENTES DE ERROR EN LA COLANGIOGRAFÍA OPERATORIA.  
CUSTER, M. D. y Clore, J. N. Arch. of Surg. 100: 664, junio 1970.

Aseguran los autores que aunque la colangiografía operatoria es sin duda un medio útil y generalmente aceptado para evaluar la vía biliar, existen potenciales errores técnicos o de interpretación. Estos incluyen 1) burbujas dentro del material radio-opaco inyectado, 2) posición impropia del paciente en relación con la fuente radiológica (superposición del tracto<sup>1</sup> biliar con la columna vertebral), 3) estrechez fisiológica de la porción distal de la vía biliar, 4) confusión entre obstrucción funcional y orgánica y 5) inclinación de parte del Cirujano a despreciar evidencia suministrada.

Manifiestan que estos errores pueden mejorar 1) llenado con antelación el conjunto de inyección con el material radioopaco (jeringa unida al correspondiente tubo) o efectuando la inyección con aguja insertada en la jeringa en la base de tubo en T ocluida con pinza en su extremo distal, todo con objeto de evitar las burbujas, 2) rotación de la mesa de operaciones 15° a la derecha para colocar la vía biliar alejada de la columna vertebral, 3) adecuada interpretación del estrechamiento normal de la parte final de tracto biliar, 4) aceptación de la presencia de espasmo como un factor obstructivo subsiguiente a la coledocotomía y 5) persistencia de repetición de estudio radiológico hasta que se obtenga una delineación completa.

(Dr. S. R. Z.)

CONCENTRACIONES DE ZINC DURANTE LA CICATRIZACIÓN DE HERIDAS. HENZEL, J. H., DeWeese, M. S. y Lichti, E. L. Arch. or Surg. 100: 349, abril 1970.

Los autores determinan las concentraciones de zinc en el suero, en los eritrocitos y los niveles de zinc urinario en las 24 horas en individuos normales. Hacen iguales investigaciones en pacientes que sufren operaciones mayores, en los que tienen quemaduras cutáneas, en la piel y tejidos de granulación de los que exhiben una cicatrización retardada. Su propio extracto es el siguiente:

Las pérdidas urinarias de zinc fueron determinadas en pacientes durante la reducción terapéutica de peso por obesidad, después de operaciones mayores y después de quemaduras severas. Zincuria acumulativa fue observada en los tres grupos de pacientes y su magnitud fue proporcional con la severidad y duración del trastorno metabólico o traumatismo. Esto fue acompañado por reducción de los niveles de zinc en el suero, eritrocitos y piel. Biopsias subsiguientes de piel y de tejido de granulación fueron analizadas por contenido zíncico en otros pacientes con heridas en período de cicatrización, algunos de ellos con suficiencia o otros con insuficiencia del zinc. Todos los pacientes demostraron acumulación preferencial del zinc en las heridas cicatrizantes después de la administración de zinc exógeno. Los pacientes con reservas biológicas normales o casi normales de zinc demostraron aumento de la excreción urinaria de zinc poco tiempo después de su administración. A la inversa, los pacientes que inicialmente tenían una deficiencia de zinc tuvieron un largo intervalo para que el zinc administrado manifestara un aumento en la zincuria durante el cual los niveles séricos se aumentaron hasta límites normales. También se observó que las heridas en cicatrización secuestraron el zinc administrado a pesar de las pérdidas urinarias post-traumática y de la disponibilidad biológica subnormal.

La deficiencia de zinc fue identificada en 16 pacientes que fueron objeto de estudio por cicatrización perturbada. El suplemento adicional de zinc a la dieta de tales pacientes resultó en mejoría clínica de la cicatrización y concomitantemente; ocurrió con aumento de la concentración de zinc en el epitelio y en el tejido de granulación de las heridas.

(Dr. S. R. Z.)

UNA REVISIÓN CRÍTICA DE 425 PACIENTES CON HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR. HALMAGYI. A. F. Surg.; **Gynec. & Obst.** 130: 419, marzo 1970.

El sangrado del tracto digestivo superior permanece como un serio problema médico y quirúrgico. El reconocimiento de la lesión causante de la hemorragia puede ser obvia; más a menudo se llega solo al diagnóstico con dificultad y, ocasionalmente, nunca se establece.

De la revisión de 425 casos ocurridos en 6\*4 años en el St. Michael's Hospital de Toronto, Canadá, extrae las siguientes conclusiones:

El sangrado fue 3 veces más frecuente en el hombre que en la mujer, siendo la mayoría de los pacientes de edad media.

La mitad de los pacientes tuvieron síntomas de la lesión **responsable del** sangrado por un período mayor de un año. Un tercio no tuvo síntomas o lo tuvo por un período menor de un mes previo a la hemorragia.

Tres cuartas partes de los pacientes tuvieron hemorragia mayor o masiva.

El mejor índice de la efectividad del tratamiento fue la mejoría clínica del paciente. Si el sangrado continua las transfusiones como único tratamiento no están justificadas. Se recomienda operación quirúrgica temprana.

Frecuentemente, repetidas determinaciones de hematócrito y de hemoglobina fueron de ayuda en el manejo de estos pacientes. La presión venosa central y la excreción urinaria por hora fueron particularmente útiles durante el tratamiento.

Las transfusiones sanguíneas deben ser dadas de acuerdo con la necesidad de cada paciente, determinadas por el examen clínico y guiada por unas pocas determinaciones laboratoriales. La transfusión rápida es inocua cuando se necesita, con la condición de que el paciente sea cuidadosamente vigilado. Estas transfusiones deben darse lentamente cuando el paciente ha tenido pérdidas hemáticas durante un considerable período. Esto evitará la sobre-expansión del volumen sanguíneo y la descompensación cardíaca.

Con cuidadosa selección de los pacientes el tratamiento quirúrgico puede aconsejarse después del primer episodio de sangramiento. No hay base para la actitud de "esperar y ver" para todos los pacientes.

La presencia de enfermedades asociadas se encontró frecuentemente y tuvo un efecto significativo en la mortalidad y morbilidad.

Frecuentemente requiere reconocimiento y tratamiento antes de que la lesión responsable se diagnostique. El dolor usualmente está ausente y aún el sangrado no es visible en los primeros estadios. En esta serie los anticoagulantes fueron las únicas drogas definitivamente incriminadas en la precipitación de la hemorragia.

La radiología fue útil en el 60% en la **determinación** de la causa. El examen **endoscópico** mostró poco valor.

La úlcera péptica fue la fuente más común de hemorragia; sin embargo, una amplia variedad de lesiones pueden ser causantes de la hemorragia. El tamaño de la úlcera tuvo poca importancia. El tratamiento médico dio mayor

mortalidad que el quirúrgico. La incidencia de sangrado recurrente es mayor con el tratamiento médico. Siempre que sea posible es aconsejable evitar las operaciones de emergencia que demostraron una mortalidad de 20%.

La intervención quirúrgica durante la primera admisión para tratamiento de la hemorragia no tiene mayor riesgo que la operación que se efectúa en una subsecuente admisión. Si otras indicaciones están presentes durante la admisión en que fue tratada la hemorragia la operación debe ser recomendada. Alivio prolongado de síntomas y la prevención de recurrencias hemorrágicas tuvieron un mayor porcentaje en los pacientes tratados quirúrgicamente.

Los pacientes tratados simultáneamente por un Internista y un Cirujano desde el comienzo de la hemorragia recibieron el mejor cuidado.

(Dr. S. R. Z.)

**IRRIGACIÓN PERITONEAL DIAGNOSTICA: UNA TÉCNICA SIMPLE Y CONFIABLE.** GIVETTA, J. M., Williams, M. C. y Richie, R. E. Surg. 67: 874, mayo 1970.

Desde hace tiempo se ha deseado tener un medio para diagnosticar hemoperitoneo en un paciente comatoso, con múltiples lesiones o que es difícil de evaluar. Los autores combinan la simple e imprecisa técnica de punción aspiradora del peritoneo con el lavado peritoneal.

La técnica que proponen implica el uso de cánulas plásticas con agujas-guías metálicas que son comercialmente obtenibles y disponibles en todo cuarto de emergencia. La piel la preparan con alcohol y anestesia local; insertan dos agujas Nos. 14 o 16 en cualquier sitio por fuera del borde externo de los rectos, distantes entre sí; en el momento de la inserción debe estarse efectuando la inyección de solución salina para evitar lesión del intestino; se retiran las agujas-guías; si al efectuar la aspiración no se obtiene sangre se infunde solución salina normal o de Ringer por el sistema de venoclisis conectada a una de las cánulas hasta que hay salida espontánea de líquido por la otra cánula; para facilitar la difusión y mezcla el paciente debe ser rotado hacia uno y otro lado; la infusión se limita a 1.000 cc. pues la salida de líquido principia con cantidades menores. El carácter del líquido obtenido indica la presencia o ausencia de sangre, bilis, contenido intestinal o de otro líquido anormal. Esta misma técnica puede utilizarse para obtener líquido peritoneal en pancreatitis, infarto mesentérico y peritonitis.

Basan su informe en la experiencia obtenida en 50 pacientes en los que la aspiración simple fue negativa. En 13 de ellos el líquido de lavado salió teñido de sangre, por lo que fueron laparotomizados comprobándose lesiones en tal acto; en 37 la irrigación fue negativa (líquido claro) no requiriendo operación exploratoria posterior.

Como agregado aseguran que tal técnica ha sido utilizada posteriormente en lesionados bélicos (Vietnam) en que no se tenía ayuda radiológica o laboratorial.

(Dr. S. R. Z.)

**CIRUGÍA PARA ULCERA DUODENAL. RESULTADO CON 5 DIFERENTES PROCEDIMIENTOS.** MASÓN, M. C. y Clark, C. G., C. M. M. 37: 605, junio 197CL

404 pacientes fueron tratados quirúrgicamente de su úlcera duodenal; 43 murieron de causas diferentes de la úlcera y 1 no fue seguido postoperatoriamente. De los 360 restantes 282 eran hombres. Todos fueron operados en el Aberdeen Royal Infirmary y se les siguió por 10 años.

En los años iniciales se consideró a la gastroenterostomía como la operación de elección para la estenosis pilórica establecida pero fue abandonada en 1961. La gastrectomía parcial (Polya) se discontinuó en 1962 dado que la vagotomía y gastroenterostomía parecían mostrar ventaja. Solo un número limitado fue tratado por vagotomía y antrectomía y en ellos se usó Biliroth I. Los resultados fueron calificados así:

- a) Excelentes: ausencia de síntomas.
- b) Buenos: síntomas de disfunción alimentaria, vómitos biliosos, diarrea, molestos pero no incapacitantes.
- c) Pobres: Iguales síntomas que los anteriores pero en forma severa, iguales o peores que la sintomatología original.
- d) Recurrencia definitiva: probada por operación posterior o por estudios radiológicos o gastroscópicos.
- e) Recurrencia sospechada: basado en terreno clínico.
- f) Recurrencia auto-limitada: síntomas sugestivos de recurrencia pero que cede espontáneamente.

Los resultados de los 5 tipos de operaciones se dan en la siguiente tabla:

Clasificación	Gastro-enteros-tomía		Gastrec-tomía parcial		Vagotomía y antrec-tomía		Vagotomía y gastroen-teroestomía		Vagotomía y piloro-plastia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Excelente	14	56	29	58	13	56.5	99	60	52	53.5
Buena	4	16	10	20	4	17	34	20.5	23	23.5
Pobre	1	6	6	12	5	21.5	18	18	10	10
Recurr. Def.	6	24	4	8	1	4	6	3.5	3	3
Recurr. Sosp.	—	—	1	2	—	—	7	4	9	9
Recurr. Curad.	2	8	—	—	—	—	4	2	4	4
Total	25	—	50	—	23	—	164	—	97	—

Como conclusiones se extraen:

1) Los resultados finales, incluyendo las categorías excelente y buena, mostraron poca diferencia entre sí.

2) La incidencia de la recurrencia probada fue alta en la gastrectomía parcial tipo Polya. La baja incidencia después de vagotomía y drenaje es alentadora pero debe ser vista con cuidado porque la ulceración puede desarrollarse en un período tardío después de esta operación.

Los cambios progresivos en política operatoria en la presente serie estuvo basada en el hecho que la gastrectomía parcial con gastroyeyunostomía tenía gran número de complicaciones tardías que sería deseable evitar y en que la cirugía conservadora, principalmente vagotomía y drenaje, necesitaban mejor análisis.

Los autores creen que a la altura d: su informe la gastrectomía parcial puede soportar menos críticas que las otras operaciones y que la vagotomía con drenaje tiene la crítica de conllevar operaciones secundarias por complicaciones postoperatorias, incluyendo hernias hiatales; algunos autores sostienen contra la vagotomía la diarrea postoperatoria.

Consideran que los resultados indican que no se ha logrado mayor ventaja con la cirugía conservadora. Sin embargo, desde otro punto de vista no se ha encontrado mayor desventaja y hay que esperar los resultados nutricionales y estudios metabólicos para establecer comparaciones.

(Dr, S. R. Z.)

DESBALANCES ELECTROLÍTICOS EN CONDUCTOS ILEALES.  
GUTIÉRREZ, J. Acta Méd. Cost. 13: 15, enero-abril 1970.

Las experiencias obtenidas en pacientes con **ureterosigmoidostomías** se caracterizaban por azotemia, acidosis hiperclorémica e hiperkalemia. Se determinó que el colon no solo absorbía cloruros sino **hidrógeno** y amoníaco, formado éste por la acción bacteriana sobre la urea. Siendo el amoníaco un donador de H<sup>+</sup> al pH sanguíneo, producía acidosis.

El segmento ileal aislado del conducto digestivo produce poca amoníaco después de "lavada" la poca flora que contiene; sin embargo, absorbe H<sup>+</sup> y cloruros.

El potasio excretado por la orina no es reabsorbido en el intestino.

En la era do **ureterosigmoidostomía** se demostró que estas alteraciones químicas no ocurrían generalmente en pacientes con función renal normal y sí en pacientes cuando ésta ya estaba comprometida manifestándose por pérdida de base no regulada, excreción de ácido y reabsorción de cloruros; estos datos han sido confirmados.

Con el advenimiento de los conductos ileales se informó en el inicio que los pacientes no **desarrollaban** acidosis hiperclorémicas. Más tarde hubo información de que algunos sí la desarrollaban y que se llevaba a cabo con mayor rapidez que en el colon.

Informa 57 casos de pacientes sometidos a conductos ideales y correlaciona **los** cambios electrolíticos postoperatorios y la función renal preoperatoria. 5 pacientes con función renal normal preoperatoria desarrollaron acidosis hiperclorémica pero en 4 de ellos hubo complicación renal documentada (cálculos coraliformes bilaterales, insuficiencia renal, ectasia ureteral bilateral) y en 1 tuvo varios episodios de pielonefritis aguda. El 57% de los pacientes con trastornos electrolíticos preoperatorios tuvieron electrolitos normales en el postoperatorio con mejoría radiográfica pielocalicial.

Concluye que la evidencia sugiere que la derivación urinaria por medio del conducto **ileal** en pacientes con electrolitos y pruebas de función renal normales en el período preoperatorio no causa deterioro en estos parámetros que puedan atribuirse únicamente al contacto de orina con la mucosa entérica.

(Dr. S. R. Z.)

PREPARACIÓN PREOPERATORIA **DEL** PACIENTE ICTÉRICO. Una revisión de la práctica actual.

WHITCOMB, F. F., Trey, C. y Braasch, J. W. The Surg. Clin. of N. A. 50. 663, junio 1970.

El diagnóstico preciso de la causa de la ictericia puede ser establecido por medio de una cuidadosa historia y adecuado examen físico y por el uso de varias pruebas bioquímicas, rontgenogramas y otros procedimientos especiales. Ocasionalmente, sin embargo, para llegar a un diagnóstico definitivo se impone la laparotomía y cuando se llega a tal decisión el paciente debe ser preparado para tal procedimiento.

Los autores analizan las colestasis intrahepáticas (hepatitis colestásica, colestasis de la hepatitis alcohólica, la colestasis por drogas, etc.), la coelitis asociada con anemia hemolítica y la obstrucción biliar extrahepática. Dedicar un capítulo al diagnóstico de ictericia médica y quirúrgica.

Aseguran que el principal objetivo de la preparación preoperatoria es prevenir descompensación hepatocelular, evitar complicaciones hemorrágicas y combatir la infección. Las funciones cardiopulmonar, renal y endocrina deben ser

evaluadas y apropiadamente tratadas cuando haya indicación. Si hay anemia o trombocitopenia la causa debe considerarse y tratarse. El paciente debe estar hidratado y en un estado de equilibrio electrolítico. Sí hay evidencia de infección apropiada terapéutica antibiótica debe ser comenzada. El paciente debe estar en condición óptima de nutrición y debe usarse una dieta agradable con alto valor calórico, proteico y de carbohidratos, con suplementos vitamínicos que incluirán vitamina C. En las obstrucciones crónicas con acolia y esteatorrea debe darse una dieta baja en grasa, uso de triglicéridos de cadena media y restitución de vitaminas solubles en grasa y calcio. Si hay daño hepático con edema y ascitis hay que restringir el sodio y usar diuréticos; la administración intravenosa de albúmina humana pobre en sal puede reducir el edema y la ascitis; sí se han efectuado paracentesis hay que reemplazar la proteína perdida por vía intravenosa. Los fenómenos hemorrágicos son comunes en el icterico; la administración parenteral de vitamina K (20 mgs. diarios) se aconseja a todo paciente con hipoprotrombinemia; la falta de respuesta a esta terapéutica es manifestación de disfunción hepatocelular seria. Debe usarse un anestésico diferente al halotano si se ha tenido una exposición previa al mismo. En pacientes con severa hipertensión portal, descompensación hepática y encefalopatía en quienes está indicada una intervención salvadora debe efectuarse una investigación de los factores agravantes de ellas. La función renal necesita ser evaluada por la determinación de los niveles de creatinina y las estimaciones electrolíticas del sodio y potasio son valiosas en la temprana detección de los efectos renales de la insuficiencia hepática; si ocurre hipokalemia y alta excreción urinaria de potasio es necesario adecuado suplemento de potasio, aún cuando los niveles de creatinina se estén elevando. El manejo postoperatorio es similar al enunciado.

Aseguran que la ictericia es raramente una emergencia quirúrgica y que la espera de 3 a 4 semanas no alterará el pronóstico. En casos de hepatitis viral no diagnosticados la laparotomía ha demostrado tener una mortalidad del 10% y con una elevada incidencia de complicaciones postoperatorias. A su vez, la obstrucción prolongada de la vía común a la que no se da los beneficios de la cirugía puede causar daño irreversible del hígado. Aconsejan cuidadoso estudio por 3 o 4 semanas y si al final de ellas no se encuentra el mecanismo responsable de la ictericia y coexiste elevación progresiva de bilirrubina y de fosfatasa alcalina, consideran indicado proceder a una colangiografía transparetohepática y si el resultado es positivo por obstrucción postparenquimatosa proceder a la intervención quirúrgica.

(Dr. S. R. Z.)

EL SÍNDROME DEL RESTORÁN CHINO. *El Día Médico*. 33: 1002 junio 1970

En "Medicina de Actualidad" de esa publicación se asevera que Kwok describió un curioso síndrome: "Cada vez que como en un restorán chino padezco extraños trastornos que aparecen habitualmente 15 a 20 minutos después del comienzo de la comida y duran 2 horas interrumpidamente. Un dolor en el cuello que se extiende a los brazos y al dorso, una sensación de agotamiento general y palpitaciones, son las principales manifestaciones de este síndrome". A raíz de esto aparecieron numerosas comunicaciones señalando trastornos similares, agregando sensación de tensión en los masetelos y temporales, enrojecimiento de la cara, sudores profusos y sensación de quemadura y peso en el tórax. A veces las manifestaciones son tan intensas que se ha pensado en infarto del miocardio.

Se barajaron varias etiopatogenias (alergia, hipernatremia con hipokalemia tisular, neurotoxinas alimentarias). *Los Médicos del A. Einstein College of Medid-*

ne demostraron que este síndrome era debido al L-glut amato de sodio contenido, un condimento muy utilizado, no solo para mejorar el gusto de los platos chinos, sino también **del** tomate y ciertos brebajes. La dosis que podría provocar los síntomas variaron entre 1.5 a 12 gms.

(Dr. S. R. Z.)

TUMORES MALIGNOS DEL OVARIO. HAZRA, T. A. Obst. and Gynec. 36: 144, julio 1970.

Los datos que suministran en su revisión se basan en 316 pacientes del Hospital Marie Curie de Londres, diagnosticados como cáncer del ovario en un lapso que va de enero 1928 a diciembre 1961.

La edad promedio fue de 48,5 años y la incidencia máxima ocurrió en la sexta década. La paridad se registró en 306 y el 20,5% eran solteras. Todas tuvieron su menarquía entre los 13-15 años. Sólo en 10 pacientes hubo irregularidad menstrual; el 31% eran premenopáusicas y el 68% postmenopáusicas. No hubo síntoma patognomónico de carcinoma ovárico; el 75% se presentó dentro de los 6 primeros meses del inicio de los síntomas; el síntoma más común fue dolor abdominal y/o crecimiento del abdomen. El 6,6% no tuvo diagnóstico histológico; no hubo correlación entre el diagnóstico anatomopatológico y la edad de la paciente; en el 37,8% hubo participación de ambos ovarios y cuando fue unilateral no hubo predominio por ningún lado. Los diagnósticos histológicos fueron: quístico en el 55,3% (cistoadenocarcinoma seroso 156, cistoadenocarcinoma pseudomucinoso 17 y medular 2), sólido en el 31,3% (adenocarcinoma 86, carcinoma anaplásico 13) y otros en el 14,4% (tumor de células granulosas 11, sarcoma 3, disgerminoma 2, teratoma maligno 2, carcinoma de células escamosas 3, no especificado 21). Las pacientes fueron clasificadas usando el criterio recomendado por el Comité de Cáncer de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Solo en 3 casos no se efectuó exploración quirúrgica. Da tabla de los varios procedimientos quirúrgicos empleados y el tratamiento radiológico recibido. Se obtuvo una sobrevivida *de* 3 años en el 40% y de 32,5% a los 5 años; la extensión de la enfermedad al iniciarse el tratamiento tuvo una definitiva participación en el pronóstico. Concluye el informante manifestando que los tumores malignos del ovario constituyen el 5% de los cánceres ginecológicos. Da 25 referencias.

(Dr. S. R. Z.)

## DESPEDIDA

Quizás te extrañe mi adiós, la  
libertad mi ser canta, ya puedo  
vivir sin vos, pienso, medito y me  
encanta que tu ausencia ya no  
espanta. Me despido y no me  
aterro, no sé si cometa un yerro,  
no sé si es que loco estoy, más de  
mi alma hoy te destierro y al  
Creador ¡gracias le doy!

Y aunque deba, no estoy triste, lo  
nuestro quedará en nada y los  
males que me hiciste los perdono a  
carcajadas. Lo que siento es que  
grabada tu imagen en mí perdura  
y hoy que veo tu hermosura  
maldigo porque me acuerdo que  
me dejás la amargura de  
conservar tu recuerdo.

*Dr. Enrique Aguilar Paz*

Tegucigalpa, D. C, 1949

# SECCION GREMIAL

## CAMBIO DE RESIDENCIA

Existen algunas disposiciones colegiales que a menudo son ignoradas por los agremiados, lo que hace que sean infractores de leyes y, por tanto, que caigan dentro del Reglamento de Sanciones en vigencia.

Una de las faltas más frecuentes es desconocer u olvidar el inciso h) del artículo 7º de la Ley Orgánica del "Colegio Médico de Honduras", que literalmente dice:

"Notificar a la Junta Directiva su incapacidad para el ejercicio de la profesión y participar su ausencia del país o su cambio de domicilio".

Se desprende de la lectura del inciso anterior que si un colegiado abandona el país por un período prolongado debe comunicar a la Secretaría de la Junta Directiva la fecha de su egreso y el país hacia el cual se dirige; deseable, aunque no obligatorio, es que suministre su dirección postal o, si no la tiene en el momento de su partida, que la haga saber desde el lugar de su nueva residencia; los motivos son obvios: conocimiento de la ubicación de los agremiados y envío de correspondencia y revista colegial. A su regreso al país debe informar, asimismo, la fecha de su ingreso y nueva dirección, si es que ha cambiado de domicilio.

Pero aún va más adelante esta disposición: dentro de la República debe notificarse cualquier cambio de dirección, con indicación de número de casa, de población y de departamento. Cabría preguntarse si dentro de la misma ciudad debería comunicarse cualquier cambio y la respuesta tiene que ser afirmativa, por igualdad de respuestas anteriores.

La infracción del inciso mencionado, como ya está antedicho, cae dentro del Reglamento de Sanciones. A continuación se transcribe el inciso k) del artículo 3º de esta Reglamento:

"Los colegiados que no cumplan con la obligación de comunicar a la Junta Directiva su cambio de residencia o ausencia del país, serán sancionados con una multa de VEINTE Y CINCO LEMPIRAS (L. 25.00) y al caer en morosidad perderá de inmediato sus derechos de colegiado."

## LA DIRECCION

### COMUNICADO DE ELI LILLY DE CENTROAMERICA, S. A.

Eli Lilly and Company anunció el día de hoy que ha decidido discontinuar la fabricación de su anticonceptivo oral SEQUENS y que está haciendo saber al Cuerpo Médico del país que transfieran ordenadamente a sus pacientes que están usando SEQUENS a otro medio de control de fertilidad.

La Compañía enfatiza que no hay ninguna causa para alarmar a las pacientes. Las mujeres que están usando SEQUENS deberán continuar usándolo en tanto que su Médico les recomiende un cambio.

La razón de haber tomado esta decisión es que estudios que se han realizado en forma continua durante largo tiempo, han descubierto nódulos en las mamas en algunas perras sabueso a las cuales se les habían administrado los componentes de SEQUENS en dosis 10 y 25 veces mayores que la dosis humana.

Estos nódulos, ninguno de los cuales era maligno, se asemejan a aquellos que a menudo aparecen en perras sabueso de edad avanzada y que, generalmente, son aceptados con benignos.

La Compañía enfatiza que estas observaciones en perras no se pueden trasponer directamente al género humano y que la Compañía no tiene ninguna evidencia conocida de que haya algún aumento en la frecuencia de tumores en los pechos de mujeres que usan SEQUENS.

El mismo tipo de estudios realizados en otros laboratorios en ratas, ratones y monos, e investigaciones clínicas durante 8 años en mujeres, respaldan la seguridad de la droga.

No obstante lo anterior, la Compañía está tomando una medida de extrema precaución al discontinuar SEQUENS y comunicar a los Médicos que prescriban otros medios disponibles de control de la fertilidad.

En 1960 se iniciaron los estudios del producto y fue introducido en el mercado de los Estados Unidos del Norte en 1965.

(f) ING. CARLOS E. SPRINGMUEHL  
Gerente General de ELI LILLY DE C. A.

Guatemala, 23 de octubre, 1970

#### DEDUCTIBILIDAD DE LAS CUOTAS COLEGIALES DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA

Secretaría de Economía y Hacienda  
Dirección General de la Tributación  
Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A.

Nº KI-174-A

REFERENCIA  
24 de septiembre de 1970

Señor P. M. y C. P. Federico Fortín A.  
Presidente del Colegio de Peritos Mercantiles  
y Contadores Públicos de Honduras  
Apartado Postal Nº 588  
Tegucigalpa, D. C.

Estimado señor:

En atención a su Oficio Nº 21-S de fecha 21 de septiembre del presente año, referente a la consulta que le formuló la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras firmada por el Secretario Dr. Héctor Laínez N., relacionada con las cuotas ordinarias y extraordinarias pagadas por los colegiados si son o no deducibles de la renta bruta a que se refiere la Ley del Impuesto sobre la Renta, tengo a bien exponerle:

Estos gastos se consideran como deducción de los ingresos siempre que constituya un gasto ordinario necesario para producir la renta del período contributivo y debidamente comprobado.

En el caso específico de los médicos las cuotas ordinarias pagadas son deducibles por el hecho de que para ejercer la profesión es necesario que el médico esté colegiado, de consiguiente se considera un gasto ordinario y necesario para producir renta.

Estas cuotas no son deducibles para los profesionales colegiados que no ejercen la profesión, es decir que no perciben ingresos por este concepto, en este caso no es un gasto necesario para producir renta.

Atentamente,

*J. Efraín Suazo,*  
Director General.

COLEGIO DE PERITOS MERCANTILES  
Y CONTADORES PUBLICOS DE HONDURAS

OFICIO N° 24-F

Dr. Héctor Laínez N.  
Secretario del Colegio Médico de Honduras.  
Su Oficina.

En contestación a su consulta relacionada sobre si las cuotas ordinarias, extraordinarias y de auxilio mutuo que pagan los miembros de ese prestigiado Colegio de conformidad con sus leyes, son deducibles para los efectos del Impuesto sobre la Renta, tengo a bien informarle que hice la consulta por escrito a la Dirección General de la Tributación, habiendo obtenido la respuesta que contiene el oficio de dicha Dirección N° KI-174-A, del 24 de septiembre de 1970, una copia del cual me permito anexarle a la presente.

Considero que la Dirección General de la Tributación no fue terminante en su respuesta; sin embargo, al tenor del párrafo de la respuesta que literalmente dice:

“En el caso específico de los médicos las cuotas ordinarias pagadas son deducibles por el hecho de que para ejercer la profesión es necesario que el médico esté colegiado; de consiguiente se considera un gasto ordinario y necesario para producir renta.”

Se concluye que todas cuotas: ordinarias, extraordinarias y de auxilio mutuo que el Colegio Médico de Honduras obliga a pagar a sus miembros, son deducibles, por cuanto tal pago de cuotas comporta requisito para poder estar colegiado y, por consiguiente, para poder ejercer la profesión.

Del señor Secretario con toda consideración, su Att. S.

Por la Junta Directiva del Colegio de Peritos Mercantiles  
y Contadores Públicos de Honduras

*Federico Fortín A.*  
Presidente

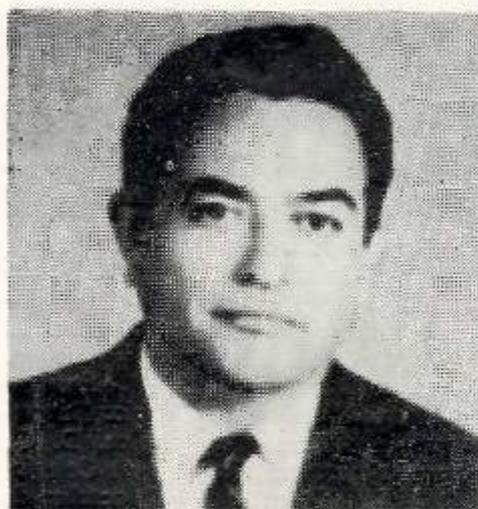
## OBITUARIO

Los meses transcurridos de 1970 nos han hecho lamentar la pérdida de cuatro apreciables colegiados que formaron cuerpo con nuestra agremiación desde que ella nació y su calor hizo que la misma creciera fortalecida, contribuyendo con su presencia a mantener la unidad colegial.

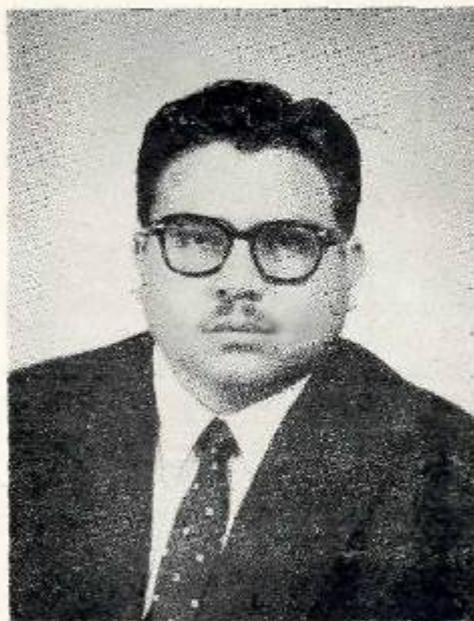
El Consejo Editorial de esta Revista deplora estas valiosas ausencias que se han hecho sentir en los campos gremial, profesional, social y familiar.

¡Que en paz descansen y que de Dios gocen!

El orden cronológico de su desaparecimiento fue el siguiente:



*Dr. José Antonio Bobadilla Enzmorado*, nacido en Siguatepeque, Comayagua, el 5 de marzo de 1918. Graduado el 3 de septiembre de 1944 en San Salvador, El Salvador, C. A. Residencia: San Pedro Sula, Cortés. Registro de Colegiatura N° 045. Fallecido el 28 de febrero de 1970. Edad: 51 años 11 meses.



*Dr. José Harold Casco Mazier*, nacido en Tela, Atlántida, el 7 de noviembre de 1930. Graduado el 29 de abril de 1957 en Tegucigalpa, Honduras, C. A. Estudios de post-graduado en Buenos Aires, Argentina. Especialidad reconocida por el Colegio: Cardiología. Residencia: Tegucigalpa, D. C., Francisco Morazán. Registro de Colegiatura N° 288. Fallecido el 23 de julio de 1970. Edad: 39 años 8 meses.



*Dr. Manuel Castillo Barahona,* nacido en Tegucigalpa, D. C., Francisco Morazán, el 6 de junio de 1889. Graduado el 26 de septiembre de 1919 en ciudad Guatemala, Guatemala, C. A. Residencia: Tegucigalpa, D. C. Registro de Colegiatura N° 299. Fallecido el 6 de agosto de 1970. Edad: 81 años y 1 mes.



*Dr. Eduardo Fernández Selva,* nacido en Tela, Atlántida, el 7 de septiembre de 1924. Graduado el 17 de noviembre de 1950 en San Salvador, El Salvador, C. A. Estudios de post-graduación en Pensilvania, E.U.A. Especialidad reconocida por el Colegio: Dermatología. Residencia: Tegucigalpa, D. C., Francisco Morazán. Registro de Colegiatura N° 038. Fallecido el 7 de octubre de 1970. Edad: 46 años 1 mes.

# COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

Registro de Colegiados hasta el 15 de octubre de 1970

1.—Abadie García, César Augusto	244	63.—Barahona Rodríguez, Leonel F.	689
2.—Abarca Guzmán, Justo	610	64.—Bardales Renderos, Gustavo A.	558
3.—Abud Handal, César Roberto	200	65.—Bardales, Armando	630
4.—Abularach Sabat, Francisco	169	66.—Barrientos Valle, Juan	098
5.—Acosta Guifarro, Isidoro	172	67.—Barrientos Ventura Oscar Adolfo	367
6.—Agüero Vega, René	302	68.—Batres Pineda Julio César	051
7.—Aguilar Aguilar, Rafael Antonio	448	69.—Beaumont L., Austin Augustus	047
8.—Aguilar Antúñez, Reginaldo	274	70.—Benavides G., Juan Pablo	210
9.—Aguilar Alemán, César	583	71.—Bendaña Medal, Luis Tirso	100
10.—Aguilar A., José Trinidad	315	72.—Bendaña Medal, Renato	090
11.—Aguilar Barrientos, Gabriel R.	659	73.—Bendaña Meza, Arturo	154
12.—Aguilar Paz, Enrique	003	74.—Bendaña Meza, Guillermo	356
13.—Aguilar Romero, Rolando	453	75.—Bendaña Meza, René	361
14.—Aguilera Ponce, Rolando Alonso	473	76.—Bendaña Meza, Sergio	048
15.—Aguiluz Berlioz, Oscar	012	77.—Bendaña Ullos, Carlos Alberto	230
16.—Agurcia Membreño, Carlos	317	78.—Bendeck Maradiaga, Jorge	675
17.—Alcerro Castro, Mario	424	79.—Bendeck Nimer, Alberto C.	363
18.—Alcerro Castro, Ramón	303	80.—Bennaton G., Carlos Alfonso	058
19.—Alcerro Oliva, José Napoleón	168	81.—Berlioz Simón, Sady Edgardo	534
20.—Alemán Quiñónez, Armando	243	82.—Bermúdez Milla, José Antonio	066
21.—Almendares Bonilla, Juan	430	82.—Bermúdez Bográn, Roberto	060
22.—Almendares Iriás, Juan Bautista	468	84.—Bertrand Anduray, Tulio	242
23.—Alonso Medina, Edgardo	011	85.—Boesch Matute, Raul Fernando	379
24.—Alvarado Lozano, Carlos Alberto	223	86.—Bográn Idiáquez, Marco Antonio	488
25.—Alvarado Lozano, Hugo	082	87.—Bonilla Contreras, Adán	313
26.—Alvarado Lozano, Rigoberto	081	88.—Bonilla Durán, Victor Orlando	653
27.—Alvarado Quezada, Danilo A.	601	89.—Boquín Nolasco, Ramón	634
28.—Alvarado Medina, Leonardo	620	90.—Borjas V., Ernesto A.	089
29.—Alvarado Ramírez, Enrique E.	574	91.—Boza Zerón, Adán	050
30.—Alvarado Salgado, Francisco E.	113	92.—Brevé Martínez, Roberto	153
31.—Alvarado Sagastume, Rómulo	417	93.—Bueso Arias, Juan Angel	357
32.—Alvarenga Maradiaga, Oscar R.	545	95.—Bueso Cáceres, Arturo	436
33.—Alvarez Santos, Manuel Efraín	504	94.—Bueso Arias, Luis	358
34.—Alvarez Molina, Gustavo Adolfo	643	96.—Bueso Castillo, José Antonio	354
35.—Amaya Bográn, Antonio Ramón	422	97.—Bueso Gómez, Manuel	042
36.—Amador Ponce, Lorenzo	642	98.—Bueso Pineda, Arnulfo	387
37.—Andino Matamoros, Armando	161	99.—Bueso Rodríguez, Fernando	613
38.—Andonje Fernández, Juan A.	071	100.—Bueso Rodríguez, Julio César	609
39.—Andrade Tejeda, Rolando	308	101.—Bueso, Julio César	190
40.—Antúñez Cardona, Elia Felícita	662	102.—Bustamante Canales, María C.	079
41.—Argueta Aguilar, Angel Ernesto	457	103.—Bustamante Pineda, Luis Alonso	460
42.—Argueta Ariza, Ernesto	371	105.—Caballero Mejía, Lucas	490
43.—Arias Chicas, José Santos	639	104.—Bustillo Rivera, Emilia	293
44.—Arita Chinchilla, Carlos A.	535	106.—Caballero R., Armando	191
45.—Aronne Guillén, Marcio	680	107.—Cáceres Vijil, Manuel	163
46.—Arriaga Chinchilla, José R.	528	108.—Culderón R., Manuel Antonio	068
47.—Arriaga Iraheta, Edgardo	061	109.—Cáliz Hernández, Roberto	427
48.—Atuán Simón, José	495	110.—Cáliz Solís, Ubence	607
49.—Ayala Avila, Saúl	322	111.—Callejas Zelaya, Luis	217
50.—Ayes Meija, Gustavo Adolfo	588	112.—Cámbar Ramos, Pablo José	564
51.—Ayestas López, Claudio Leonardo	225	113.—Caminos Díaz, Carlos	428
52.—Ayestas López, Juan Francisco	385	114.—Canahuati Mitri, Jamal Emilio	439
53.—Ayestas López, Guillermo	393	115.—Canahuati, Shibli M.	360
54.—Ayestas López, Santos Darío	481	116.—Canales Zúñiga, Zulema	118
55.—Azeona del Hoyo, Fernando F.	374	117.—Cárcamo Tercero, Oscar Jacobo	092
56.—Bados Mendoza, Leonel Armando	483	118.—Cárcamo Tercero, Tito Humberto	069
57.—Baltodano Mejía, Federico	208	119.—Cardona Bonilla, Juan	573
58.—Banegas Montes, Virgilio	049	120.—Cardona Chinchilla, Herlindo	394
59.—Barahona C., J. Rodrigo	044	121.—Cardona López, Virgilio	186
60.—Barahona Coello, Adán	046	122.—Cardona de Herrera, Hena	222
61.—Barahona, Edmundo Alejandro	498	123.—Carias Donaire, Gustavo	328
62.—Barahona Garay, Luis Alonso	095	124.—Carranza Díaz, Marco Tulio	576

125.—Carranza Velásquez, René	027	192.—Downing Chavarria, Alberto	039
126.—Caras Oviedo, Rolando	093	193.—Dox Guillén, Francisco	463
127.—Carrasco Flores, Manuel	053	194.—Duarte de Laffite, Olga	273
128.—Cassis Assaf, Lincoln Geo	556	195.—Duarte de Zúñiga, Flora C.	403
129.—Castellón, Mario Germán	589	196.—Dubón Doblado, José Francisco	559
130.—Castellón Tercero, Prisciliano	413	197.—Dubón Martínez, Francisco	321
131.—Castellanos Figueroa, César	638	198.—Durón Rivera, José Ramón	005
132.—Castellanos Salgado, Plutarco	414	199.—Durón García, José Arturo	381
133.—Castellanos Tercero, Esteban	332	200.—Durón Martínez, Raúl A.	054
134.—Castillo Antúnez, Mario	126	201.—Echeverri Mendoza, Victoriano	359
135.—Castillo Haniel, Selim	189	202.—Echeverría Fong, Justo Manuel	301
136.—Castillo Milla, José Joaquín	652	203.—Eibuschitz Spiegel, Roberto	297
137.—Castillo Molina, Danilo	456	204.—Elvir Aceituno, Carlos	362
138.—Castillo Moncada, Armando	115	205.—Elvir Girón, Luis	527
139.—Castillo Ochoa, José de Jesús	475	206.—Enamorado Castro, Edgardo	461
140.—Castillo Zúñiga, Randoifo	619	208.—Erazo Caballero, Servio Tulio	311
141.—Castro Alemán, Lombardo	699	208.—Escobar Molina, Arturo	678
142.—Castro Reyes, José	155	209.—Escorcia Hernández, Rafael de J.	327
143.—Cerna Salgado, Félix	468	210.—Escoto Manzano, Ezequiel	500
144.—Cerrato Zelaya, Giro Randoifo	479	211.—Espinoza Mourra, Dagoberto	440
145.—Cervantes Gallo, René	282	212.—Estrada Domínguez, Anarda	280
146.—Claros Fortín, Honorio	008	213.—Estrada Duarte, Rafael	464
147.—Clemente Tomé, Francisco	649	214.—Fajardo Aguirre, Modesto	272
148.—Coello Núñez, Ramiro	498	215.—Fajardo Cabrera, Hernán Danilo	142
149.—Coello Oliva, Miguel Humberto	114	216.—Fajardo h., Jerónimo	072
150.—Colindres Delgado, Vilma Lillian	628	217.—Faraj Rischmawy, Elías A.	076
151.—Collart Valle, Juan Ramón	062	218.—Pérez Illa, Marcio César	474
152.—Córdova Santos, Gabino	593	219.—Ferguson Luna, Arturo	193
153.—Corea Molina, Jorge Adalberto	529	220.—Fernández Rápsalo, Merlin	679
154.—Corrales Padilla, Cornelio	268	221.—Ferrera Andino, Claudina M.	670
155.—Corrales Padilla, Hernán	626	222.—Fiallos Fonseca, Ernesto Narciso	152
156.—Cortés de Villela, Marta	204	223.—Fiallos Medina, Pedro Orlando	526
157.—Cortés Padilla, Luis Arturo	582	224.—Fiallos Montero, Dennis	502
158.—Cousin Boquín, Luis Alejandro	349	225.—Fiallos Salgado, Julián Federico	001
159.—Cruz Alvarado, Camilo	553	226.—Figueroa de Espinoza, Virginia	441
160.—Cruz Moreno, Fnemecio	511	228.—Figueroa Sarmiento, José Pablo	532
161.—Cruz Moncada, Enrique Adolfo	640	227.—Figueroa Rodezno, Ramiro	320
162.—Cruz Gavidia, Roberto	635	229.—Flores de Almendares, Rosario J.	629
163.—Cuéllar Martínez, Raúl	015	230.—Flores Fiallos, Armando	349
164.—Cuestas Chinchilla, Luis A.	533	231.—Flores Fiallos, Raúl	135
165.—Cueva Villamil, José Adán	151	232.—Flores Flores, René	497
166.—Cueva Recinos, Juan Ramón	513	233.—Flores Varela, Hiram	623
167.—Cuevas B., José Pablo	289	234.—Florentino P., Guillermo	030
168.—Custodio López, Ramón	066	235.—Fonseca Carballo, Oscar Antonio	641
169.—Chavarría Rodríguez, Santiago R.	312	236.—Fortín Midence, Benjamín	198
170.—Chavarría Suazo, Gilberto	057	237.—Fortín Ynestroza, Marco Antonio	637
177.—Chávez Arias, Pedro Emilio	618	238.—Ferrufino Ortiz, Ramón	088
172.—Chávez Quan, Manuel Armando	516	239.—Funes Torres, Julio César	615
173.—Chirinos Velásquez, Manfredo	375	240.—Galeano Ramírez, José Hernán	586
174.—Chirinos Velásquez, Raúl	360	241.—Galeano de Turcios, Betty Najul	578
175.—Dávila A., José Manuel	197	242.—Galcaas Agurcia, Jorge Tulio	676
176.—De Cid López, Juan Rafael	404	243.—Galo, David Abraham	319
177.—De León Paz, Carlos	350	244.—Galo Puerto, Ramón	344
178.—Delgado Aguirre, Ricardo	422	245.—Gálvez Rovelo, Carlos Máximo	260
179.—Delgado González, Carlos A.	116	246.—García Pacerra, Guillermo	067
180.—Delgado Pineda, Juan	220	247.—García Cruz, José Raúl	631
181.—Delgado Zepeda, Armando Nicolás	482	248.—García Erazo, Tomás	305
183.—D'az Bonilla, José Manuel	046	249.—García, Donald L.	170
183.—D'az Lobo, Alfonso	388	250.—García Guevara, Jacinto R.	406
184.—D'az Maestro, Luis	245	251.—García Guevara, José de la Cruz	577
185.—Díaz Montoya, Rafael	550	252.—García Martínez, Jorge Alberto	597
186.—Díaz Salinas, René	324	253.—Gauggel Cardona, José Eduardo	344
187.—Díaz Santos, Pablo	221	254.—Gavidia Reynaud, Ricardo A.	659
188.—Díaz Zelaya, Juan de Dios	587	255.—Girón Aguilar, Aristides	253
189.—Dickerman Kraunick, Samuel	595	256.—Girón Mena, Eduardo	139
190.—Domínguez de Murillo, María E.	599	257.—Girón Rodríguez, Miguel Angel	451
191.—Domínguez R., José Refugio	052	258.—Glynn de Hernández, Vilma	682

259.—Godoy Sandoval, José Leonardo	108	326.—León Gómez, Alfredo	009
260.—Godoy Arteaga, Carlos	185	327.—León Gómez, Francisco	007
261.—Gómez Alvarado, Vicente		328.—Lezama Castellanos, Rolando	567
262.—Gómez Hernández, Nery	540	329.—Lezcano de García, Regina A.	651
263.—Gómez-Márquez Gironés, José	224	330.—Lobo Cerna, José Rafael	604
264.—Gómez Núñez, Concepción	194	331.—López Canales, Gustavo Ernesto	575
265.—Gómez Rivera, Daniel	245	332.—López Canales, José Rubén	565
266.—Gómez Padilla, César Alberto	138	333.—López Lagos, Rigoberto	378
267.—Gómez Robelo, Roberto	101	334.—López Herrera, Heberto	571
268.—González Ardón, Oscar	552	335.—López Medina, Camilo	568
269.—González de Cámar, Martha Y.	563	336.—López Nieto, Marco Antonio	538
270.—González Colindres, Jorge Aníbal	605	337.—López Villa, José Antonio	538
271.—González Herrera, Carlos H.	297	338.—López Zelaya, Alejandro	158
272.—González Ortíz, Julio Augusto	248	339.—Lozano Caballero, César	010
273.—González Rosa, Virgilio	064	340.—Lozano Matamoros, Ramiro H.	105
274.—Guillén Aguilar, Jorge Alberto	543	341.—Lorenzana Sosa, Dagoberto	541
275.—Guillén Pinel, Humberto	335	342.—Lovo López-Villa, Salvador	581
276.—Gómera Aguilar, Napoleón .	226	343.—Madrid Zelaya, Germán R.	202
277.—Gutiérrez López, Rodrigo	307	344.—Magarín Rosales, Julio César	449
278.—Gutiérrez Villafranca, Roberto	275	345.—Maioff Fléfil, Ricardo	655
279.—Guzmán Banegas, Alberto	278	346.—Manheim de Gómez, Eva	201
280.—Haddad Quiñónez, Jaime	519	347.—Maradiaga Vilches, Arturo A.	632
281.—Haddad Quiñónez, Jorge	080	348.—Mario Mejía, Antonio	438
282.—Handal Handal, Alberto Elías	138	349.—Márquez Cerrato, Antonio	016
283.—Handal Handal, José Elías	390	350.—Martel Guillén, Pedro	148
284.—Henríquez Espinoza, René A.	663	351.—Martínez Boquín, Gustavo E.	
285.—Henríquez Izaguirre, César A.	525	352.—Martínez Funes, José	452
286.—Henríquez García, Rolando	572	353.—Martínez Castillo, Carlos	466
287.—Hernández Canales, Miguel Angel	370	357.—Martínez Ordóñez, José	205
288.—Hernández Cañadas, Vicente	539	355.—Martínez Matamoros, Oscar	386
289.—Hernández Linares, Wilfredo	602	354.—Martínez Guillén, Andrés Arturo	339
290.—Hernández Rodríguez, René	348	356.—Martínez Meza, Luis Edgardo	544
291.—Hernández Meléndez, Pablo	295	358.—Martínez Pinel, Carlos Alfredo	237
292.—Hernández, Ciro Gilberto	681	359.—Martínez Ponce, Tomás	645
293.—Hernández Santos, Francisco A.	515	360.—Martínez Valenzuela, Rafael	259
294.—Herrera Arrivillaga, Víctor	134	361.—Mass Bonilla, Franklin Douglas	612
295.—Herrera Cruz, Oscar Leonel	410	362.—Matamoros Flores, Benjamín	020
296.—Herrera Cruz, Santiago	409	363.—Matute Alvarez, Roberto A.	484
297.—Hilsaen H., Fernando	323	364.—Matute Canizales, Eugenio	167
298.—Hiza Kury, Salvador	407	366.—McKinney, Mariano B.	342
299.—Inestroza Zelaya, Javier	372	368.—Medrano Díaz, Héctor Alfredo	145
300.—Interiano Rodríguez, Manuel	382	365.—Mayes Huete, Santos Eduardo	450
301.—Interiano Rodríguez, Pompilio	477	367.—Medal, Mario Santos	236
302.—Interiano, Rodolfo Eugenio	087	369.—Medrano Martínez, Raúl A.	487
303.—Irás Calix, Héctor Armando	341	370.—Medina Nolasco, Aníbal	094
304.—Irás Miralda, Marco Tulio	493	371.—Medina Nolasco, René	471
305.—Javier Santos, Carlos Alberto	131	372.—Mejía Antúnez, Cornelio	316
306.—Javier Zepeda, Carlos Alberto	658	373.—Mejía Castro, Cándido	141
307.—Jiménez Leiva, Salvador	296	374.—Mejía Palacios, Arnulfo	664
308.—Jiménez Navarro, Rodolfo	270	375.—Mejía Del Cid, Armando	298
309.—Joya Moncada, Pablo Ulises	309	376.—Mejía Durón, Roberto	235
310.—Juárez Pereira, Leonardo	522	377.—Mejía Mejía, Miguel Angel	018
311.—Lacayo Sánchez, Alfonso	442	378.—Mejía Suazo, Antonio	650
312.—Laffite Martínez, Enrique	112	379.—Mejía Valladares, Enrique	428
313.—Lagos Lagos, Wilberto	478	380.—Membreño Marín, Héctor	290
314.—Lainez Núñez, Héctor	053	381.—Membreño Padilla, Alejandro	431
315.—Lara Claros, Rolando Antonio	596	382.—Membreño Padilla, Marta E.	569
316.—Lara López, Alejo	232	383.—Mena Baide, Benjamín A.	507
317.—Lara Zepeda, Juan	174	384.—Mena Díaz, Carlos	269
318.—Larach Jamis, César	029	385.—Mencia Salgado, Daniel	179
319.—Larios Borilla, Manuel Enrique	233	386.—Mendoza Alvarado, Amado Mario	175
321.—Larios Hernández, Saúl Enrique	491	387.—Mendoza Fiallos, José Trinidad	146
320.—Larios Contreras, Ramón	401	388.—Mendoza Valdez, Clemente	411
323.—Lanza Sandoval, Mario Duilio	353	389.—Merino Zaldívar, Rolando	443
322.—Larios Ulloa, Jrónimo	447	390.—Meza Galeas, Ramón	278
324.—Lázarus Bernhard, Roberto	097	391.—Midence Moncada, Ignacio E.	002
325.—Liva Vivas, José María	181	392.—Midence Vallecillo, Alfredo C.	077

398.—Milla Caballero, Rigoberto	585	460.—Paz Barahona, Miguel	616
394.—Milla Galeano, Horacio	019	461.—Paz Paredes, Arturo	667
395.—Molina Castro, Rafael	212	462.—Paz Rápalo, Salvador Reynaldo	614
396.—Molina Ortiz, Juan	557	463.—Paz Rivera, José Trinidad	352
397.—Moncada Amador, Miguel Rafael	119	464.—Paz Rivera, Juan	480
398.—Moncada Medrano, Lucas G.	028	465.—Peña Zelaya, Guillermo	036
399.—Moncada Ramírez, Miguel R.	120	467.—Peraza Zelaya, Mario Augusto	606
400.—Moncada Lrias, José Máximo	380	466.—Peraza Casaca, J. Antonio	635
401.—Montenegro P., Leopoldo	310	468.—Pereira, J. Ramón	074
402.—Montes Guerrero, Francisco	149	469.—Pérez Estrada, Alberto Vicente	449
403.—Montes Guerrero, José Aníbal	303	470.—Pérez Inestroza, Luis Mauricio	677
404.—Montes Guerrero, Nicolás de J.	647	471.—Pérez Izaguirre, José Antonio	247
405.—Montes Zepeda, Francisco Javier	542	473.—Pineda Coello, Mario	254
406.—Montoya Alvarez, Juan	238	472.—Pérez Izaguirre, Manuel de J.	377
407.—Montoya Fiallos, Juan	591	474.—Pineda Contreras, Octavio	355
408.—Morales San Martín, Ramón	421	475.—Pineda Escoto, José David	455
409.—Moreno Perdomo, Eduardo	512	476.—Pineda Fasquelle, Constantino	257
410.—Moreno Perdomo, Dagoberto	017	478.—Pineda Santos, F. Humberto	395
411.—Moreno V., José Jacinto	261	477.—Pineda Muñoz, Carlos Alberto	162
412.—Munguía Alonzo, Luis	106	479.—Pineda Tabora, Manuel	065
413.—Munguía Alonzo, Salomón	104	480.—Pino Montes de Oca, Emilio Roy	402
414.—Munguía Padilla, Carlos Elpidio	465	481.—Pinto González, Ernesto Antonio	435
415.—Murillo Elvir, Sergio Arturo	508	482.—Pinto Mejía, José	195
416.—Murillo Escobar, Francisco	364	483.—Ponce de Avalos, Reynaldo	429
417.—Murillo Escobar, Edgardo Aníbal	444	484.—Ponce de García, Olga María	654
418.—Murillo Selva h., Francisco	180	485.—Ponce Ochoa, Marcial	219
419.—Muñoz Mendoza, Miguel Rafael	159	486.—Ponce Ochoa, Marco Antonio	086
420.—Muñoz Muñoz, Carlos Miguel	397	487.—Portillo G., Carlos F.	123
421.—Nelson García, Francisco	648	488.—Ramírez Alfaro, Rigoberto	075
422.—Nelson Durón, Marco Antonio	627	489.—Ramírez Castañeda, Miguel O.	517
423.—Núñez Ortiz, Joaquín Angel	324	490.—Ramírez, Marco Antonio	467
424.—Núñez Zúñiga, Antonio Roberto	536	491.—Ramos Funes, Carlos Ventura	459
425.—Ochoa Alcántara M., Ricardo S.	412	492.—Ramos Reina, Luis Vidal	127
426.—Ochoa Reina, Efraín	264	493.—Raquel Sánchez, Pompeyo	091
427.—Ochoa Valle, José María	560	494.—Raudales Alvarado, Rodolfo A.	157
428.—Odeh Nasralla, Nicolás	014	495.—Raudales Barahona, Oscar	187
429.—Oliva Aguilar, Marco Tulio	561	496.—Raudales de Midence, Martha	128
430.—Oliva Barralaga, Roberto	346	497.—Reyes Berlioz, Rodolfo	099
431.—Oquell Colindres, Miguel Rafael	624	498.—Reyes Quesada, José Lisandro	325
432.—Orellana, Carlos Alberto	338	499.—Reyes de Paz, Olga	041
433.—Orellana Munglioni, Jesús H.	333	500.—Reyes Soto, Joaquín	209
434.—Ortega Matamoros, Julio César	546	501.—Reyes Vásquez, Jorge Isaac	548
438.—Oviedo Cubas, Raúl Gabriel	258	502.—Riera Hotta, Abraham	192
435.—Ortega Ordóñez, León Adalid	501	503.—Rivas Alvarado, Carlos	130
436.—Oscio Paz, Gloria	326	504.—Rivas Bustamante, Gustavo A.	137
439.—Oviedo Meza, Lisandro	400	505.—Rivas Bustamante, José Armando	482
437.—Osorio Contreras, Gilberto	004	506.—Rivas Pérez, Mario Catarino	250
440.—Oviedo Padilla, Guillermo	318	507.—Rivera Cáceres, José Augusto	231
441.—Oviedo Pineda, Antonio	432	508.—Rivera Domínguez, Presentación	485
442.—Pacheco Reyes, Jorge Alberto	150	509.—Rivera Faiardo, Elio	350
443.—Padilla Ramírez, Leonidas	665	511.—Rivera Medina, Carlos Humberto	183
444.—Palma Molina, Jacobo	206	512.—Rivera Miyares, Jorge Alberto	147
445.—Paredes Alemán, Alfredo Adolfo	617	510.—Rivera Henry, Julio C.	196
446.—Paredes Castillo, Gilberto	590	513.—Rivera Núñez, José Benjamín	284
447.—Paredes Escoto, Marco Antonio	434	514.—Rivera Reyes, Manuel de Jesús	037
448.—Paredes P., Francisco Otomán	399	515.—Rivera Reyes, Oscar Armando	133
449.—Paredes P., Manuel Armando	252	516.—Rivera Reyes, Roberto	376
450.—Paredes Toro, Salvador Ramón	271	517.—Rivera Vallecillo, M. de Jesús	286
452.—Paredes Regalado, Leandro S.	160	518.—Rivera Williams, Carlos	129
451.—Paredes Toro, Salvador	523	519.—Rivera Suazo, Edgardo	489
454.—Pastor Zelsya, Rodolfo	107	520.—Rodríguez A. Reinaldo Antonio	111
453.—Pascua Leiva, Herman	034	521.—Rodríguez Lañez, César	683
455.—Pavón Aguilera, Armando	166	523.—Rodríguez Leiva, Saúl	446
456.—Pavón Gale, Leonel	666	522.—Rodríguez Barahona, Gonzalo	672
457.—Pavón Lagos, Héctor Eduardo	566	524.—Rodríguez Izaguirre, Rigoberto	423
458.—Pavón Leiva, Rafael Antonio	124	525.—Rodríguez Soto, Gonzalo	216
459.—Pavón Moncada, Mario	418	527.—Rodríguez Guifarro, Francisco A.	655

526.—Rodríguez Guerrero, Benjamín	256	594.—Valladares Rivera, José Erasmo	622
528.—Rodríguez O., Conrado Ernesto	213	595.—Valle Mejía, Carlos Aristides	215
529.—Rodríguez Martínez, Angel Rubén	644	596.—Valle Sigüí, Héctor Augusto	454
530.—Romero Madrid, Manuel	178	597.—Vallecillo Toro, Gaspar	214
531.—Romero Madrid, Raúl Manuel	199	598.—Vallecillo Toro, Octavio	240
532.—Rosales Colindres, Martín Ulises	530	599.—Vallejo Larios, Víctor Manuel	531
533.—Rubí Avila, Elmer Antonio	611	601.—Varela Mejía, Fausto José	265
534.—Rubí de García, Marta Lidia	598	600.—Van Eyl de Rodríguez Olgu	668
535.—Ruiz Leiva, José Rafael	388	603.—Vargas Funes, Angel Donoso	031
536.—Sabillón Leiva, Juan	110	602.—Varela Ramos, José Mauricio	608
537.—Sabillón Rivera, Oscar Orlando	476	604.—Vaquero Muñoz, Luis	656
538.—Salgado Martínez, Humberto	177	605.—Vásquez Aguilar, José Octavio	562
539.—Salgado Molina, César Rodolfo	503	606.—Vásquez Casanova, Pompeyo	671
540.—Salinas Portillo, José Luis	524	607.—Vásquez Cueva, Jesús Alberto	368
541.—Salvadó Aguilar, Ramón	033	608.—Vásquez Zelaya, Rosalpina	629
542.—Samayoa M., Enrique Octavio	445	609.—Velásquez Cruz, Danilo	392
543.—Samra Saykaly, Luis	373	610.—Velásquez Laínez, Armando	025
544.—Sánchez Guevara, Angel Porfirio	634	611.—Velásquez García, José Ramón	279
545.—Sandoval Cáliz, Wilfredo	420	611.—Velásquez Laínez, Armando	025
546.—Sandoval Pineda, Manuel A.	073	612.—Velásquez Suazo, Fausto	249
547.—Santos de Avilés, María	673	613.—Velásquez V., Víctor Manuel	109
548.—Sarmiento Acosta, Luis Alfonso	496	614.—Venegas Flores, Arturo Joaquín	171
549.—Sarmiento Soto, Marco Antonio	518	616.—Vidal Soto, César Antonio	551
550.—Sarmiento Soto, Manuel	188	615.—Viara Matute, Elio L.	646
551.—Sarmiento Soto, Marcelo	633	617.—Vides Turcios, Marcial	396
553.—Saybe Cabús, Jorge Martín	331	618.—Vides Turcios, Oscar	060
552.—Sarmiento Soto, Ramón Alberto	470	620.—Villalobos Castillo, Juan R.	266
554.—Seaman Reyes, Julio	132	619.—Villafranca Soto, Terencio	291
555.—Sequeiros Verde, Manuel	267	621.—Villanueva Doblado, Jorge A.	176
556.—Sevilla Rivera, Marco Antonio	494	622.—Villega A., Miguel Angel	332
557.—Sibrián Corea, Landelino	336	623.—Villega Chinchilla, Roberto	263
559.—Sierra García, Donald	415	624.—Villega Soto, Juan José	083
558.—Sierra Andino, Carlos	203	625.—Villega Morales, José Ramón	347
560.—Sierra Lagos, Rafael Enrique	329	626.—Villega Sagastume, Oscar R.	674
562.—Sierra Martínez, Miguel Angel	547	627.—Villega Vidal, Ricardo	227
561.—Sierra Martínez, Edgardo	472	628.—Vizil González, Max Alonso	554
563.—Sierra Medina, Julio	580	629.—Vizil Osorio, Julio César	537
564.—Sikaffy Tajamás, Jesús	266	630.—Vindel Serrano, Ramón Pedro	555
565.—Silva de Rivas, María Elena	505	631.—Voto Delgado, José	023
566.—Silva Godoy, José Luis	514	632.—Wolfovich Alvarado, Jorge A.	584
567.—Sol's Pinto, Carlos A.	570	633.—Yacamán Yacamán, Víctor R.	621
568.—Sosa Alvarado, Manuel Esteban	055	634.—Younberg Stephen, Aaron	389
569.—Sosa Vidal, Jesús	032	635.—Ynestroza Urrutia, Wilfredo	636
570.—Sosa Vidal, Marco Antonio	391	636.—Zambrana Castillo, Mario A.	233
571.—Suazo Búlnes, Aristides	369	637.—Zavala Castillo, Octavio	173
572.—Suazo Córdova, Roberto	122	638.—Zavala Chirinos, Alejandro	218
574.—Suazo Urcuña, Manuel Octavio	622	639.—Zavala Sandoval, Reynaldo O.	549
573.—Suazo Ruiz, Gustavo	579	640.—Zelaya Appel, Julio Antonio	521
575.—Santos Alvarado, Jacobo	594	641.—Zelaya Flores, Juan Evangelista	013
576.—Táborá Bautista, José Eliseo	117	642.—Zelaya Martínez, Gilberto	592
577.—Táborá Flores, José Eduardo	657	644.—Zelaya Pinel, Arturo	229
578.—Talavera Westin, Eduardo	085	643.—Zelaya Martínez, Rafael	281
579.—Tercero Mendoza, Rafael A.	211	645.—Zelaya Ramírez, Angel	102
580.—Tinoco Araya, Eduardo	327	646.—Zelaya Smith, Jorge Manuel	078
581.—Tomé Abarca, Fernando	520	647.—Zelaya Táborá, José Enrique	661
582.—Tróchez Pineda, Hilton Bruno	025	648.—Zepeda Raudales, Adán	144
584.—Torres Padilla, Benjamín	458	649.—Zepeda Turcios, Roberto	182
588.—Tróchez Sabillón, Gonzalo	255	650.—Zepeda V., Francisco Salomón	241
585.—Torres Wills, Carlos Arturo	156	651.—Zerón Ortega, Roberto	419
586.—Torres Wills, Manuel Antonio	165	652.—Zúñiga, César Augusto	098
587.—Ulloa Donaiare, Miguel Antonio	294	653.—Zúñiga Alemán, Gustavo Adolfo	416
589.—Ulloa Vásquez, Ernesto	486	654.—Zúñiga Amador, Darío	506
589.—Ulloa P., Angel Augusto	314	655.—Zúñiga Díaz, Gustavo Adolfo	140
590.—Valenzuela A., Juan Ramón	351	656.—Zúñiga Lagos, Alejandro	287
591.—Valenzuela Guerrero, Rodolfo	425	657.—Zúñiga Durón, Silvio Renato	021
592.—Valerio Pazzatti, José René	164	658.—Zúñiga Ortega, Raúl Enrique	277
593.—Valladares Lemaire, Juan René	024		

## COLEGIADOS FALLECIDOS

1.—Eduardo Fernández Selva	038
2.—Guillermo Bustillo Oliva	043
3.—José Antonio Bobadilla	045
4.—Atilo González Flores	070
5.—Marco Tulio Burgos	102
6.—Miguel A. Sánchez	121
7.—Cristóbal Núñez C.	125
8.—Octavio Valladares E.	143
9.—Rodolfo Figueroa Rosa	228
10.—Teodoro Valle M.	239
11.—Emigdio Mena Q.	246
12.—Felipe Ponce Tejeda	251
13.—Pablo V. Moncada	262
14.—Ramón Reyes Ramírez	285
15.—José Harold Casco Mazler	288
16.—Martín A. Bulnes	292
17.—Manuel Castillo Barahona	299
18.—Juan V. Moncada	304
19.—Joaquín Romero Méndez	348
20.—Vicente Mejía Colindres	384
21.—Manuel de Jesús Echeverría	398
22.—Carlos Alberto Reyes Navarro	433
23.—Luis Ynestroza López	510
24.—Juan Miguel Fiallos Castillo	599