

Revista MEDICA HONDUREÑA

(2a. Epoca)

ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

FUNDADA EN 1930

Sumario

SECCION EDITORIAL	Pág.
El Médico y la comunidad	
Dr. Alfredo León Gómez	106
ARTICULOS ORIGINALES	
Calagualina: Su ensayo en el tratamiento de la psoriasis	
Dres. Hernán Corrales P., Héctor Láinez N. y Jorge Pacheco	253
Consideraciones sobre el empleo de Epontol (Propanidida) en la operación cesárea (análisis clínico de 100 casos)	
Dr. Oscar Armando Rivera	263
Evidencia serológica de una epidemia de disentería causada por el Bacilo de Shiga en Honduras	
Dres. Manuel Figueros, Leonardo Mata y Napoleón Gúnera	274
Temas sobre administración médica y hospitalaria	
Dr. Carlos Sierra Andino	280
El hospital como institución de cuidados progresivos al paciente	
Dr. Jacobo Santos Alvarado	294
Caso anatomoclínico	
Dres. Alberto C. Bendeck Nimer y Adán Cueva V.	310
SECCION HISTORICA	
Perlas de la Historia de la Medicina	317
SECCION DE EXTRACTOS DE REVISTAS	319
SECCION DE CONGRESOS	325
SECCION GREMIAL	323
SECCION LITERARIA	
Al Maestro Cirujano por el Dr. Salvador Díaz Zelaya	327
¿Por qué me amas, Señor...? por Rafael Escorcía H.	327
¡Centro América, una! por el Dr. Héctor Láinez N.	328
Sursum Corda por la Dra. Hena Cardona de Herrera	329
Obituario	330
Registro de Colegiados hasta el 16 de noviembre de 1972	333
Lista de Médicos Especialistas reconocidos por el "Colegio Médico de Honduras"	340
INDICE DE ANUNCIANTES	XIX

VOL. Nº 40

Nº 4

OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE-1972

XVII CONGRESO MEDICO NACIONAL
XII ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA
La Ceiba, del 6 al 10 de febrero de 1973

Revista
MÉDICA HONDUREÑA
(2ª Época)
ÓRGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

CONSEJO EDITORIAL

ALFREDO LEÓN GÓMEZ
Director

PLUTARCO CASTELLANOS
Secretario

Redactores;

FERNANDO TOME ABARCA
JUSTO MANUEL ECHEVERRÍA
HUMBERTO RIVERA M.
RIGOBERTO LÓPEZ L.

Administración: "COLEGIO MEDICO
DE HONDURAS"

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

SE SOLICITA CANJE

EL MEDICO Y LA COMUNIDAD

El papel del Médico en la sociedad moderna parece tornarse cada día más complejo y difícil.

El ejercicio tradicional de la Medicina tal como lo han conocido las anteriores generaciones tiende a modificarse de manera que la generación presente y la futura se enfrentan a un mundo radicalmente distinto con nuevos problemas y diferentes soluciones. Lo que antes era una medicina curativa, limitada al paciente, ahora se ha transformado en una medicina que necesariamente tiene que considerar al hombre como un todo incluyendo el soma, la mente, la sociedad y la ecología. Una medicina más dinámica y ecléctica.

El médico por su preparación científica y humanística, por respeto al juramento hipocrático, por su posición económica y social tiene la oportunidad y la obligación moral de jugar un papel preponderante, de guía, de orientador, de consejero, ante los problemas de toda índole que enfrenta la comunidad. Y en los países pobres como el nuestro su misión en este aspecto tiene que ser de mayor peso y valor.

Los problemas de nuestra comunidad van desde aquellos que se limitan al paciente por sí mismo, hasta aquellos que afectan la sociedad y la humanidad entera. El médico no puede olvidarse para el caso de la ecología, tiene que contribuir y cooperar a mejorar el medio ambiente.

La protección de los bosques, ahora sujetos a una tala irracional, la protección de la fauna también sometida a explotación voraz, la contaminación de las aguas de los ríos, los lagos y el mar por la industria y el hombre; el daño a la atmósfera y al aire que respiramos por gases venenosos, la exposición del hombre al polvo de las minas que ha dejado en Honduras una estela de dolor y sufrimiento. El ruido estridente de la ciudad moderna con el automóvil y los aviones a reacción, así como la música disonante producto de la electrónica contribuyen a afectar el aparato auditivo y el sistema emocional y nervioso de la humanidad. La incapacidad de nuestra sociedad de dotar a todos sin excepción, de un techo, pan, agua, educación y salud deben ser objeto de la reflexión y preocupación del médico. Los deportes peligrosos y dañinos al hombre tal como el pugilismo, del cual ya se ha descrito una patología especial necesariamente deben caer dentro de la esfera de influencia del profesional médico. La desnutrición severa, madre de tantos males, afecta principalmente a la infancia; la irresponsabilidad paterna; el alcoholismo y últimamente el uso desmedido de drogas por una juventud con problemas mentales que lucha denodadamente por identificarse con culturas extrañas; los problemas y enfermedades iatrogénicas, y por último para no citar más ejemplos la tremenda mortalidad y morbilidad producida por los accidentes de automóvil producto del alcohol, la neurosis y el exceso de velocidad.

El crecimiento desmesurado de la población del globo terráqueo está ya planteando al médico un problema de enorme envergadura. La América Central con un índice de natalidad alrededor de 40 por mil, con recursos naturales limitados y con una población paupérrima, tiene naturalmente que controlar la explosión demográfica. El papel del médico en este caso es evidente y obvio. Los problemas mentales constituyen para la sociedad moderna un verdadero azote. La delincuencia, la violencia en todas sus formas, los trastornos de la

conducta, son todos capítulos de patología psiquiátrica en donde el profesional de la medicina ocupa un lugar preponderante. Ya hemos visto casos de violencia colectiva donde mentes con problemas psiquiátricos severos han desencadenado hasta conflictos internacionales de gravedad imprevisible.

El médico tiene un lugar definido, sobresaliente y de preferencia en la comunidad, no puede renunciar a él. Debe enfrentar los problemas, contribuir con sus conocimientos, aconsejar y ayudar a legislar y sobre todo mantenerse en el liderato para hacer de la comunidad un lugar más adecuado para la vida de la especie humana.

DR. ALFREDO LEÓN GÓMEZ

"LAS INVESTIGACIONES CON CALAGUALINA"

En este número de la Revista Médica Hondureña, Corrales, Laínez y Pacheco, de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, comunican los resultados obtenidos al ensayar la Calagualina en el tratamiento de la Psoriasis. Los investigadores indican que la Calagualina es un agente útil en el tratamiento de la psoriasis al actuar como un inhibidor de la proliferación epitelial.

La Calagualina fue aislada por Horvath, Alvarado y Colaboradores como una saponina con propiedades anti-tumorales que se obtiene del Polypodium Leucotomos. La constancia, tenacidad y esfuerzos del Grupo Investigador del Departamento de Fisiología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras comienza a dar sus frutos como lo demuestra el trabajo que comentamos.

La búsqueda de drogas que puedan modificar el curso de la psoriasis constituye una empresa de envergadura y de gran mérito dados los efectos perjudiciales de esta entidad nosológica. Celebramos y enviamos nuestra palabra de estímulo a los Doctores Corrales, Laínez y Pacheco para que continúen incrementando su casuística ya que los resultados informados son enormemente prometedores.

DR. ALFREDO LEÓN GÓMEZ.

"INTOXICACIONES POR PARATION"

*Informaciones de los diarios de Tegucigalpa ha dado cuenta de la intoxicación fatal de tres niños, los cuales fallecieron después de que la madre les aplicara paration en el cuero cabelludo con el fin de erradicar la infestación por piojos (*pediculus capitis*). Los tres niños murieron en forma rápida y no fue posible hacer nada por ellos en los centros hospitalarios. Decesos similares han ocurrido esporádicamente en el país por aplicación tópica de esta sustancia tóxica. Intoxicaciones masivas han ocurrido en forma accidental al contaminarse alimentos con este tipo de insecticida y son numerosas las muertes ocurridas a personas que trabajan en la agricultura al verse expuestas a los órganos fosforados que se usan en las plantaciones de algodón.*

Es evidente que los compuestos organofosforados han producido muertes en nuestro país que posiblemente lleguen a varios centenares.

La más alta incidencia de envenenamientos con compuestos organofosforados es la del Japón donde se estima que alrededor de 20.000 personas han muerto desde 1953 (1). La India, Singapur, Colombia y México han tenido casos de intoxicaciones masivas por contaminación de alimentos en forma accidental.

Los compuestos organofosforados son poderosos inhibidores de la acetilcolinesterasa y de la pseudocolinesterasa liberando acetilcolina la, cual estimula y luego paraliza las transmisiones colinérgicas, dejando sin afectar las transmisiones adrenérgicas. Los efectos muscarínicos (parasimpático) nicotínicos (simpático y motor) y del sistema nervioso central son bien conocidos. La absorción del paratión por la piel, tubo gastrointestinal, conjuntivas, tracto-respiratorio, etc., hacen de este compuesto un insecticida potencialmente peligroso sobre todo en manos de gente que desconoce su uso.

Queremos llamar la atención de las autoridades de Salud Pública, en el sentido de que urge una campaña intensa con el fin de educar a nuestro pueblo para que el paratión y otros compuestos organofosforados no sean usados en forma errónea con tan trágicos resultados. A través de la radio se podría iniciar una campaña educativa con el fin de prevenir sucesos como el que comentamos y que han traído luto a innumerables familias hondureñas. Bien podría obligarse a los importadores de estos compuestos a señalar los recipientes con marbetes que en forma explícita y gráfica muestren el carácter tóxico de estas sustancias de uso tan generalizado en la agricultura.

DR. ALFREDO LEÓN GÓMEZ.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Envenamiento por insecticidas organofosforados: Namba T., Nolte C, Jackrel J, Grob D. Amer. J. of Medicine 50, 475, 1971.

CALAGUALINA

Su ensayo en el tratamiento de la Psoriasis*

Hernán Corrales P. - Héctor Lainez N. - Jorge Pacheco

La psoriasis, es una enfermedad crónica de la piel, a veces muy severa y que suele producir una reacción emocional muy intensa en el paciente.

Múltiples tratamientos se han empleado, algunos con efectos secundarios tan importantes que limitan su aplicación.

Gubner (1) observó por primera vez en 1951 la acción de los antimetabólitos. en la psoriasis, empleando aminopterín sódico.

Van Scott y Ekel (2) demostraron elevación del número de las mitosis en la epidermis de psoriáticos con aumento de 4 veces el volumen normal de la epidermis y 3 veces el de las papilas dérmicas. Es por tanto razonable esperar respuesta favorable de la psoriasis a drogas que supriman la hiperplasia epidérmica.

Edmundson y Guy (3) informaron en 1958 el efecto beneficioso del Methotrexate en 17 casos de Psoriasis. Posteriormente se han producido múltiples informes sobre el efecto beneficioso de los antagonicos del ácido fólico en psoriasis (4-12) siendo el methotrexate comúnmente empleando en la actualidad en el tratamiento de casos severos.

Pero, por otra parte, ocurren algunas veces efectos indeseables con dosis cercanas o ligeramente superiores a la terapéutica. Van Scott y Col. (9) informaron leucopenia, trombocitopenia, úlceras bucales, eritema y función hepática anormal en pacientes tratados con Methotrexate. Similares efectos informaron Black y Col. (13) y además un caso fatal que mostró embolismo pulmonar y necrosis hepática. Otro caso fatal informaron Shrank y Blendis (14) con Methotrexate y la autopsia reveló necrosis tubular de riñones y Klebsiella pneumonia. O'Rourke y Eckert (15) y Col. y Bull (16) han informado cirrosis hepática.

Muller y Col. (17) informaron dos casos con cirrosis post necrótica y 5 casos más con hepatotoxicidad revelada por biopsia. Epstein y Craft (18) informaron también un caso fatal de cirrosis hepática y Dubin y Ugel (10) recientemente han informado una cuidadosa evaluación de la afección hepática asociada al tratamiento con Methotrexate.

Aunque el porcentaje de pacientes que presentan tales complicaciones es bajo, la severidad de los mismos ha planteado una reevaluación de su uso y la búsqueda de fármacos menos tóxicos.

Un nuevo antimetabolito, la Hidroxiurea ha sido ensayada por Yarbro (20) en 1965 y posteriormente Yarbro y Leavell (21) informaron magníficos resultados. La Hidroxiurea es un ácido hidroxámico y los estudios realizados sugieren que inhibe la síntesis de ADN por varios mecanismos, por lo menos uno de los cuales es la inhibición de la reducción de ribonucleótido desoxiribunocleótido.

* Sección de Dermatología, Departamento de Medicina. Escuela de Medicina
Universidad Nacional de Honduras.

Leavel y Yarbro (22) trataron diez casos de psoriasis severa y nueva, mostraron respuesta clínica e histológica favorable. Probablemente es menos tóxica que el Methotrexate, siendo necesario un estudio comparativo doble ciego para determinar la eficacia y la toxicidad relativa de ambas drogas. Igual que el Methotrexate debe ser usada solamente en casos refractarios y con observación cuidadosa del recuento de glóbulos blancos y de otros parámetros.

Nosotros tratamos pacientes de psoriasis con calagualina pensando en la posibilidad de que ofrezca ventajas en términos de toxicidad.

CALAGUALINA, QUÍMICA Y EFECTOS METABOLICOS

Droga aislada por **Horvath**, Alvarado y Cols, en el Departamento de Fisiología de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

De la fracción hidrofílica de los rizomas desmenuzados y desecados de la Calaguala (*Polypodium leucotomos*) se aisló en forma cristalina un heterósido, formado por las azúcares glucosa y fructosa y un aglicón triterpénico.

En el respirómetro de Warburg esta sustancia inhibe la incorporación del aminoácido valina en proteínas y del precursor ácido orótico en las nucleoproteínas, en cortes de tumores malignos humanos. Estos resultados apuntan a una acción citostática en los cortes estudiados.

Estudios con cortes tumorales en presencia de dicha sustancia y utilizando glucosa marcada uniformemente, revelaron que existe también una disminución del transporte de este azúcar a través de la membrana. Mientras, controles de cortes de hígado de rata., no mostraron este efecto bloqueador; antes bien, hubo un aumento del transporte.

Al inyectar Calagualina en ratas por vía intraperitoneal simultáneamente con el aminoácido valina marcada, se estudió la incorporación del mismo en las proteínas de diversos tejidos. Se encontró que esta sustancia en concentración de 0.3 mg /gramo de peso corporal, aumentó la incorporación de la valina en las proteínas del hígado, bazo, riñón, músculo y cerebro. Por lo tanto su acción en el animal normal es más bien anabólica.

La ingestión prolongada de la Calagualina en ratas y ratones no produjo inhibición de la fertilidad y no se notaron alteraciones teratológicas en los fetos.

MATERIAL Y MÉTODO

Treinta y seis pacientes, veinte hembras y once varones de seis a setenta y tres años de edad con psoriasis severa de un mes a veinticuatro años de duración fueron incluidos en este estudio, de los cuales treinta y uno completaron todo el protocolo, habiendo sido sometidos a un estudio en el que la mitad de ellos tomó un placebo por cuatro semanas y Calagualina por cuatro semanas en secuencia alternante. En ningún momento el paciente ni el médico estuvieron enterados de cual tableta específicamente estaba siendo ingerida.

La dosis fue de 20 tabletas estandarizadas al día (cada tableta corresponde a 0.5 ml de una solución de hidróxido de sodio 0.1 N).

Los pacientes fueron evaluados una vez por semana y se les pidió un juicio sobre el resultado del tratamiento según se notaron mejor, peor o igual y nosotros **juzgamos** objetivamente sobre tal resultado (cambio en la coloración, descama-

ción, grosor y tamaño de las lesiones). Los grados del cambio fueron clasificados en ninguno, ligero, mediano, bueno, excelente. En todos, los pacientes se tomó una biopsia al inicio del tratamiento y en siete se tomó también al final del tratamiento con cada droga. Se tomaron fotografías de las mismas lesiones antes y después del tratamiento y se hicieron determinaciones de biometría hemática, de química sanguínea y de pruebas de funcionamiento hepático.

En los pacientes en quienes se observó beneficio al final del estudio, se continuó administrando Calagualina por diversos períodos de tiempo hasta alcanzar el máximo efecto terapéutico; entonces se discontinuó el tratamiento y se continuó la observación para determinar la duración de la remisión sin tratamiento.

Otros pacientes fueron tratados por el método simple ciego.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra los datos clínicos y patológicos de los casos individualmente así como los tratamientos previos.

La tabla 2 muestra los resultados de la evaluación realizada por el propio paciente, la realizada por el dermatólogo y los cambios en la biopsia producidos por el tratamiento con el fármaco. Muestra también la duración del tratamiento subsecuente con Calagualina y la duración de la respuestas después de la discontinuación del tratamiento. Cambio ligero experimentaron tres, mediano tres y veintidós mostraron resultado bueno o excelente. Tres pacientes no experimentaron ningún cambio. En siete de los pacientes que experimentaron cambio éste se comprobó con biopsia.

Con el placebo veintitrés de los treinta y uno no mostraron ningún cambio o revelaron progreso de la enfermedad observado por el paciente y el dermatólogo.

Al término de las ocho semanas, veinte y ocho de los pacientes que recibieron Calagualina mostraron algún grado de mejoría y el grado más alto de esta mejoría se percibió en términos generales, a las nueve semanas de tratamiento.

Aún es temprano para evaluar el efecto de la droga a largo plazo, pero podemos decir que los once pacientes que se "limpiaron" completamente, permanecieron "limpios" por períodos de tiempo que se consignan en la tabla 2. Los pacientes que mejoraron pero que no obtuvieron remisión total de la dermatosis, mostraron a su vez, progreso de la enfermedad en el tiempo que se consigna también en dicha tabla.

No se observaron manifestaciones tóxicas concernientes al aparato gastrointestinal, hígado y riñones.

Las determinaciones hematológicas fueron normales.

Las figuras 1 a 3 muestran fotografías representativas de lesiones antes y después del tratamiento. Se observa disminución de la hiperqueratosis, de la paraqueratosis, de las mitosis, del grosor de la epidermis y de la elongación de las prolongaciones epidérmicas.

COMENTARIOS

La investigación sugiere que la Calagualina es un agente útil para el tratamiento de la psoriasis. Aparentemente actúa como inhibidor de la proliferación epitelial. El Methotrexate, ampliamente usado, tiene toxicidad muy conocida, lo que ha obligado a continuar la búsqueda de un agente que a la vez que sea efectivo, no sea tóxico. La Hydroxiurea es también eficaz y relativamente menos tóxica que el Methotrexate.

En la búsqueda de un tratamiento simple, para la psoriasis, que sea efectivo y no tóxico, la Calagualina ofrece una buena opción.

RESUMEN

En un estudio doble ciego, veinte y ocho de treinta y un casos de psoriasis severa, revelaron respuesta clínica e histológica a la Calagualina. De éstos veintiocho pacientes, veintidós mostraron respuesta buena o excelente, tres, mediana y otros tres sólo mejoraron ligeramente. Con placebo veintitrés pacientes no experimentaron ningún cambio.

TABLA I

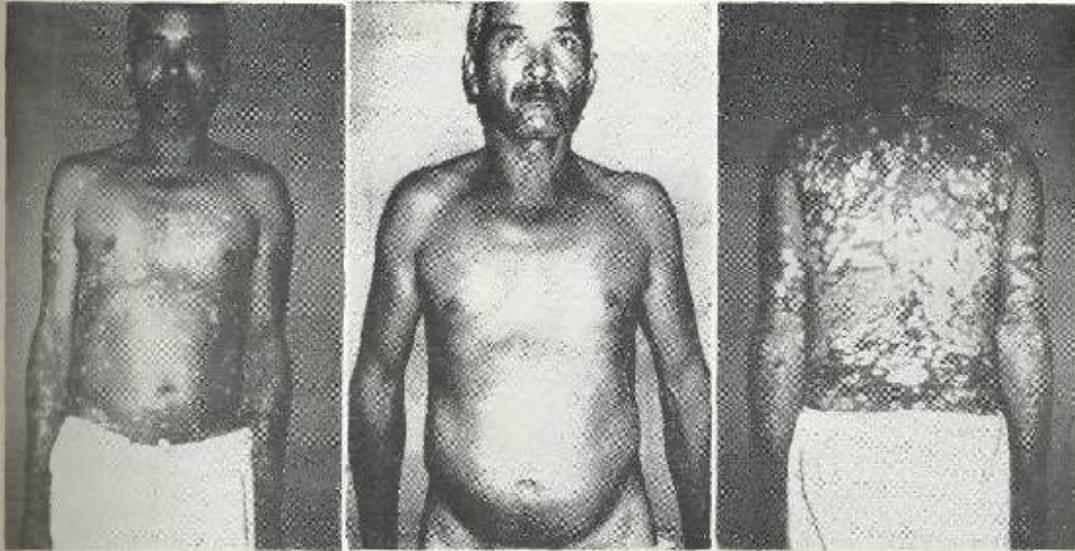
DATOS CLINICOS DE 31 PACIENTES

Pte.	Edad años	Sexo	Duración años	Areas interesadas	Tratamientos previos
1	41	M	1	Cráneo, MsSs, tronco, piernas, genitales	No
2	6	F	1 mes	Cara, MsSs, tronco, MsIs	No
3	36	F	7	Manos, pies	Alquitrán, esteroides tópicos
4	44	M	16	Manos, codos, antebrazos, piernas	Metotrexate
5	15	M	10	Tronco, MsSs, muslos, rodillas	Alquitrán
6	37	F	10	Torax Ant. lumbosacro, muslos, codos, rodillas, piernas	DDS
7	37	F	3	Cráneo, torax, abdomen, MsSs MsIs	No
8	42	F	24	Cráneo, codos, manos, genitales, costolubar	No
9	21	F	1	Antebrazos, piernas, plantas	Esteroides tópicos
10	51	F	6	Cráneo, orejas, torax, abdomen, perineo	Metotrexate
11	3	M	1/4	Cráneo, cara, tronco	Pomadas diversas
12	14	F	1/4	Codos; pies, rodillas	No
13	26	F	2	Generalizado	DDS esteroides locales
14	48	F	5	Torax, abdomen, piernas, antebrazos	Pomadas diversas
15	32	F	2	Tronco, cuello, MsSs, MsIs	No
16	27	M	6	Codos, muslos, piernas, glande	Metotrexate
17	19	F	1 1/2	Cráneo, cara, miembros superiores, piernas	DDS
18	19	F	1 1/2	Antebrazo Izq. mano derecha pierna, pic, cráneo	No
19	27	M	1/2	Universal	DDS, queratolíticos
20	58	F	10	Codos, rodillas, pierna Izq. torax Ant. abdomen, manos	DDS
21	73	F	1/4	Abdomen, glúteos, muslos	Azufre (pomada)
22	65	M	22	Torax, torso, abdomen, glúteos manos, piernas, cráneo	Acido salicílico, alquitrán, Resorcina, Metotrexate
23	14	F	4 1/2	Universal	No
24	34	M	1 1/2	Antebrazos, piernas	Alquitrán, esteroides locales
25	19	M	5	Cráneo, tronco, codos, rodillas	Queratolíticos
26	46	F	1	Antebrazos, codos, piernas, rodillas, muslos, caderas	DDS
27	64	M	4	Retroauricular ambos miembros	Metotrexate
28	20	F	1	Frente, cráneo	Pomadas diversas
29	43	F	5	Cráneo, párpados, codos, rodillas, manos	Esteroides local
30	39	M	1	Cráneo, frente, torax Ant. y Post. lumbosacro, MsIs	No
31	28	F	3	Rodillas, piernas, muslos, codos	No

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON CALAGUALINA

	Respuesta subje- tiva a Calagualina	Respuesta subje- tiva al placebo	Respuesta subje- tiva a Calagualina	Respuesta obje- tiva al placebo	Duración del tratamiento sub- secuente (semanas)	Duración de respuesta des- pués de des- continuado (semanas)
1	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna		20
2	Excelente	Ninguna	Excelente	Ninguna	Mejoría	4
3	Buena	Ligera	Buena	Ligera	Mejoría	10
4	Mediana	Ninguna	Ninguna	Ninguna		10
5	Mediana	Ninguna	Mediana	Mediana		10
6	Excelente	Mediana	Excelente	Mediana	Mejoría	12
7	Excelent	Ninguna	Excelente	Ninguna		6
8	Buena	Ninguna	Buena	Ninguna		10
9	Buena	Ligera	Buena	Ligera		8
10	Ligera	Ninguna	Ligera	Ligera	Mejoría	8
11	Excelente	Ninguna	Excelente	Ninguna		8
12	Excelente	Ligera	Excelente	Ligera		6
13	Mediana	Ninguna	Mediana	Ninguna	Mejoría	10
14	Buena	Ligera	Buena	Ninguna		5
15	Excelente	Ligera	Excelente	Ninguna		4
16	Mediana	Ligera	Mediana	Ninguna		12
17	Excelente	Ninguna	Excelente	Ninguna		10
18	Excelente	Ninguna	Excelente	Ligera		10
19	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna		10
20	Buena	Ligera	Buena	Ninguna		12
21	Excelente	Ligera	Excelente	Ligera		18
22	Ligera	Ligera	Ligera	Ninguna		8
23	Excelente	Ninguna	Excelente	Ninguna		10
24	Buena	Ninguna	Buena	Ligera	Mejoría	10
25	Buena	Ninguna	Buena	Ninguna	Mejoría	13
26	Excelente	Ninguna	Excelente	Ninguna		8
27	Ligera	Ninguna	Ligera	Ninguna		8
28	Buena	Ninguna	Buena	Ninguna		8
29	Buena	Ninguna	Buena	Ninguna		8
30	Buena	Ninguna	Buena	Ninguna		8
31	Mediana	Ninguna	Mediana	Ninguna		4

FIG. 1



(a)

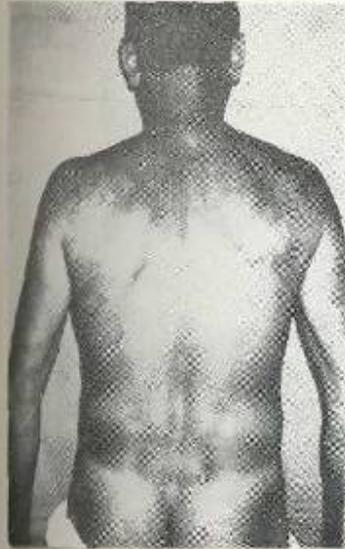
Antes del tratamiento con Calagualina

(b)

Después del tratamiento con Calagualina.

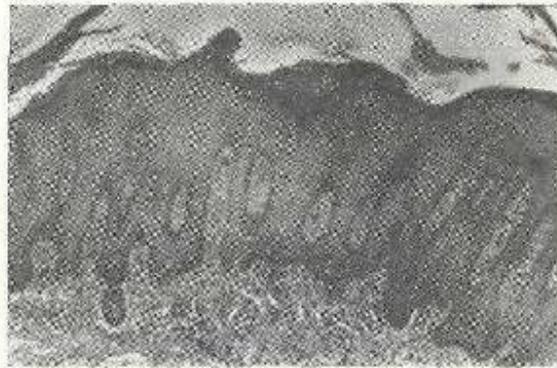
(c)

Antes del tratamiento con Calagualina.



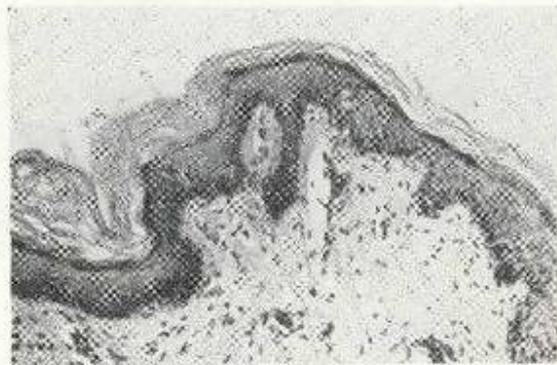
(d)

Después del tratamiento con Calagualina.



(e)

Biopsia antes del tratamiento



(f)

Biopsia después del tratamiento.

FIG. 2



(a)

Antes del tratamiento
con Calagualina.



(b)

Después del tratamiento
con Calagualina.



(c)

Biopsia antes del tratamiento
con Calagualina



(d)

Biopsia después del tratamiento
con Calagualina.

FIG. 3



(a)

Biopsia antes del tratamiento con Calagualina.



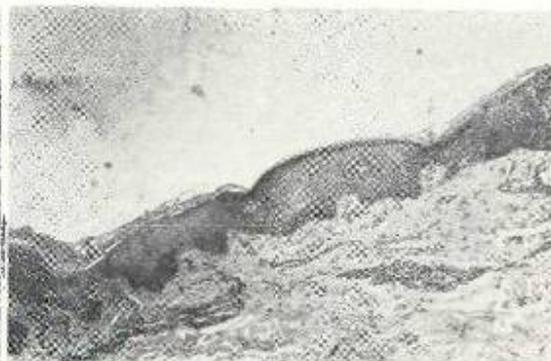
(b)

Después del tratamiento con Calagualina.



(c)

Antes del tratamiento con Calagualina.



(d)

Biopsia después del tratamiento con Calagualina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—GUBNER, R.: Effect of aminopterin on epithelial tissues. Arch. Derm. Syph. 64: 688, 1951.
- 2.—VAN SCOTT, E. J.; EKEL, T. M.: Kinetics of hyperplasia in psoriasis. Arch. Derm. 88: 373, 1963.
- 3.—EDMUNDSON, W. F.; GUY, W. B.: **Treatment** of Psoriasis **with** folic acid antagonists. Arch. Derm. 78: 200, 1958.
- 4.—REES, R. B.; BENNETT, J. H.; BOSTICK, W. L.: Aminopterin for Psoriasis. Arch. Derm. 72: 133, 1955.
- 5.—REES, R. B.; BENNETT, J. H.: Further observations on aminopterin for Psoriasis. J. Invest. Derm. 32: 61, 1959.
- 6.—REES, R. B.; BENNETT, J. H.: Methotrexate vs aminopterin for Psoriasis. Arch. Derm. 83: 970, 1961.
- 7.—DOBES, V. L.: The use of folic acid antagonists and **steroids** in the treatment of Psoriasis. Southern Med. J. 56: 187, 1963.
- 8.—HUNTER, G. A.; TURNER, A. N.: Methotrexate in the treatment of Psoriasis. A controlled clinical **trial**. Aust J. Derm. 7: 91, 1963.
- 9.—VAN SCOTT, E. J.; AUERBACH, R.; WEINSTEIN, G. D.: Parenteral Methotrexate in Psoriasis. Arch. Derm. 89: 550, 1964.
- 10.—REES, R. B.; BENNETT, J. H.; HAMLIN, E. M.; MAIBACH, H. L.: Aminopterin for Psoriasis: A decade's observation. Arch. Derm. 90: 544, 1964.
- 11.—AUERBACH, R.: Parenteral, vs oral folic acid antagonists. Arch. Derm. 90: 553, 1964.
- 12.—MONTERO, E. D.; GOMENSORO, J.: Antifólicos en el tratamiento de la Psoriasis. Der Iber Lat. 11: 49, 1969.
- 13.—BLACK, R. L.; O'BRIEN, W. M.; VAN SCOTT, E. J. et al: Methotrexate in Psoriasis arthritis. JAMA 812: 747, 1964.
- 14.—SHRANK, A. B.; BLENDIS, L. M.: Folic acid antagonists in treatment of Psoriasis. Brit. Med. J. 2: 156, 1965.
- 15.—O'ROURKE, R. A.; EECKERT, G. E.: Methotrexate induced hepatic injury in an adult. Arch. Intern. Med. 113: 191, 1964.
- 16.—COE, R. O.; BULL, F. E.: Cirrhosis associated with Methotrexate treatment of Psoriasis. JAMA 206: 1515, 1968.
- 17.—MULLER, S. A.; FARROW, G. M.; MORTALOK, D. L.: Cirrhosis caused by Methotrexate in the treatment of Psoriasis. Arch. Derm. 100: 523, 1969.
- 18.—EPSTEIN, E. H.; CROFT, J. O.: Cirrhosis following methotrexate administration for Psoriasis. Arch. Derm. 100: 531, 1969.
- 19.—DUBIR H. V.; UGEL, A. R.: Liver diseases associated with Methotrexate treatment of Psoriasis. Patients. Arch. Derm. 102: 498, 1970.
- 20.—YARBRO, J. W.: Hydroxyurea in Psoriasis. Lancet 2: 846, 1969.
- 21.—YARBRO, J. W.; LEAVELL, U. W.: Hydroxyurea: a new agent for the management of refractory Psoriasis. J. Kentucky Med. Assoc. 67: 899, 1969.
- 22.—LEAVELL, U. W.; YARBRO, J. W.: Hydroxyurea a new treatment for Psoriasis. Arch. Derm. 102: 144, 1970.
- 23.—HORVATH, A.; ALVARADO, F. y Cols.: Metabolic Effects of Calagualine. antitumoral Saponine of Polipodium Leucotomos Nature 214: 5094, 1947.

Consideraciones sobre el empleo del Epontol (Propanidida) en la operación cesárea

ANÁLISIS CLÍNICO DE 100 CASOS (**)

Dr. Osear Armando Rivera ()*

INTRODUCCIÓN

El manejo anestésico del paciente obstétrico trae consigo ciertos problemas que no se hayan presentes en otros tipos de cirugía en general. En primer lugar, la vida de dos seres humanos tiene que ser preservada. En segundo lugar, el útero grávido es rápidamente afectado por las drogas farmacológicas en general y analgésicas en particular. En tercer lugar, existen variaciones fisiológicas entre la mujer normal y la mujer embarazada que complican aún más la situación (1).

La homeostasis fetal no debe ser alterada por los agentes, analgésicos y anestésicos empleados en cirugía obstétrica. Los procedimientos seleccionados deben garantizar una efectiva abolición del dolor materno y un adecuado margen de seguridad para la madre y el feto.

Seguimos considerando la anestesia pendura! como el procedimiento más adecuado para resolver el problema de protección fetal inherente a la operación cesárea u otro procedimiento obstétrico determinado (2). Sin embargo, la frecuente renuencia del paciente a los bloqueos regionales, sus contraindicaciones, la hipotensión arterial consecutiva a la vasodilatación periférica del área anestesiada, y las molestias transoperatorias que acompañan al estímulo quirúrgico de zonas reflectógenas de la cavidad abdominal, nos ha llevado a indagar las posibilidades de diversos anestésicos generales que, en la medida de lo posible, nos proporcionen las razonables condiciones de seguridad. Hace muchos años usamos barbitúricos de acción ultracorta con los resultados contradictorios, indeseables a veces por el paso transplacentario de los mismos con la concomitante depresión de los centros vitales del feto (3), problema que ha provocado y sigue provocando controversias en el seno de las Sociedades de Obstetricia y Anestesiología (4-5-6-7-8). Luego empleamos la Anestesia Esteroide (9) con la que logramos excelentes resultados por la invulnerabilidad de la barrera placentaria al paso de la Hidroxidina sódica. Desafortunadamente, la droga fue descontinuada por los accidentes vasculares periféricos que su empleo provocó. La Anestesia Disociativa con Clorhidrato de Ketamina, ensayada para los más diversos procedimientos quirúrgicos en reciente estudio nuestro (10), está siendo empleada en cirugía obstétrica con resultados que aún es prematuro definir. Finalmente, tras cuidadosa valoración de los resultados obtenidos en el presente ensayo consideramos la Propanidida, en el momento actual, como el anéstico de elección cuando está indicada la anestesia general en la operación cesárea.

* Jefe del Servicio de Anestesia del Hospital Materno Infantil.

** Trabajo presentado en la Segunda Jornada Nacional de Ginecología y Obstetricia celebrada en Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A. Octubre de 1972.

ASPECTOS GENERALES DEL MEDICAMENTO.

La Propanidida contiene como principio activo el éster propílico del ácido 3-Metoxi-4-(N,N-detilcarbamoil-metoxi)-fenilacético y representa un derivado del Eugenol, dotado de propiedades anestésicas generales, de empleo intravenoso. Se diferencia particularmente de sus predecesores por la presencia de un radical propoxiacético en lugar de un radical alilo (3).

Es un aceite incoloro o ligeramente amarillento, difícilmente soluble en el agua, su punto de ebullición es de 210 a 212 grados O, con características espaciales en el espectro bajo rayos infra-rojos y ultravioleta.

La Propanidida se presenta como solución acuosa al 5%. La solución de la sustancia activa se consigue por la adición de un 16% del solubilizante ORPE = Mizellophor. Este solubilizante pertenece al grupo de las sustancias tensioactivas no ionógenas; su peso molecular es de unos 3.000. En el agua o las soluciones salinas acuosas forma soluciones coloidales.

Las soluciones de Propanidida pueden diluirse con agua o suero fisiológico en cualquier proporción, sin que precipite la sustancia activa. En general, las soluciones acuosas de emulgentes no ionógenos se enturbian al ser calentadas, volviendo a aclararse al enfriar, lo que es referible también a la solución de Propanidida que contiene ORPE=Mizellophor. Sin embargo, su punto de enturbiamiento se halla por encima de los 50 grados C. de modo que las soluciones pueden calentarse a la temperatura corporal, sin que se produzca turbidez.

Se presenta en ampollas de 10 ml. que contienen 500 mg de sustancia, en solución al 5%. Sin embargo, por razones de tolerancia, en los pacientes seniles o con estado general precario, así como en los niños, debe diluirse la solución de Propanidida al 5% con suero fisiológico hasta el 2.5% No es aconsejable, por el contrario, asociarla en la misma jeringa con otras soluciones medicamentosas, sobre todo los barbitúricos que son fuertemente alcalinos. La viscosidad es elevada, especialmente la de la solución al 5%, por lo cual se recomienda el empleo de agujas de calibre más bien grueso.

La dosificación usual es de 10 mg/kg de peso de la solución al 5%. La Propanidida determina una anestesia de 3 a 4 minutos de duración, como promedio. El estadio anestésico se presenta inmediatamente después de la inyección. La sustancia debe inyectarse lo más rápidamente posible, a razón de 50 mg por segundo equivalente a 500 mg en 10 segundos.

EXPERIENCIAS PERSONALES

Hemos empleado la Propanidida para inducir la anestesia general en 100 cesáreas sin tener en cuenta la indicación para formarnos una idea lo más completa posible sobre la posibilidad de su empleo.

En los casos selectivos indicamos un comprimido de Diazepam (Valium) de 10 mg o una cápsula de Hidroxicina (Paxistil) de 50 mg la noche anterior a la operación. Una hora antes de la intervención, o a la mayor brevedad posible en los casos de urgencia, ordenamos la inyección de 50 mg de Prometazina y 1 mg de Atropina. Cuando la premura o la gravedad del caso lo amerita, prescindimos de toda premedicación.

Las cesáreas se verificaron por las siguientes indicaciones operatorias:

CUADRO 1

<i>Indicaciones operatorias</i>	<i>Nº</i>
Desproporción céfalopélvica	21
Placenta previa	13
Prolapso de cordón	6
Primípara añosa con embarazo gemelar	1
Procidencia de miembro	8
Parto prolongado con sufrimiento fetal	14
Amnionitis con ruptura prematura de membranas	1
Cesárea previa	22
Ruptura prematura de membranas con D.C.P.	8
Presentación transversa	2
Preeclampsia	4
Total	100

TÉCNICA EMPLEADA

Se procedió de la siguiente manera:

- 1.—Se canalizó una vena con aguja de calibre 18.
- 2.—Toma de presión arterial, respiración, pulso y ECG.
- 3.—Equipo de anestesia listo con los accesorios necesarios para intubación endotraqueal y aspiración.
- 4.—Preparación de la jeringa con una ampolla de Propanidida al 5%, empleando también una aguja de calibre 18 para que nos permita la rápida inyección del anestésico.
- 5.—Preparación del campo operatorio y sondeo vesical, previa asepsia y antisepsia.
- 6.—Estando listo el cirujano se inyecta la sustancia a razón de 50 mg por segundo.
- 7.—A los 30 segundos se inicia una fase de hiperpnea que señala el establecimiento de la anestesia, pudiendo procederse a la intervención.
- 8.—Simultáneamente, inyectamos cloruro de succinilcolina a fa dosis de 1 mg./kg de peso por vía intravenosa, colocamos un tubo endotraqueal y administramos respiración artificial con oxígeno puro hasta que el feto es extraído.
- 9.—Si dicha extracción dura más tiempo del previsto, puede prolongarse la anestesia mediante una nueva inyección de Propanidida.
- 10.—Una vez ligado el cordón umbilical, continuamos la anestesia con ciclopropano. Cuando por razones especiales el cirujano necesita relajación uterina, administramos halotano (fluotano), cambiando a ciclopropano tan pronto como la matriz es evacuada.
- 11.—A partir de entonces el uso de drogas relajantes es opcional. El mantenimiento y terminación de la anestesia no se diferencia de una anestesia por inhalación.

VALORACIÓN DE APGAR

La Propanidida atraviesa la barrera placentaria pero, después del paso diaplacentario, la concentración de la droga en la circulación del neonato es aproximadamente 1/3 de la de la madre, y, en no pocos casos, ya no se demuestran tasas del anestésico, debido, probablemente, a la rápida destrucción metabólica del ester del ácido fenoxiacético.

En nuestros casos, los pediatras fueron los encargados de efectuar la valoración clínica de las condiciones fetales después del nacimiento. La escala de Apgar que, como se sabe, tiene en cuenta la frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, respuesta a estímulo y coloración de la piel (11), fue la que usualmente se empleó.

A continuación presentamos los resultados obtenidos:

CUADRO 2

<i>Valoración de Apgar (a los 60 segundos)</i>	<i>Nº</i>
0-2 (muy grave)	5
3-5 (Grave)	7
6-10 (Satisfactorio)	89
Total	101

El total de 101 recién nacidos obedece a que tuvimos un paciente con embarazo gemelar.

MORTALIDAD NEONATAL.

Siete niños murieron en el período postoperatorio. La causa de la muerte no guarda en ningún caso relación directa con la anestesia, sino que fue atribuible en primer término a la gravedad fundamental de la enfermedad fetal. En el siguiente cuadro resumimos los factores etiológicos de los fallecimientos postoperatorios:

CUADRO 3

<i>Mortalidad neonatal</i>	<i>Nº</i>
Síndrome de insuficiencia respiratoria ideopática	1
Insuficiencia respiratoria prolongada (síndrome de Wilson y Mikity)	2
Neumonía postnatal	1
Malformaciones congénitas:	
a) Anencefalia	1
a) Hidrocefalia	1
c) Meningocele lumbosacro con bolsa rota	1
Total	7

Las malformaciones congénitas son factores determinantes y, por consiguiente, no haremos al respecto ningún comentario adicional. Brevemente comentaremos los cuatro restantes casos por considerarlos obviamente interesantes desde el punto de vista anestésico, pediátrico y obstétrico.

Dos de los recién nacidos, procedentes ambos de un embarazo gemelar antes de término, presentaron evidentes signos de inmadurez. El primero, cuyo peso fue de 2 libras, presentó desde su extracción de la matriz un cuadro agudo de sufrimiento fetal caracterizado por bradicardia, disnea, cianosis, aleteo nasal, retracción supraexternal y xifoidea, quejido respiratorio, hipoventilación pulmonar bilateral y estertores finos diseminados en ambos campos pulmonares. Pese a todas las medidas de reanimación el niño murió a las 48 horas de nacido. El diagnóstico pediátrico fue de síndrome de insuficiencia respiratoria idiopática, probablemente debido a membranas hialinas pulmonares. El segundo, con peso de 3 libras, presentó un cuadro mucho menos alarmante del que, aparentemente, se recuperó. Pero, una semana después, se iniciaron en forma insidiosa síntomas respiratorios que se fueron agravando al paso de los días hasta que el niño falleció. Este caso se consideró como una insuficiencia respiratoria prolongada (Síndrome de Wilson y Mikity).

Un tercer caso, de corta edad gestacional (menos de 32 semanas) y de peso subnormal (2.5 libras), desarrolló un cuadro casi igual al anterior y sucumbió 10 días después de la operación. Fue igualmente clasificado en el grupo de insuficiencia respiratoria prolongada. Finalmente, un cuarto caso, de edad gestacional y peso normal, presentó al tercer día un cuadro clínico y radiológico de neumonía postnatal, del que no se recuperó a pesar del tratamiento intensivo a que fue sometido.

La mortalidad neonatal transoperatoria fue de 0. No tuvimos mortalidad materna transoperatoria ni postoperatoria.

En vista de que la hipotensión materna produce hipoxia fetal y acidosis respiratoria y metabólica (12), común denominador de la morbilidad y mortalidad neonatal, nosotros preconizamos el tratamiento precoz e intensivo de la hipovolemia y, si es necesario, recurrimos simultáneamente a los medicamentos vasoconstrictores (Sulfato de Mefentermina) para mejorar los valores fetales anormales.

FASE POSTANESTESICA.

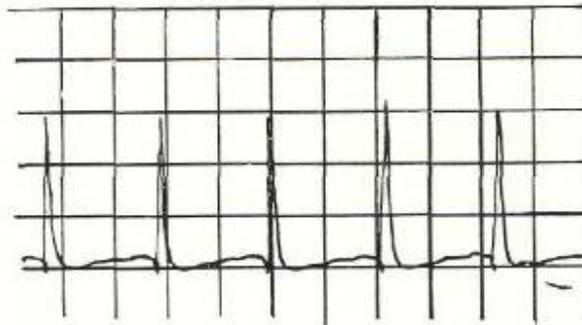
La madre recobró la conciencia y los reflejos de defensa al finalizar el acto quirúrgico. El despertar fue rápido, tranquilo y libre de náuseas y vómitos. El estado emotivo postanestésico dependió de la condición emocional preoperatoria y del estado satisfactorio o precario del recién nacido. Observamos una buena orientación en el tiempo y el espacio. Pudiendo ser trasladada a su cuarto a los 20 o 30 minutos después de terminada la operación. La rápida recuperación, con la concomitante aparición del dolor postoperatorio, hizo necesario el empleo precoz de medicamentos analgésicos. Por lo general, no fue obligatorio recurrir a cuidados postanestésicos especiales.

ESTUDIO ELECTROCARDIOGRAFICO

Los estudios electrocardiográficos se hicieron con el objeto de determinar la acción del anestésico sobre la actividad cardíaca. El estudio se hizo en tres etapas: en el período preoperatorio, para precisar el estado inicial del corazón; en el período transoperatorio, para valorar los efectos anestésicos y quirúrgicos, y en el período postoperatorio para determinar los efectos residuales.

Período preoperatorio.—El afrontamiento a una intervención quirúrgica, especialmente cuando por razones de emergencia el paciente no estaba psicológicamente preparado para ella, crea un estado de tensión y ansiedad cuya manifestación somática es una taquicardia sinusal obviamente de carácter emocional, como se puede apreciar en el ECG. N° 1 (taquicardia sinusal de 136 por minuto) y el ECG. N° 2 (taquicardia sinusal de 165 por minuto):

ECG. No. 1

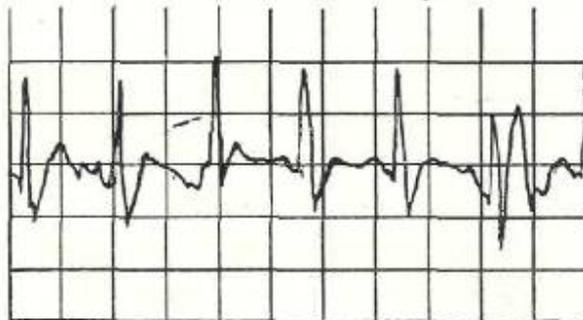


ECG. No. 2



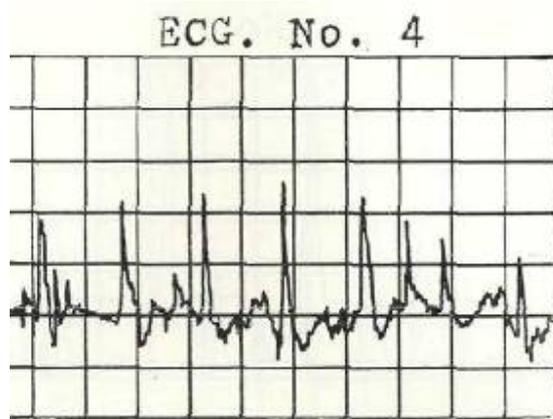
Período transoperatorio.—ECG. N° 3 correspondiente a la inyección de Propanidida (igual frecuencia, se observan extrasístoles ventriculares):

ECG. No. 3

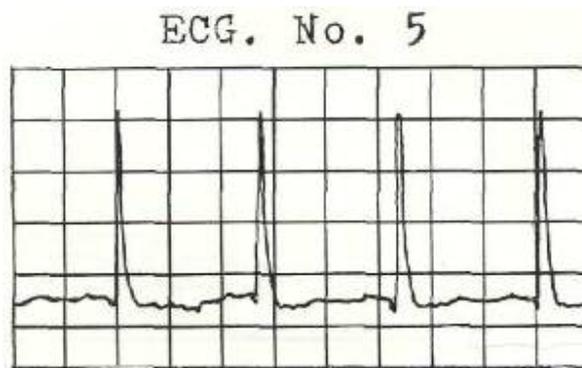


CONSIDERACIONES SOBRE EL EMPLEO DEL EPONTOL

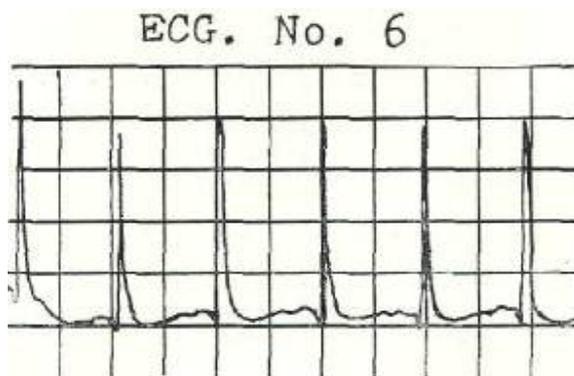
ECG. N° 4 correspondiente a la inyección de cloruro de succinilcolina (aumenta la frecuencia a 190 por minuto. Se observan artefactos por temblor somático):



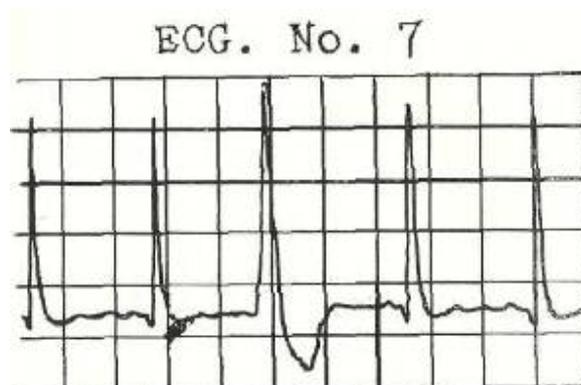
ECG. N° 5 correspondiente a la intubación endotraqueal (igual frecuencia, no hay cambios):



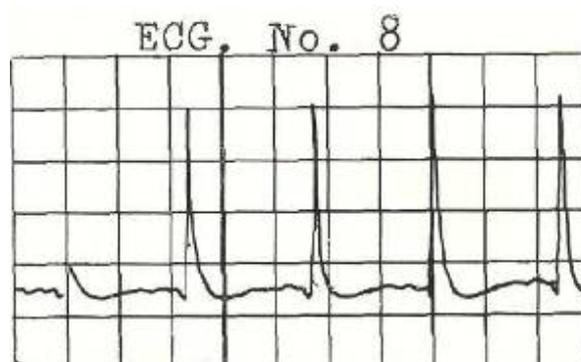
ECG. N° 6 correspondiente al inicio de la operación (frecuencia de 165 por minuto, no hay cambios):



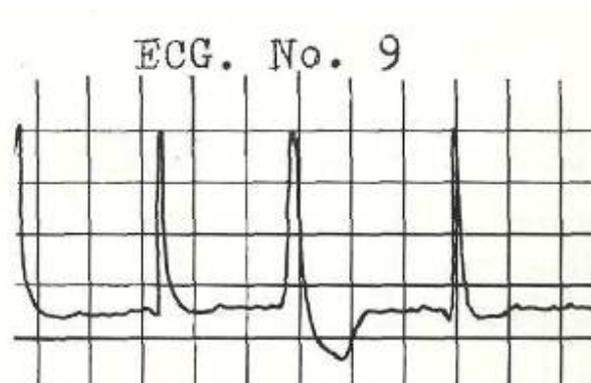
ECG, N° 7 correspondiente al momento de la extracción fetal (disminuye la frecuencia a 135 por minuto, se observa extrasístole ventricular):



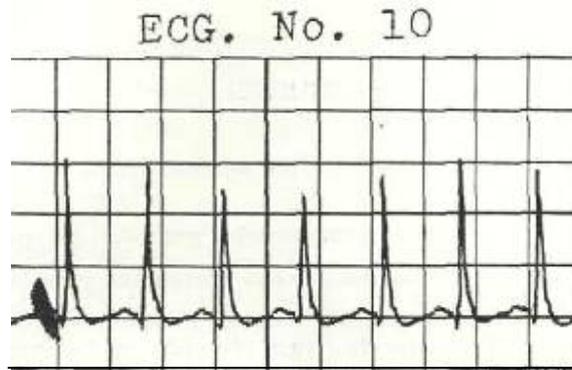
ECG. N° 8 correspondiente al inicio de la administración de ciclopropano (la frecuencia disminuye a 125 por minuto, no hay otros cambios):



ECG. N° 9 correspondiente a la extubación (la frecuencia disminuye a 107 por minuto, se observa extrasístole ventricular):



Período postoperatorio. ECG. N° 10 tomado en el cuarto de recuperación (aumenta la frecuencia a 125 por minuto). Este aumento postoperatorio de la actividad cardíaca es de carácter reaccional y obedece a la recuperación de la percepción de los estímulos dolorosos:



En resumen nuestro estudio electrocardiográfico coincide con las alteraciones del ritmo cardíaco mencionadas por otros investigadores (13) en lo que se refiere a la frecuencia de taquicardias sinusales y extrasístoles ventriculares. Sin embargo, no encontramos otras alteraciones de mayor gravedad que puedan aportar algún argumento en contra del uso de la Propanidida en la operación cesárea.

CONCLUSIONES.

Aún cuando el número de casos estudiados no nos permite llegar a conclusiones definitivas, sí es posible establecer que, desde el punto de vista clínico, el agente anestésico conocido con el nombre de Epontol (Propanidida) asegura una inducción rápida (30 segundos), grata y sin efectos colaterales desagradables, con narcosis profunda y de breve duración. No tiene ningún efecto depresivo sobre el feto ni interfiere con el tono ni la contractilidad uterina.

Además, su metabolismo es tal que resulta del todo inocuo para el feto y atóxico para la madre, quien puede ser trasladada a su cuarto 20 o 30 minutos después de terminada la operación, excepto cuando exista contraindicación quirúrgica al respecto.

Por tanto, consideramos su empleo completamente satisfactorio en los casos en que las condiciones de sufrimiento fetal son tales que imponen una rápida conducta quirúrgica y anestésica, así como una adecuada oxigenación del feto.

Finalmente, a la inversa de lo que sucede con los métodos anestésicos regionales, la Propanidida no desencadena ni potencializa el síndrome supino hipotensivo (14).

Son estas condiciones las que configuran las indicaciones de elección para el empleo de la Propanidida. En estos casos, su rápido y potente efecto, su breve duración, inocuidad para el feto y atoxicidad para la parturienta, permiten realizar la extracción sin recurrir a otros fármacos, produciéndose una buena cobertura hipno-analgésica con la posibilidad de una adecuada oxigenación materno-fetal (3).

RESUMEN

- 1.—Se presenta el estudio clínico de 100 anestias inducidas con Propanidida en operaciones cesáreas.
- 2.—Se hace un breve análisis de los aspectos generales del medicamento.
- 3.—Se hace una revisión de las indicaciones operatorias y de la técnica seguida en el presente estudio.
- 4.—Se valoran las calificaciones de Apgar obtenidas en los recién nacidos y se presentan los resultados conseguidos.
- 5.—Se discute la mortalidad neonatal.
- 6.—Se presentan las secuencias electrocardiográficas obtenidas en el período preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio.

SUMMARY

A clinical study of 100 cases under surgical anesthesia with Propanidid for cesarean section is presented. A brief analysis of the general aspects of the drug is done. The surgical indications and the technique followed in the study are described. The Apgar scores of the newborn and the results obtained are reported. The neonatal mortality rate is discussed. The electrocardiograph records obtained during the preoperative, transoperative and postoperative periods are evaluated.

----- 0 -----

El autor agradece a la representación de la Casa Bayer de Tegucigalpa, D. C, por su valiosa colaboración.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—COLLINS, V. J., M.D.: "Principles and practice of Anesthesiology". 451: Lea & Febiger. Philadelphia. 1952.
- 2.—RIVERA, O. A.: "Anestesia Peridural Lumbar". Rev. Med. Hondur., 35: 148, 67.
- 3.—ERRA, U. y FAS ANO, M.: "Empleo clínico de un nuevo anestésico i.v. no barbitúrico (Propanidida-Epontol) en la anestesia general para la cesárea". Minerva Anest. 32: 609, 66.
- 4.—KOSAKA, Y., M.D.; TAKAHASHI, T., M.D.; MARK, L. C., M.D.: "Intravenous Thiobarbiturate Anesthesia for Cesarean Section". Anesthesiology, 31: 489, 69.
- 5.—STENGER, V. G.; BLECHNER, J. N. and PRYSTOWSKY, H.: "A study of prolongation of Obstetric anesthesia". Amer. J. Obst. Gynec. 103: 901, 69.
- 6.—EISNER, R. R., M.D.: "Comments on the use of Thiobarbiturates for Cesarean Section". Anesthesiology, 32: 285, 70.
- 7.—BATT, B.: "Are large doses of intravenous barbiturales justified for use as premedication in labor?". Amer. J. Obst Gynec. 102: 591, 68.
- 8.—FINSTER, M., M.D.; MORISHIMA, H. O., M.D.; MARK, L. C., M.D.; PEREL, J. M., Ph.D.; DAYTON, P. G.; JAMES, L. S.: Tissue thiopental concentrations in the fetus and newborn. Anesthesiology, 36: 155, 72.
- 9.—RIVERA, O. A.: "Anestesia esferoide". Rev. Med. Hondur. 27: 40, 59.
- 10.—RIVERA, O. A.: "Anestesia disociativa con clorhidrato de Ketamina (Ketalar)". Rev. Med. Hondur. 38: 181, 70.
- 11.—DÍAZ DEL CASTILLO, E.: Clínica y patología del recién nacido. 40: Editorial Interamericana, S. A. México, D. F. 1968.
- 12.—SHNÍDER, S. M. and others: Vasopressors in Obstetrics. 1. Correction of fetal acidosis with Ephedrine during spinal hypotensions. Amer. J. Obst. Gynec. 102: 911, 68.
- 13.—ESPINOSA VALDEZ, C; GARCÍA, R. B.; PACHECO HERNÁNDEZ, A.; ARCIA, R. P.: El Epontol (Propanidida) como inductor en anestesia general (estudio preliminar de 100 casos). III Congreso Médico Centroamericano de Anestesiología y XIII Congreso Médico Centroamericano. Managua, Nicaragua, C. A. Dic. 1969.
- 14.—HOWARD, B. K., M.D.: Shock due to supine hypotensive syndrome. Clinical Obst. Gynec 4: 944, 1961.

Evidencia serológica de una epidemia de disentería causada por el Bacilo de Shiga en Honduras

* *Dr. Manuel Figueroa*

** *Dr. Leonardo Mata*

*** *Dr. Napoleón Cunera*

INTRODUCCIÓN

A finales de 1969 comenzó en Honduras una epidemia de disentería bacilar de grandes proporciones que atacó todos los departamentos de la República causando cientos de muertes, sobre todo en la población infantil. El número de casos reportados de disentería bacilar en 1970 fue de 19,725 (1).

Al principio hubo incertidumbre acerca de la etiología de esta epidemia. Muchos médicos pensaban que se trataba de un ataque de amebiasis sin precedentes. Otros que se trataba de una infección viral. Sin embargo, desde el principio de la epidemia, cuando centenares de soldados del Primer Batallón de Infantería de esta ciudad fueron infestados, se comenzó a encontrar en los coprocultivos el bacilo de Shiga (*Shigella dysenteriae*) bacteria que no se había reportado en Honduras por muchos años y se creía ser más común en países del Lejano Oriente (2).

Con el fin de comprobar si en efecto la epidemia de disentería que azotó la población hondureña en 1969-1970 se debía al bacilo de Shiga se hizo el presente estudio serológico comparando sueros obtenidos en diversas poblaciones de Honduras en 1966, antes de la epidemia con otros obtenidos en las mismas poblaciones en 1971.

MATERIALES Y MÉTODOS

Las muestras de sangre se obtuvieron por venipuntura de personas tomadas al azar en poblaciones representativas de diferentes regiones del país (Norte, Centro, Occidente, Sur y Oriente). Se incluían hombres, mujeres y niños de diversos grupos de edad. En 1966 el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) llevó a cabo una encuesta nutricional en Centro América y tomó muestras de sangre de comunidades representativas. El muestreo de 1971 en las mismas comunidades lo realizó el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública.

* Jefe del Departamento de Microbiología, Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

** Jefe de la División de Microbiología,
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Guatemala. ***
Jefe División de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública, Honduras.

Las muestras de suero se guardaron congeladas a -10°C . Luego se enviaron refrigeradas a los laboratorios del INCAP en Guatemala en donde se les practicó la prueba de hemaglutinación indirecta para detectar anticuerpos contra *Sh. dysenteriae* 1, la que se llevó a cabo de acuerdo con la técnica de Cáceres y Mata (3), usando el sistema de Microtiter.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Según puede observarse en el Cuadro N^o 1, en 1966 habían 12 vectores para *Sh. dysenteriae* 1 de 960 sueros que se probaron. Eso da un porcentaje de 1.3%. Ese porcentaje subió en 1971, después de la epidemia, a 8.6% de los 455 sueros probados. En las poblaciones de San Pedro Sula y Santa Rita, Copan, el número de reactores llegó a 20 y 14% respectivamente.

El aumento en el número de personas con anticuerpos contra *Sh. dysenteriae* 1 revela que hubo una mayor circulación de esta bacteria en 1970-1971, en comparación con 1966, sin embargo el 8.6% encontrado en 1971 no refleja la magnitud de la epidemia que hubo en el país en 1970. Es decir la cifra parece ser muy baja.

En publicaciones previas se ha demostrado que una infección con *Shigella* no siempre produce anticuerpos hemaglutinantes (4). Con la técnica tal como se usa en el INCAP se detectó el desarrollo de anticuerpos específicos en el 50% de los casos de disentería durante la epidemia que hubo en Guatemala en 1969 (5). La duración de estos anticuerpos en la sangre no es larga y se estima en 1 año (3).

En Guatemala la frecuencia de anticuerpos contra *Sh. dysenteriae*¹ 1 en 1966 era de 1.8%, enteramente comparables con los resultados obtenidos con los sueros de Honduras para ese año. Durante la epidemia varias comunidades guatemaltecas acusaron un 30% de personas con anticuerpos. Dos o tres meses después de la epidemia el porcentaje subió a 50%, pero había bajado a 25% 10 meses después de la epidemia (5).

Todo esto hace pensar que el número de personas que padecieron de disentería por bacilo de Shiga en Honduras fue superior al 8.6% posiblemente el doble o triple de esa frecuencia. Otras especies de *Shigella* tales como la *Sh. sonnei* y la *Sh. flexnei* participaron en la epidemia (6).

Es de notar que el bacilo de Shiga circuló en Honduras en 1928, según lo informa Whitaker (7), médico del Hospital de la Tela Railroad Co.

RESUMEN

Se presenta evidencia serológica a favor de una mayor circulación de *Shigella dysenteriae* 1 (bacilo de Shiga) durante la epidemia de disentería de 1970 en Honduras. De 960 sueros tomados en 1966 el 1.3% tenían anticuerpos hemaglutinantes contra dicho bacilo; en cambio en 1971, un año después de la epidemia, de 455 sueros probados el 8.6% tenía anticuerpos.

TABLA Nº 1
ANTICUERPOS CONTRA SHIGELLA DYSENTERIAE I
POBLACIONES DE HONDURAS

	1966			1971		
	Nº	+	%	Nº	+	%
Gracias, Lempira	63	0	0.0	49	7	14.3
Santa Rita de Copán	76	2	2.6	50	7	14.0
Yoro	94	1	1.1	50	0	0.0
Tocoa, Colón	69	0	0.0	38	2	5.3
San Pedro Sula, Cortés	379	5	1.3	50	10	20.0
Puerto Cortés, Cortés	62	1	1.6	50	3	6.0
Puerto Lempira, Gracias a Dios .	68	1	1.5	30	3	10.0
Concepción de María, Choluteca .	77	1	1.3	50	2	4.0
Porvenir, Atlántida	72	1	1.4	40	2	5.0
Total	960	12	1.3	455	39	8.6

NOTA: + = Anticuerpos hemaglutinantes a la dilución 1:40 o más.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—Anuario Estadístico del Ministerio de Salud, año 1970.
- 2.—BURROWS, W.: Textbook of Microbiology. 16 Ed., p. 41 I, W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1955.
- 3.—CACERES, A. y MATA, L. J.: Hemaglutinación indirecta para la investigación de anticuerpos a enterobacterias. Rev. Lat-Amer. Microbiol. 12: 137-144, 1970.
- 4.—DAE, D. C. y MATA, L. J.: Studies of dianheal disease in Central America. XI Intestinal bacterial flora in malnourished children with sbigellosis. Am. J. Trop. Med. Hyg. 17: 397-403, 1968.
- 5.—MATA, . J.; GANGAROSA, E. J.; CACERES, A.; PERERA, D. R. y MEJICANOS, M. L. Epidemic Shiga bacillus dysentery in Central America. I. Etiologic investigations in Guatemala, 1969. J. Inf. Dis. 122: 170-180 1970.
- 6.—ALVARADO, R.; FIGUEROA, M.; POUJOL, E.; TEJADA, M. y TROCHEZ, H.: Estudio epidemiológico de la disentería bacilar. Manuscrito distribuido por el Departamento de Medicina Preventixa(UNAH", 1970.
- 7.—WHITAKER, E. J.: El carbón de madera en el tratamiento de la disentería bacilar. Rev. Med. Hond. 1: 24-25, 1930.

La Intoxicación digitálica y sus manifestaciones visuales

D.r Alfredo León Gómez.

La intoxicación por uso de la digital continúa siendo una de las complicaciones terapéuticas que más frecuentemente se ven en la práctica médica. A pesar muchas veces del uso cuidadoso y ponderado en la administración de la droga, hay factores diversos que pueden contribuir a la aparición de manifestaciones tóxicas tales como edad avanzada, insuficiencia renal, hepática, desequilibrios electrolíticos, cardiomegalias importantes, actividad reumática, cierto tipo de cardiopatías tales como miocarditis en especial la forma de Chagas, corazón pulmonar crónico avanzado, etc.

Un aspecto de mucha importancia en el cuadro de intoxicación digitálica son sus manifestaciones visuales. El médico inglés William Withering (1) al hacer su magistral descripción del uso médico de la digital expresó lo siguiente: "La dedalera cuando se dá en grandes y repetidas dosis ocasiona vómitos, diarrea, mareos, visión confusa, apareciendo los objetos verdes y amarillos; aumenta la secreción de la orina, produce pulso lento tanto como 35 en un minuto, sudores, convulsiones, síncope y muerte". Esta descripción hecha en 1785 continúa teniendo vigencia y describe en forma clara y completa el cuadro de la intoxicación por digital. La importancia de la intoxicación por esta droga se debe al hecho de que cuando un paciente ha presentado manifestaciones tóxicas, se estima que ya ha recibido alrededor del 60% de la dosis letal (2). Es por esta razón que los clínicos deben conocer en debida forma la aparición de síntomas tóxicos de esta droga maravillosa y el reconocimiento de manifestaciones tóxicas precoces es de gran valor en la práctica médica.

Nosotros (3) hemos tenido especial interés en conocer las manifestaciones de este tipo de intoxicación. Los trastornos visuales en especial la visión coloreada son mucho más frecuentes de lo que hasta recientemente se había creído. En un informe (4) al XII Congreso Médico Centroamericano en 1967, observamos la alta incidencia de cromatopsia en pacientes con intoxicación digitálica en el Hospital General San Felipe y en nuestra práctica privada. De 34 pacientes estudiados, en 23 las manifestaciones visuales fueron un síntoma precoz y en 12 de ellos constituyó la única manifestación de toxicidad. Debemos agregar que en muchos casos sobre todo en pacientes que reciben digital por largos períodos de tiempo, la intoxicación a nivel subclínico se manifiesta únicamente por síntomas visuales y estos preceden a la aparición de manifestaciones gastrointestinales, arritmias y otros síntomas neurológicos que forman el cortejo de este tipo de intoxicación.

Los síntomas visuales de la intoxicación digitálica son parte de los efectos neurotóxicos de la droga. Estos síntomas (5) son en general precoces en su aparición y se manifiestan en forma de cefalea, fatiga, mareos, y malestar general.

Profesor de Medicina Interna y Cardiología
Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
Tegucigalpa, D. C.

Dolores de tipo neurálgico han sido descritos., especialmente afectando el trigémino. Parestesias de localización variable también se observan ocasionalmente. Los síntomas mentales de la intoxicación digitálica son bien conocidos: confusión, desorientación, afasia, delirio y alucinaciones. El delirio digitálico es frecuentemente agravado por trastornos electrolíticos e hídricos, vómitos y diuresis vigorosa.

Los síntomas visuales se caracterizan por presentarse en forma muy variable, por ser de aparición precoz, y por precisar de una minuciosa investigación en la anamnesis para determinarlos. Si el clínico al digitalizar sus pacientes tiene el cuidado de interrogar diariamente por síntomas oculares, podrá detectar estos síntomas en forma precoz y así estar prevenido de la aparición de otras manifestaciones de mayor peligro como son los trastornos del ritmo. Una característica de los síntomas oculares es su variabilidad. Aparentemente la forma más frecuente es la visión amarilla (xantopsia) la cual hemos visto en la mitad de nuestra casuística. Combinaciones de verde y amarillo, y de amarillo y negro son también frecuentes. Otra forma que hemos observado es la aparición de "halos" blancos o "nubes" grises de aparición intermitente. Visión relampagueante en forma de chispazos o de pequeñas estrellas, las hemos observado personalmente con el uso de la digoxina. Menos comunes son la ampliopía la diplopía y el escotoma.

Nos ha llamado la atención también el hecho de que en ocasiones los síntomas oculares se presentan como única manifestación de toxicidad, faltando en absoluto otros síntomas neurológicos, gastrointestinales o trastornos del ritmo. En varios casos estos síntomas oculares preceden a los otros síntomas en varias semanas y la intoxicación se presenta si la droga no se interrumpe. Hemos visto casos de pacientes que tienen visión amarillenta por muchos meses definitivamente relacionada con la ingestión de digital. El paciente admite ver los objetos coloreados de amarillo y desaparecer esta anomalía al interrumpir la droga. Al reanudarla de nuevo se vuelve a presentar la xantopsia. Se trata pues en ocasiones de un trastorno neurológico de la percepción visual que no conduce necesariamente a grados mayores de intoxicación. Sin embargo, en la mayoría de los casos la cromatopsia es una manifestación de intoxicación digitálica que precede a la instalación de otros trastornos tales como los del ritmo los cuales pueden poner en peligro la vida del paciente.

Debe tenerse especial cuidado en distinguir las manifestaciones visuales de la intoxicación digitálica, de otros trastornos de la visión producidos por patología propia del aparato visual. El interrogatorio en este particular, previamente a la administración de la droga puede ser de gran utilidad en la diferenciación.

Debemos hacer mención aquí de la interesante observación realizada por Lely y Van Enter (6) en Holanda, donde se presentó una intoxicación masiva por el uso de digitoxina, la cual fue erróneamente agregada a tabletas de digoxina. Hubo 179 pacientes intoxicados de los 6 fueron casos fatales. Los síntomas más frecuentemente observados fueron la fatiga y los trastornos visuales que ocurrieron en el 95% de los casos. En nuestras observaciones los síntomas visuales se presentaron en el 67% de los casos (4). Otras estadísticas han informado porcentajes más bajos de síntomas visuales. Para el caso Dubnow y Burchell en la Clínica Mayo (7) informaron solamente un 15% de manifestaciones visuales y Lyon y De Graff (8) las observaron en el 41% de los casos.

Es nuestro objetivo en esta comunicación llamar la atención de nuestros clínicos en el sentido de observar e interrogar aquellos pacientes que reciben digital, por la aparición de síntomas visuales los cuales frecuentemente preceden a la aparición de otros síntomas de mayor gravedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—WITHERING, W-: And account of the foxglove. Classics of Cardiology. Willius F. A., Keys T. E. Volume One, 232, 1961.
- 2.—SODEMAN, W. A.: Diagnosis and treatment of digitalis toxicity. New England J. of Med. 273, 35, 1965.
- 3.—LEÓN GÓMEZ, A.: Digitalis intoxication. Amer. Heart J. 84, 285, 1972.
- 4.—LEÓN GÓMEZ, A.: La visión coloreada en la intoxicación digitalica. Memoria XII Congreso Médico Centroamericano, 1967. Tegucigalpa, Honduras.
- 5.—GOODMAN, L. S.; GILLMAN, A.: The pharmacological basis of therapeutics. Fourth Edition. Digitalis and allied cardiac glycosides. 677, 1970.
- 6.—LELY, A. H.; VAN ENTER, C. H.: Large scale Digitoxin intoxication. British Med. J. 3: 737, 1970.
- 7.—DUBNOW, M. H-; BURCHELL, H. B.: A comparison of digitalis intoxication in two sepaate periods. Ann. Intern. Med. 62, 964, 1965.
- 8.—LYON, A. F.; DEGRAFF, A. C: The neurotoxic of digitalis. Am. Heart J. 65, 839, 1963.

Temas sobre administración médica y hospitalaria

- a) APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS HOSPITALARIOS
- b) CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA
- c) AUDITORIA MEDICA

Por el *Dr. Carlos Sierra Andino* *

PREÁMBULO

Nuestro país Honduras, está considerado en lo que se ha dado en llamar: "Países en vías de desarrollo", y que en buen romance significa llanamente que es un país atrasado, en comparación con los otros países, tanto de nuestro continente como fuera de él.

El atraso de nuestro país está condicionado a múltiples factores, que actuando todos en conjunto hacen el gran total negativo para nuestro desarrollo. Con lo anterior queremos significar que el problema de Honduras, no se puede resolver con un enfoque unilateral, ya que como lo he expresado arriba son múltiples los factores, que contribuyen a nuestra desventaja y por lo tanto, es necesario un trabajo conjunto de todos, para atacar el problema en sus múltiples y variadas facetas, y de allí pues, que se hace necesario que nos despojemos de la indiferencia que nos caracteriza y hagamos acopio de un gran sentido de responsabilidad a fin de contribuir TODOS en la superación de esta etapa de oscurantismo que nos agobia actualmente.

Los Médicos debemos preocuparnos por solucionar los problemas de Salud que tenemos. Hay dos grandes aspectos en Medicina que tenemos que revisar, primordialmente con el objeto de hacer conciencia y motivar a la clase Médica y Paramédica, con el fin de obtener beneficios realmente apreciables. Los aspectos a que me refiero son dos:

1 °) Utilización de los recursos hospitalarios, y 2°)

Calidad de la atención médica.

Pasaremos a analizar cada uno de ellos. Siendo nuestro país, un país pobre, es lógico suponer que nuestros recursos destinados a resolver los problemas de salud, tienen que ser muy escasos y por ende es imperativo hacer un buen uso de esos pocos recursos, para que presten mayor utilidad. Uno de los requisitos indispensables para entender estos dos aspectos fundamentales, es que exista conocimiento del problema, por lo tanto ruego a los amables lectores leer cuidadosamente, lo que a continuación expongo.

* Jefe del Depto. de Medicina del H.G.S.F. y de la Facultad de Ciencias de la Salud. Asistente al III Seminario Sobre Administración Médica y Hospitalaria en San José de Costa Rica, octubre de 1971.

La evaluación de la estructura que conduce a la prestación de atenciones de buena calidad se concentra en los dos primeros elementos y en su organización en un instrumento eficaz para mejorar la calidad de la atención. La estructura se refiere a las instalaciones y al equipo físico, a las modalidades de dotación de personal y a la experiencia y preparación del personal de salud, a la variable de organización (formales y no formales, de ejercicio en grupo frente a ejercicio individual) y a los mecanismos de financiamiento.

Esto es por lo tanto un refuerzo de la organización dentro de la Administración.

Esta Escuela ha dado origen a lo que se ha llamado "Acreditación de Hospitales". Estas normas de acreditación, las establecen los Gobiernos como sucede en Inglaterra, o por medio de instituciones voluntarias, como en Estados Unidos de Norte América.

ESCUELA DEL RESULTADO

Se basa en la evaluación del resultado, o lo que es lo mismo, el estudio de los resultados finales, trata de descubrir un aspecto medible del estado de salud de un individuo o de un grupo de individuos y de determinar la variación que ha tenido lugar en este estado de salud, como resultado de condiciones que afectan al contenido, el proceso y la estructura de la atención de la salud. Postula que el criterio definitivo para juzgar la calidad de la atención de la salud prestada radica en una alteración del estado de salud del que recibe dicha atención.

En esta Escuela se mide por lo tanto, la variación de dos estados: El inicial y el final- Propugna entre cosas para usar la mortalidad como criterio para juzgar la calidad, o sea medir los resultados a través de fracasos.

La mortalidad se estudia a través de índices, por ejemplo: M- Bruta o Neta, M. Materna, M. Anestésica, M. Post-operatoria, M. Fetal-Tardía, M. del Recién Nacido, etc. Últimamente ha ampliado sus índices, estudiando la extracción quirúrgica de órganos sanos; el porcentaje de complicaciones post-operatorias, así como la discrepancia que existe en los diagnósticos, pre y post operatorios. Estudia la satisfacción del paciente y en el grupo que atiende al paciente y deducen que en un Hospital, donde se detecta un alto grado de insatisfacción entre los trabajadores, hay un alto porcentaje de mala atención para el paciente.

Esta Escuela tiene sus limitaciones ya que el resultado puede ser influenciado por factores ajenos que no son controlables, como por ejemplo: enfermedades incurables, accidentes graves, influencias culturales, nutricionales, etc.

ESCUELA DEL EFECTO

Estudia la calidad en función del efecto social y se pone énfasis en el efecto sobre la comunidad.

Esta Escuela se lanza a la Medicina de la salud en comunidades, regiones y países.

Se exigen 4 requisitos fundamentales:

- a) Educación
- b) Disponibilidad
- c) Accesibilidad
- d) Aceptabilidad.

PROCEDIMIENTO (METODOLOGÍA)

Se debe crear un *Comité de Utilización*; el que deberá analizar e identificar todos los factores que contribuyen a] uso innecesario o ineficaz de los servicios de hospitalización.

El número de miembros de este Comité estará influenciado por el tamaño del hospital y el número de admisiones, pero en general se recomienda que no esté compuesto por un número menor de cinco miembros ni mayor de 15.

Los miembros deben ser entre los siguientes: el Director o Subdirector del Hospital, representantes de los Servicios Médicos, representantes de los Servicios de: Rayos X, Laboratorio, Patología, Anestesiología. Por el Jefe de Admisión, Estadística y Archivo, representante de Trabajadoras Sociales, Jefe del Depto. de Enfermería, y en los Hospitales Escuelas se recomienda un representante de la Facultad de Medicina.

Ya constituido el Comité de Utilización, deberá dedicar particular atención a las siguientes situaciones, las cuales generalmente son responsables de una utilización inadecuada.

- a) Admisiones innecesarias.
- b) Estadías prolongadas o acortadas, demora en el uso y abuso de Rayos X, laboratorio y otros procedimientos de diagnóstico y servicios terapéuticos. Demora en las interconsultas.

El siguiente paso del Comité es establecer normas o criterios. Para esto es necesario en primer lugar seleccionar los diagnósticos a ser estudiados, y una vez establecidos los diagnósticos, se deben desarrollar los criterios, estos son cinco:

- a) Indicación para admisión.
- b) Servicios recomendados (Laboratorio, Rayos X, interconsultas, etc.)
- c) Período probable de permanencia.
- d) Complicaciones que pueden prolongar la permanencia.
- e) Indicaciones del alta.

Estos cinco criterios se deben aplicar a cada patología que se revise. Después de todo esto se deben revisar, las historias clínicas, hacer un análisis aplicando los criterios y por último informar al Cuerpo Médico.

Al final encontraremos una muestra de estos criterios como se usan en la Universidad de Ann Arbor Michigan, para aquellos pacientes con coleditiasis y colecistitis, en donde se aplican los criterios enumerados arriba.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA

Después de haber hecho una síntesis acerca del aprovechamiento de los recursos hospitalarios, nos toca ahora analizar la calidad de la atención médica que estamos proporcionando. La atención médica se puede proporcionar en Centros de Salud, consultorios privados, domicilios y en el Hospitales y el Médico que es responsable debe tratar de encontrar qué calidad de atención médica está proporcionando. Esta interrogante ha dado lugar para que se hayan hecho muchos estudios, y se hayan elaborado una serie de teorías y creemos después de todo, que un Hospital es un buen lugar para hacer esta clase de evaluaciones.

Hay que recordar que un Hospital es como una fábrica, y que el artículo que está obligado a producir es SALUD, por lo tanto los que laboramos en un Hospital, puede decirse somos obreros de la Salud. En un Hospital todo el personal laborante es importante, de allí la utilidad que existe en hacer comprender a todo aquel que trabaja en un Hospital que es un elemento importante y que debe estar responsabilizado de su deber, ya que es en esta forma como podremos producir BUENA SALUD.

El derecho a la salud es algo reconocido como el derecho a la vida, el cual a la vez es un derecho primario. Hay derecho a vivir con salud. El derecho al trabajo es para mantener la vida y la salud. Antes de seguir adelante es bueno que establezcamos la definición de dos términos que usaremos en este trabajo:

CALIDAD: Es el grado de coincidencia o ajuste con normas establecidas. O también: Conformidad de una situación con una norma establecida y aceptada.

NORMA: Es el mínimo aceptable para una condición determinada.

La calidad de la atención médica de una institución, está en relación proporcional a la calidad de trabajo de cada una de las personas que intervienen en el proceso.

En la actualidad la comunidad exige el acceso al derecho de salud, pero no de cualquier calidad sino de buena calidad.

El problema del acceso (cobertura) y el problema de la calidad, son las grandes empresas de la salud. Ya que todo esto se enfrenta al gran drama de la escasez de recursos, que pareciera es nuestro eterno compañero de camino. De allí pues, que si encontramos fórmulas para aumentar la cobertura y la calidad, con los fondos que tenemos, estaremos haciendo una buena labor. Un paso inicial importante para lograr una buena *calidad en la atención médica* es el *adiestramiento*. Si reparamos en lo dicho anteriormente concluiremos que el adiestramiento, no debe ser para pocos, sino para todos. Por lo tanto dividiremos éste en dos clases, aquel orientado para el personal profesional y que se le ha denominado *Educación Continuada* y aquel diseñado para el personal no profesional y al cual se le nombra *Adiestramiento en Servicio*. Podemos decir que aquella institución, que no se preocupe por adiestrar su personal continuamente, será una institución estancada, con pocas probabilidades de rendir los óptimos frutos para los que ha sido creada.

Como dijimos anteriormente existen muchas maneras y Escuelas que se han creado con el objeto de evaluar la calidad de la atención médica. Nos referiremos someramente a 5 de ellas, que pueden aplicarse en nuestro medio, ellas son:

- a) Evaluación del Contenido
- b) Evaluación del Proceso
- c) Evaluación de la Estructura
- d) Evaluación del Resultado
- e) Evaluación del Efecto.

EVALUACIÓN DEL CONTENIDO: Esta Escuela pretende evaluar la calidad, respondiendo la pregunta: ¿En este Hospital se ejerce la Medicina adecuadamente? Trabaja como instrumentos a través de Comités, que se llaman Comités de Control de la Calidad. Estos Comités podrían ser: Comité de Reva-

normas adoptadas y resultados finales, el cual se debe enviar primeramente a los Jefes de Departamento Clínicos, los cuales a su vez deben verificar e investigar para posteriormente pasarlo a la Dirección del Hospital.

La Auditoría Médica desde su creación ha evolucionado, ya que primero se ideó como un método para detectar problemas, luego se transformó en un sistema dinámico y efectivo de educación continuada para el Cuerpo Médico. Además es una experiencia educacional altamente motivada y positiva.

En resumen, es bueno puntualizar que la Auditoría Médica no es para juzgar o tratar de perjudicar a un Médico o grupo de Médicos, sino que es un procedimiento activo de educación continuada, en el que toma parte activa la autoevaluación y la autodisciplina. Por esta razón es ideal, que los Comités de Auditoría no sean estáticos, sino que se deben renovar continuamente de modo que todos y cada uno de los Médicos de un Hospital haya integrado en alguna ocasión el Comité de Auditoría; ya que recordemos que un requisito indispensable en el establecimiento de una buena Auditoría es *la existencia de un Cuerpo Médico motivado y adiestrado en las técnicas del proceso de Auditoría*.

CRITERIOS APLICADOS PARA LA COLELITIASIS Y COLECISTITIS
(I.C.D.A. N° 584, 585, 585.0 - 586.1)
(Grupo de Cirugía General)

INDICACIONES PARA LA ADMISIÓN:

1. Criterio aceptable para la admisión de pacientes sospechosos de sufrir Colecistitis Aguda:
 - a. Dolor, náuseas, vómitos
 - b. Ataques frecuentes de la vesícula biliar
 - c. Fiebre
 - d. Ictericia
2. Diagnóstico de Colelitiasis o Colecistitis admitido para operación.

SERVICIOS RECOMENDADOS:

COLECISTITIS AGUDA

1. Historia clínica: referencia específica al carácter del dolor, frecuencia, radiación, síntomas relacionados con la ictericia y tiempo de inicio.
2. Examen físico: Referencia específica al cuadrante superior derecho, sensibilidad, masa, tamaño del hígado, ictericia.

COLECISTITIS CRÓNICA
O COLELITIASIS

- 1, Historia clínica: referencia específica a la intolerancia de los alimentos, ataques anteriores, ictericia.
2. Examen físico: ninguno específico,

En nuestro país la mayor parte de la población tiene un bajo nivel económico y por lo tanto busca 3a asistencia médica gratuita que le brinda el Estado; el cual *para ello, cuenta con una serie de Centros y Subcentros de Salud* diseminados en toda la República. Además existen un exiguo número de hospitales, que proporcionan un escaso número de camas que no llenan ni la décima parte de las necesidades del país. Un ejemplo lo tenemos en el Hospital General y Asilo de Inválidos, localizados en la capital, el cual por su ubicación y contar con mejores recursos humanos y de equipo, recibe el impacto de toda la República, ya que a él llegan pacientes de todos lugares, tenga éstos o no Hospital local. Pues bien, el Hospital General cuenta solamente con 96 camas, repartidas entre mujeres y hombres, para atender los casos de *Medicina*, como se comprende esto es más que insuficiente, si tomamos en cuenta el volumen de pacientes con patología médica que allí manejan; de allí pues la necesidad de comprender el problema que significa cómo hacer un buen uso de *nuestros escasos recursos hospitalarios*.

DEFINICIÓN: Lo primero que necesitamos saber es el significado de este problema, el cual lo podríamos definir en la siguiente forma: Aprovechamiento de los recursos hospitalarios es la práctica que admite el mayor número de pacientes que requieren hospitalización, proporciona todos los servicios necesarios y da el alta después de una estadía lo más breve posible de acuerdo a sus necesidades.

PROPOSITO: El propósito de analizar el problema del aprovechamiento de los recursos hospitalarios es el de:

- a) Mejorar el uso de los recursos hospitalarios.
- b) Mejorar la planificación del trabajo hospitalario.
- c) Mejorar los registros médicos.
- d) Mejorar la calidad de la atención médica.
- e) Controlar el costo hospitalario.
- f) Educar al Cuerpo Médico para que sepa utilizar convenientemente los recursos del Hospital. Este punto es el más importante ya que es el Médico el que mejor puede influenciar en el aprovechamiento adecuado de los recursos del Hospital (especialmente el recurso cama) y demás servicios. En efecto, el Médico decide las admisiones, ordena los exámenes necesarios para establecer un diagnóstico, ordena los tratamientos, ordena las dietas especiales, indica los procedimientos de enfermería, ordena las interconsultas y decide el alta. Todas estas decisiones afectan las facilidades del Hospital, la calidad de la atención y los costos del Hospital y en forma general, determinan los patrones del uso hospitalario.

PRE-REQUISITOS:

- a) Que exista un sistema de información confiable, es decir un buen Servicio de Estadística.
- b) Existencia de un Cuerpo Médico motivado sobre el problema de la utilización.

Entonces se trata de establecer si los servicios que se ofrecen son adecuados, si éstos están disponibles, si son accesibles, y por último si son aceptables.

Como se puede ver estos requisitos son condiciones sine qua non del contenido, proceso, estructura y resultado de la atención de la salud y del sistema de Servicios de Salud y en conjunto representan una imagen más completa de los beneficios o efectos que surte la prestación de la atención de la salud. A fin de garantizar la presencia de estos 4 atributos, debe existir antes que nada un sistema con una organización racional y un proceso funcional que subrayen el carácter amplio de los servicios.

Hasta ahora, no se dispone de estudios que hayan utilizado este método combinado, debido en gran parte a que no se ha hallado ningún índice válido y fidedigno que sirva para evaluar sus partes componentes.

AUDITORIA MEDICA

Es probablemente la forma más comúnmente usada, en nuestros países, para determinar la calidad de la atención médica.

Se puede definir diciendo que es la evaluación retrospectiva de la calidad (contenido) de la atención médica a través del análisis de las historias clínicas (registros médicos).

Se ha constatado que en algunos lugares se encuentra resistencia de parte del Cuerpo Médico, para hacer la Auditoría Médica, y se ha comprobado que esto se debe a que se desconoce qué es, ni cuál es su propósito; éstos son dos:

- a) Elevar la calidad de la atención médica, y
- b) Formar al personal médico. Formarlo mediante un sistema de auto evaluación y auto-disciplina. No es la Dirección, ni la Administración quien va a evaluar. es el propio Cuerpo Médico el que se va a evaluar.

Para llevar a cabo una buena Auditoría Médica se requiere: 1°) Que exista un sistema de información de registros médicos eficiente, y

2°) Motivación del Cuerpo Médico, el que a su vez debe estar adiestrado en las técnicas de Auditoría.

Etos dos requisitos son fundamentales y sin ellos no se puede llevar a cabo esa labor eficiente. La falta de esos dos requisitos ha sido la causa de fracasos en muchos hospitales.

existen dos tipos de Auditoría Médica: Interna y Externa.

La Auditoría Médica Externa actualmente es poco común y en general es inaceptada ya que crea resistencia, consiste en que en determinado momento una institución va a un Hospital a hacer la Auditoría, es decir se lleva a cabo por Médicos que no trabajan en el Hospital que se investiga.

La AUDITORIA INTERNA como su nombre lo indica es llevada a cabo por el personal médico del mismo Hospital. Esta es la más común, por ser mejor aceptada.

Cuando se lleva a cabo una Auditoría se encuentran obstáculos de los más corrientes son: a) Error humano, lo cual es fácil de comprender ya que la atención médica no puede ser revaluada con precisión, matemática, b) La existencia de

lidación, de Verificación o Auditoría Médica, de Tejidos, de Infección, de Transfusión y de Conferencias Anatómico-Clínicas. Su finalidad es doble: Mejorar la calidad de las atenciones que se dispensan, y formar al personal Médico por medio de la autoevaluación y autodisciplina. El primer problema que se presenta es evaluar la calidad, lo que supone comparar con algo que es NORMA. Para evaluar el trabajo clínico hay que fijar normas, y éstas dependen de quien las fije y cuáles se fijen. En general hay dos clases de normas: a) Empíricas y b) Normativas.

Los partidarios de las empíricas dicen que debe salir de la observación de como se ejerce la Medicina en la práctica. Los de las normativas se basan en la opinión de expertos o Comités de entendidos en Medicina. En conclusión el *contenido* es la decisión si existe calidad en base a normas establecidas que se supone tienen características de validez y confiabilidad.

La Auditoría Médica es una forma de evaluar retrospectivamente la calidad del contenido de la atención médica a través de la calidad de la historia clínica. La Auditoría supone existe una relación estrecha entre la calidad del documento con la calidad de la atención. Más adelante analizaremos detenidamente este método de la Auditoría Médica.

EVALUACIÓN DEL PROCESO: Esta Escuela considera al paciente en conjunto. Evalúa la actuación no sólo del Médico, sino de todo el equipo de salud que interviene en el proceso. Observa las medidas preventivas que hubieran evitado el origen de la dolencia o las complicaciones que se sucedieron. Estudia el lugar del origen y las transferencias. Estudia cómo y por qué fue hospitalizado, y analiza todos los pasos durante su internamiento, hasta su egreso. Es en suma un proceso de coordinación y comunicación. Esta Escuela le da importancia a la administración dentro del Hospital, y analiza no sólo los hechos dentro del Hospital sino su secuencia. Estudia las interacciones que se establecieron durante su internamiento y da lugar a dos grandes conclusiones:

- 1º) Un proceso ordenado y una coordinación adecuada, deben producir una buena calidad.
- 2º) El ordenamiento lógico de los diversos elementos, que los integran dará por resultado una buena calidad.

ESCUELA DE LA ESTRUCTURA

Se basa fundamentalmente en considerar que un Hospital tiene buena atención médica, si cuenta con 4 elementos que son:

- a) Instalaciones y equipos, es decir buenas instalaciones hospitalarias y un buen equipo físico.
- b) Personal adecuado para el buen uso de las instalaciones y el equipo.
- c) Conocimientos, por parte del personal, para poder aprovechar al máximo el equipo.
- d) Destrezas: En el sentido de saber hacer las cosas.

Concluyen diciendo los partidarios de esta Escuela que son necesarios estos cuatro elementos a fin de satisfacer las necesidades que en materia de salud siente una comunidad.

<p>3. Laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. C.B.C.* (recuento sanguíneo completo: hematocrito, glóbulos blancos, diferencial). b. Análisis de orina c. Radiografía del tórax d. Electrocardiograma e. Amilasa de suero f. Transaminasa de suero g. Colangiograma o colecistograma. Intravenoso. <p>Si hay ictericia o deshidratación?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Albúmina en suero, sodio, dióxido de carbono, cloruros,, potasio. b. Bilirrubina en suero. c. Fosfatasa alcalina. d. Tiempo de protrombina. 	<p>3. Laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. C.B.C. (recuento sanguíneo completo: hematocrito, glóbulos blancos, diferencial). b. Análisis de orina. c. Radiografía del torax. d. Electrocardiograma <p>Bajo condiciones apropiadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Radiografía de la región gastrointestinal superior, vesícula biliar y colon. b. Pielograma intravenoso. c. Colangiografía intravenosa. d. Pruebas de funcionamiento hepático. e. B.U.N. (Nitrógeno de la urea sanguínea). f. Azúcar en la sangre. g. Prueba de tipo y compatibilidad.
---	---

* Del Inglés Complete Blood Count (C.B.C.)

PERIODO PROBABLE DE PERMANENCIA:

1. Colecistitis aguda:
 - a. Colecistectomía operativa, sin complicaciones: 7 a 10 días (post-operatorio)
 - b. No operativa: debe ser dado de alta una vez mejorada la enfermedad.
2. Los pacientes con historia clínica de ataques repetidos de vesícula biliar pueden ser admitidos para examen y operación; puede requerirse hasta 5 días de permanencia preoperatoria.
3. Colecistitis crónica:
 - a. Colecistectomía, sin complicaciones: 7 a 10 días.
 - b. Si se requiere además una exploración del ducto común y se ha dejado un tubo en T para drenaje, podrían requerirse de 8 a 15 días de permanencia postoperatoria.

c. La permanencia es prolongada e impredecible si se efectúa:

- (1) Duodenotomía
- (2) Esfincterotomía
- (3) Colecistostomía
- (4) Reparación de la estrechez del ducto común.

COMPLICACIONES QUE PUEDEN PROLONGAR EL TIEMPO DE PERMANENCIA:

1. Infección de la herida
2. Disrupción de la herida
3. Cálculo retenido en el ducto común
4. Flebotrombosis o tromboembolismo
5. Pancreatitis
6. Neumonía
7. Diabetes
8. Afección cardíaca
9. Peritonitis biliar
10. Hemorragia postoperativa
11. Ictericia inexplicada

INDICACIONES PARA DAR DE ALTA:

1. Sin cirugía:
 - a. Estado afebril
 - b. Disminución del dolor, sensibilidad, náusea y vómitos
2. Con colecistectomía:
 - a. Estado afebril
 - b. Proceso satisfactorio de cicatrización.
 - c. Reanudación de la función gastrointestinal
 - d. Complicaciones bajo control.

FORMULARIO PARA COLELITIASIS Y COLECISTITIS

DATOS BASICOS

Número del paciente	_____	Edad	_____
Fecha de admisión	_____	Sexo	_____
Fecha de alta	_____	Pago (marque uno):	
En caso de muerte (marque uno):		Personal	_____
Autopsia	_____	Seguro "Blue Crose"	_____
Sin autopsia	_____	Seguro Comercial	_____
Días de permanencia	_____	Otro (especifique)	_____
Número del médico	_____		_____
Número del cirujano	_____		_____

DIAGNOSTICO

Primario (marque uno):

- Colelitiasis (584.0)
- Colecistitis (585.0)

Secundario:

DATOS DE ADMISION

	SI	NO
¿Tenía dolor, náusea, vómitos?	_____	_____
¿Tenía fiebre?	_____	_____
¿Tenía ictericia?	_____	_____
¿Se había diagnosticado anteriormente cálculo en la vesícula o vesícula sin funcionamiento?	_____	_____

SERVICIOS DE HOSPITAL

Se hizo referencia específica a:

	SI	NO
1. ¿Carácter y distribución del dolor?	_____	_____
2. ¿Síntomas o signos relacionables con ictericia?	_____	_____
3. ¿Tiempo de inicio de la enfermedad?	_____	_____
4. ¿Episodios anteriores?	_____	_____
5. ¿Intolerancia a los alimentos?	_____	_____
6. ¿Sensibilidad a en el cuadrante superior derecho?	_____	_____
7. ¿Masa del cuadrante superior derecho?	_____	_____
8. ¿Tamaño del hígado?	_____	_____

¿Se registraron los resultados de las siguientes pruebas?

1. ¿C.B.C. (recuento sanguíneo completo)?	_____	_____
2. ¿Análisis de orina?	_____	_____
3. ¿Radiografía del tórax?	_____	_____
4. ¿Electrocardiograma?	_____	_____
5. ¿Amilasa del suero?	_____	_____
6. ¿Transaminasa del suero?	_____	_____
7. ¿Colangiograma o colecistograma intravenoso?	_____	_____
8. ¿Albúmina en el suero, sodio, dióxido de carbono, cloruros y potasio?	_____	_____
9. ¿Bilirrubina en suero?	_____	_____
10. ¿Fosfatasa alcalina?	_____	_____
11. ¿Tiempo de protrombina?	_____	_____

Operación (marque las pruebas efectuadas):

Colecistectomía	_____	_____
Colecistostomía	_____	_____
Exploración del ducto común	_____	_____
Otras (especifique)	_____	_____

El paciente fue operado el _____ día de permanencia en el Hospital.

El diagnóstico preoperatorio fue confirmado por:	SI	NO
Roentgenografía	_____	_____
Informe patológico	_____	_____

COMPLICACIONES (especifique) _____

CRITERIO PARA DAR DE ALTA

No habiendo operación:	SI	NO
1) Paciente sin fiebre? ¿Cuántos días antes de ser dado de alta?	_____	_____
2) ¿El paciente se encuentra libre de sensibilidad, dolor, náusea y vómitos? ¿Cuántos días antes de ser dado de alta?	_____	_____
Postoperatoria:		
1) ¿Paciente sin fiebre?	_____	_____
2) ¿Cicatrización satisfactoria?	_____	_____
3) ¿Restablecimiento de la función gastrointestinal?	_____	_____
4) ¿Complicaciones bajo control?	_____	_____

EVALUACION

La admisión fue (marque uno):

Apropiada _____
Inapropiada _____

Si la admisión fue apropiada:

Tiempo de permanencia: apropiado _____
inapropiado _____

Si el tiempo de permanencia fue excesivo, ¿cuántos días? _____

Si el tiempo de permanencia fue demasiado breve, ¿cuántos días? _____

En cualquiera de estos dos casos, el tiempo de permanencia, fue inadecuado en:

Preoperatoria: _____ días
Postoperatoria: _____ días

Los servicios del hospital fueron:

Adecuados _____
Inadecuados _____
(Especifique) _____

OTROS COMENTARIOS:

El hospital como institución de cuidados progresivos al paciente

(2ª PARTE - CONCLUYE)

Dr. Jacobo Santos Alvarado

— IV — CUIDADOS

INTERMEDIOS

A.—Selección de los pacientes.

Los pacientes asignados a la Unidad de Cuidados Intermedios (10), son los que están moderadamente enfermos así como aquellos que requieren un tratamiento paliativo; ejemplos de la primera categoría o moderadamente enfermos como los que tienen: neumonía, colicistitis aguda, post-operatorio de apendicectomía no complicada, herniorrafia, reparación pélvica y pacientes en recuperación parcial, transferidos de la Unidad de Cuidados Intensivos, la mayoría de estos pacientes serán ambulatorios por cortos períodos. Una mayor proporción de pacientes hospitalarios serán admitidos y dados de alta desde esta Unidad. Los niños que requieren cuidado a este nivel intermedio serán colocados en la Unidad Pediátrica.

B.—Servicios requeridos.

Los servicios proveídos en la Unidad de Cuidados Intermedios en algunos aspectos serán similares a aquellos ofrecidos en una unidad de enfermería quirúrgica o médica general, muchos pacientes tendrán facilidades de baño y la mayoría serán capaces de ayudar a la enfermera para su propio cuidado y hacer sus necesidades por sí mismos. El médico y la enfermera deberán observar y evaluar las necesidades de los pacientes de manera a poder ayudarlos a una pronta recuperación.

La enfermera puede necesitar enseñarle las técnicas de ambulación que siguen a la cirugía o después de una larga permanencia en cama y ayudarle a aceptar las limitaciones producidas por su enfermedad.

Pacientes que están próximos a recibir su alta pueden necesitar instrucciones para su vida futura al tener que reintegrarse al hogar. La mayoría de los hospitales tienen diseñadas instrucciones impresas, las cuales contestan las preguntas que frecuentemente los pacientes hacen, estas instrucciones pueden perfectamente ser ampliadas por guías y conversaciones personales de la enfermera.

Énfasis y supervisión de la actividad del paciente convaleciente, son aspectos importantes del cuidado de enfermería en esta Unidad, así como la enseñanza de buenas prácticas sanitarias.

C.—Personal de Enfermería.

Selección.—Las enfermeras asignadas a esta Unidad deben tener las mismas atribuciones de las que trabajan usualmente en los pisos de Medicina General y de Cirugía; debe enfatizarse en el interés y la habilidad para la enseñanza de la salud, deberá emplearse más tiempo para esta función importante ya que habrá menos pacientes que requieren varios procedimientos técnicos.

Persona).—Puesto que la Unidad de Cuidados Intermedios generalmente no es para hospitalización de emergencias, es posible tener un equipo razonablemente estable, los requerimientos de servicio se refiere tanto a los de enfermeras profesionales, licenciadas de enfermería y auxiliares de enfermería; las necesidades varían con cada turno, no obstante en todos los momentos siempre deberá haber por lo menos una enfermera profesional.

Algunos hospitales han demostrado que durante la guardia de día, un miembro del equipo puede servir adecuadamente a 5 o 6 pacientes, durante la tarde pueden asignársele 7 y en la noche se necesita (1) una enfermera para (11) once pacientes.

D.—Aspectos operacionales

General.—Los aspectos operacionales serán similares a aquellos de los hospitales convencionales desde el punto de vista de los patrones de los equipos de enfermería, de los privilegios de los visitantes y los servicios hospitalarios tales como: Dietética, Mantenimiento, Suministros y Lavandería.

Ingresos.—Un paciente puede ser ingresado a esta Unidad bien sea transferido de otra Unidad o directamente desde admisión tal como ocurre comúnmente en los hospitales convencionales. Desde aquí puede ser trasladado a otra Unidad y de la política operacional observada en el Hospital, o directamente a su casa, dependiendo desde luego de sus propias condiciones

Alimentación.—Puesto que el paciente como regla general está en la Unidad comenzando a volver a ganar interés en su alimentación, la dietista está perfectamente en condiciones de comenzar a planificar su educación nutricional; esta área provee una buena oportunidad para la dietista para evaluar las necesidades dietéticas del paciente y le permite abarcar al paciente y a su familia en la planificación.

El Departamento de Dietética dará atención particular a la importancia que tienen los alimentos nutritivos apetitosamente preparados y convenientemente servidos.

En la Unidad de Cuidados Intermedios, debe incluirse espacio para un servicio mínimo de alimentación para guardar, servir ciertos alimentos simples o especiales. Deberá haber un ambiente lo suficiente para que los pacientes puedan comer allí en vez de hacerlo al lado de la cama.

Cuando estas facilidades se prestan, los pacientes tienen una oportunidad de tomar sus alimentos juntos y así pueden disfrutar de ciertas amenidades sociales que tienen gran importancia en la convalecencia temprana.

E.—Diseño y equipo.

Las Unidades de Cuidados Intermedios son similares a las salas de atención de pacientes en los hospitales generales convencionales y son equipados análogamente. La capacidad más adecuada fluctúa entre 30 y 35 camas.

Un cierto número de pacientes deambula y requieren espacio para caminar o levantarse durante el día o en las horas de las comidas. Esta Unidad requiere suficientes duchas, sanitarios y baños. En concordancia al número de pacientes que en ella se alberguen; los cuartos de los pacientes pueden ser de 1 o 2 camas y hasta de 4, con baños privados o comunicados.

En cada Unidad se hace necesario: la estación de enfermería, cuartos para preparación de medicamentos, suministros, faena de material sucio, cuarto para

alimentos, almacenamientos y cuarto para el personal auxiliar; también deben considerarse las facilidades para aislamiento, tratamientos, exámenes y sitio para conferencias.

Deben proveerse 2 zonas flexibles para los pacientes de la Unidad, una de ellas preferiblemente próxima al área de la Unidad de Cuidados Intensivos, el número de camas que debe considerarse a las 2 Unidades es electivo y puede perfectamente ser regulado por períodos según las necesidades.

— V — CUIDADOS

MTNIMOS

A.—*Selección de pacientes*

Los pacientes ambulatorios, los que están convalescientes y los que requieren diagnóstico o terapéutica son los que se atienden en esta Unidad (10), por ejemplo aquellos que físicamente se valen a sí mismos que requieren estudios diagnósticos que no se pueden realizar desde la Consulta Externa, pacientes que requieren tratamiento diario o especializado tal como radiaciones o fisioterapia, el diabético recién diagnosticado que necesita un manejo dietético, control de dosis de Insulina precisos, y exámenes de laboratorio frecuentes, coronarios que deben aprender bajo estrecha supervisión cuanta actividad pueden tolerar, pacientes convalescientes de carcinoma rectal que necesitan de algunos días más para ayudarlo en el entrenamiento para sus evacuaciones y el manejo de la Colostomía y pacientes con disturbios emocionales medianos.

B.—*Servicios requeridos.*

Los pacientes pueden ser ambulatorios, por consiguiente, los servicios son especialmente educacionales y de supervisión ya sugeridos por los ejemplos anteriores. Los médicos, enfermeras y dietistas instruyen a los pacientes en como utilizar al mínimo, su propia capacidad incluyendo por ejemplo: toma de medicinas, alimentos, etc.

La enfermera es responsable de la vigilancia del paciente y de hacerlo entender lo que se propone, puede hacer educación sanitaria y planificar el mantenimiento de la salud en el hogar, trabaja estrechamente con el médico con la finalidad de proporcionarle al paciente soporte emocional y la información específica que debe aprender para aceptar su diagnóstico o las limitaciones impuestas por su enfermedad, si se trata por ejemplo de un diabético o con cardiopatía que tendrá su afección por el resto de su vida; la ayuda consoladora que se le brinde ayudará en la aceptación de su estado y a la transición entre el hospital y la casa.

C.—*Personal de Enfermería.*

Selección.—La enfermera profesional debe tener un mínimo de procedimientos técnicos para llevar a cabo su cometido, pero sus cualidades en relaciones humanas serán usadas al máximo en consolar, enseñar y proveer soporte emocional. Deberá darse prioridad a las habilidades en este sentido y a los conocimientos de Salud Pública en la selección del equipo de enfermería destinado para laborar en la Unidad de Cuidados Mínimos.

Equipo.—Los requerimientos de equipo de esta Unidad dependerán de los servicios que van a proveerse y de la cantidad de pacientes. En un hospital

donde el mínimo promedio de pacientes es 26, se ha encontrado adecuado el patrón siguiente: una enfermera profesional, una enfermera práctica o auxiliar de enfermería para el turno del día; una enfermera a tiempo completo más una enfermera a medio tiempo (que puede ser práctica o auxiliar de enfermería) para el turno de la tarde; o una enfermera profesional a tiempo completo, una enfermera auxiliar para el turno¹ de la noche; debe asignarse una secretaria a esta Unidad para que asista en el arreglo de la papelería de los pacientes, que se encargue del control de citas y toda la labor de secretaría que pudiera haber.

D.—*Aspectos operacionales.*

Consideraciones generales.—A los pacientes deberá permitírseles llevar una rutina parecida a la de su casa, sin tiempo prefijado para levantarse o acostarse excepto cuando sea requerido para citas diagnósticas o procedimientos terapéuticos.

No hay necesidad de restringir las visitas sean éstas de adulto o de niños, ni tampoco limitar las horas a los mismos.

Ingresos.—Los pacientes pueden provenir directamente de la Oficina de Admisión o transferidos de otra Unidad de pacientes. Entre los ingresos directos están aquellos que serán intervenidos quirúrgicamente, esos pacientes tendrán oportunidad para aprender procedimientos y rutinas del Hospital, aquellos que son enviados a esta Unidad como preparación previa para alta deberán recibir instrucciones concernientes al cuidado que tendrán que observar posteriormente; el término de la estancia deberá ser influenciado por la situación a encarar por el paciente en su hogar y la distancia y la facilidad de transporte entre el hospital y aquél.

Aquellos admitidos para ser diagnosticados tomarán ellos mismos la responsabilidad para trasladarse a tiempo a los servicios auxiliares de diagnóstico como Rayos X o Laboratorio y asistir por su propio esfuerzo y decisión a las estaciones de enfermería para tomar sus medicamentos.

Localización de los pacientes.—Puesto que los pacientes no están restringidos en sus cuartos, se permite desarrollar un sistema que pueda mantener al cuerpo de enfermería enterado, de donde pueden ser localizados en un momento dado; una manera de llevar sin inconveniente lo anterior es teniendo en la puerta una especie de dial que indique áreas tales como: Laboratorios Rayos X, sala de tratamientos, etc. el que servirá para colocar en el dial el lugar hacia donde se encuentra el paciente al dejar éste su cuarto. Otras indicaciones que el mismo dial podría hacer es mostrar si el paciente está libre para visitas, si necesita reposo o simplemente dormir.

Prácticas dietéticas.—Una de las principales funciones del Departamento de Dietética para el paciente de Cuidados Mínimos, es el de ayudarlo a través de la educación nutricional, a ajustar o adquirir buenos hábitos dietéticos y poderlos practicar posteriormente cuando se encuentre de regreso en su hogar. Con respecto a ésto, la cafetería general del hospital perfectamente podría servir como un medio de enseñanza, al permitírsele a la dietista dar instrucciones y asistencia al paciente que asiste a la cafetería. Un programa de entrenamiento de educación nutricional puede desarrollarse por una dietista que enseñe a aquellos pacientes que necesitan tener conocimientos sobre dietas modificadas.

En la Unidad son deseables facilidades para la alimentación mínima de un desayuno ligero o de la merienda entre las comidas. Facilidades que pueden consistir en la dotación de una pequeña área para alimentación, aparte de ello los pacientes también pueden usar la cafetería del hospital para tomar sus alimentos.

— VI —

CUIDADOS DOMICILIARIOS

Este programa de atención en el hogar (10), hace posible extender los servicios necesarios al paciente después que deja el hospital y regresa a su casa en la comunidad, lo que se lleva a cabo conjuntamente con los servicios seleccionados de la comunidad para completar el plan de cuidados médicos para el paciente, última fase de lo que hemos venido llamando "Cuidados Progresivos al Paciente".

Los avances científicos, técnicos y sociales (11) que ha experimentado la Medicina en las últimas décadas han contribuido al rápido incremento de la asistencia hospitalaria. Sin embargo, el alto costo de los hospitales y el creciente aumento de la incidencia de enfermedades crónicas entre otros factores ha inducido a buscar nuevos métodos complementarios de atender a los pacientes; como el de la atención domiciliaria.

En un programa coordinado de atención domiciliaria, todos los servicios para el paciente están controlados y supervisados por una oficina central administrativa, generalmente ubicada en el mismo hospital, aunque puede estar en otro servicio local de salud, encárgase de él una asociación *de* enfermeras visitadoras o las Facultades de Medicina.

Sin embargo, en cualquier tipo de manejo administrativo el servicio de salud local puede contribuir coordinando los cuidados que presta a los pacientes en su domicilio. Es obvio que en el desarrollo de un programa de esta naturaleza adquieren importancia de primer orden tanto los médicos como las enfermeras de salud pública y las visitadoras sociales, no solamente en lo que a medicina preventiva y social se refiere.

En los Estados Unidos, durante 1955, un estudio de un número limitado (12) de programas de atención domiciliaria mostró varios patrones de operación, enfatizó la importancia de:

- a) Valorar las necesidades de la comunidad para el establecimiento de un programa de cuidados domiciliarios, a través de la determinación del número de pacientes en los hospitales y otras instituciones, las listas de espera, consultas clínicas y una estimación del número de enfermos en la casa que podrían beneficiarse al implantarse dicho programa.
- b) Exploración y evolución de los recursos de la comunidad en relación con su potencial en la satisfacción de las necesidades de los pacientes en la casa.
- c) Desarrollo de un programa para incluir la creación de comités o consejos, para consultar conjuntamente con el director del programa, con el objeto de definir los objetivos del programa y normas para seleccionar los tipos de pacientes que deben ser atendidos, los servicios que serán ofrecidos y dónde serán proveídos.
- d) Desarrollo de criterios específicos para determinar la selección de pacientes para cuidados en la casa.

La definición definitiva presentada en el primer simposium regional sobre cuidados de la casa en los Estados Unidos (13) es como sigue:

Un programa de asistencia domiciliaria coordinado es el administrado centralmente, y a través de planes coordinados de evaluación y procedimientos

controlados, provee de servicios de enfermería, sociales y médicos dirigidos a pacientes seleccionados y en su hogar.

El término de administrado centralmente recalca la responsabilidad para la administración del programa que debe ser delegada a una organización.

Los planes coordinados, la evaluación y el control significan que la organización debe mantener una unidad operacional para:

- 1.—Planificar y llevar la responsabilidad de la participación de los recursos organizados, para proporcionar así a los pacientes de servicios que incluyen por lo menos cuidados físicos, cuidados de enfermería, servicio social y facilidades de acceso para los pacientes hospitalizados.
- 2.—Llevar a cabo conferencias periódicas con médicos y otros profesionales o personal auxiliar para determinar las necesidades médicas, sociales y de enfermería de todos los pacientes en el programa. Necesidades que se determinan sobre una base individual durante el tiempo de la admisión, curso del cuidado y egreso.
- 3.—Esquemas individuales de servicios coordinados, referentes a los pacientes que sean consistentes con sus necesidades y con una distribución eficiente y distribución de los servicios dentro de todos los casos.

Dirigido por el médico, significa que todos los servicios directos sobre el paciente: médicos, enfermería, sociales ,etc., deben ser de la responsabilidad directa de los médicos tratantes.

Pacientes seleccionados se refiere al hecho que el programa está primordialmente reservado para pacientes cuya necesidad de salud:

- a) No requieren hospitalización, ni tampoco pueden ser llevados como simples pacientes ambulatorios.
- b) Requieren un complejo de servicios médicos, de enfermería, sociales y otros por un período prolongado de tiempo, y
- c) Pueden ser fácilmente introducidos en el programa en un medio físico psico lógicamente adecuado en el hogar.

Como ya indicamos previamente un programa de atención domiciliaria puede ser organizado independientemente, utilizando ciertos servicios hospitalarios o como una unidad funcional del hospital, aunque en la exposición que sigue a continuación se refiere especialmente con programa que tiene desarrollo en su hospital, éste, no obstante, puede perfectamente funcionar o participar en un programa de cuidados domiciliarios organizado por cualquier otro servicio de salud.

La Asociación Americana de Hospitales en 1961 (14) organizó y desarrolló una serie de principios guía para asistir a los hospitales en la planificación y organización de programas coordinados de cuidados domiciliarios, con el fin de que estos servicios especiales fueran aceptados por los médicos, comunidad, y entidades que tenían que ver con los mismos.

En Venezuela existe la atención domiciliaria en ciertas instituciones como el Hospital de Niños de Maracaibo, Hospital Central de Barquisimeto y en el Hospital Central de Maracay.

Seguidamente se incluyen los lineamientos u objetivos, que podemos considerar como ventajas de un programa de tal naturaleza (15) en un hospital de niños:

- 1.—Proporcionar al paciente atención médica adecuada, sin separarle de su ambiente familiar, lo que se ha comprobado repercute favorablemente sobre la salud del niño, reduciendo al mínimo el trauma psíquico que ocasiona por sí misma la enfermedad, al cual se suma el de la separación del ambiente familiar que conlleva la hospitalización.
- 2.—Suprimir el desasosiego, estado de angustia y el temor que en la familia origina la hospitalización de un niño, con las múltiples secuelas que de ello se derivan, especialmente en los hogares económicamente débiles: abandono temporal de las obligaciones hogareñas por parte de la madre, incremento de gastos de transporte, a menudo incumplimiento o abandono del trabajo por parte del padre, etc.
- 3.—Reducir considerablemente el costo del paciente pediátrico hospitalizado, el cual crece cada día. Se calcula que la asistencia domiciliar suprimiendo los gastos de alimentación y reduciendo apreciablemente los de personal, baja el costo en un 60% aproximadamente.
- 4.—Mejorar las condiciones sanitarias del hogar mediante las visitas del médico y de la enfermera, quienes por el simple acto de su presencia periódica constituyen un estímulo para el mejoramiento de las condiciones de higiene en el hogar, estímulo que crecerá proporcionalmente al interés del médico y la enfermera en instruir al grupo familiar sobre los hábitos higiénicos fundamentales, sobre conocimientos básicos de economía doméstica y la forma adecuada de resolver pequeños problemas del hogar (escolaridad, facilidades de trabajo, utilización adecuada de los servicios públicos, etc.)
- 5.—Proporciona a los médicos, estudiantes y otros sectores del personal hospitalario el conocimiento del medio social en que actúan, fatalmente deformado por la práctica exclusiva de asistencia hospitalaria y ambulatoria.

Pero en el programa establecido se tropieza con algunos inconvenientes o desventajas. En primer lugar (16) señalaremos que los pacientes para ser atendidos deben ser seleccionados en base a los siguientes puntos:

- 1.—*Tipo de enfermedad.*—No se tratarán en el domicilio pacientes con procesos agudos o crónicos que constituyen un peligro al núcleo familiar.
- 2.—*Deseo y disposición de los familiares a colaborar.*—Actitud sumamente muy importante que debe aclararse, en vista de que una vez en domicilio, prácticamente los cuidados quedan delegados a uno o varios miembros del grupo; sin su ayuda e intervención es inútil tratar de llevar adelante el programa.
- 3.—*Deseo del paciente de ir a domicilio.*—Muchas veces las condiciones que los investigadores sociales hacen en el seno familiar, son completamente diferentes a los que conoce y ha vivido el paciente, quien por alguna razón puede sentirlo hostil. Ante esta situación debe primero condicionarse al ambiente y al enfermo para tratar de zanjar las diferencias que puedan existir.
- 4.—*Residencia del paciente.*—Deberá estar ubicada en zona accesible y en el perímetro del área de influencia del hospital.
- 5.—*Existencia en el domicilio de mínimas condiciones ambientales y de comodidad.*—Punto que puede ayudar a resolver la Institución con sus recursos en caso de que sea necesario.

A.—*Selección de los pacientes.*

Los pacientes deben ser admitidos a este programa sólo cuando el tipo de cuidados llenen sus necesidades. Evaluación social, de enfermería y médica

precisa, es esencial en la selección de pacientes para ser atendidos en los cuidados domiciliarios. Los servicios deben ser **asequibles** a los pacientes privados y a los que les pagan servicios médicos organismos como el Seguro Social, etc. El programa de cuidados en la casa debe ser equipado idealmente para servir todas las categorías de enfermedades, incluyendo a los pacientes que se encontraran en la comunidad, así como aquellos que serán egresados del hospital.

Los principios de la Asociación Americana de Hospitales sugieren las reglas mínimas siguientes para la admisión de pacientes en este programa:

- a) Una situación en el hogar que permita suministrar cuidados primarios por un miembro de la familia o por cualquier otro que ocupe una posición similar.
- b) Un tipo de enfermedad o incapacidad que no necesite los cuidados intensivos que se dan en un hospital, y
- c) La necesidad para los tipos de servicio que provee el programa de cuidados en la casa.

B.—Estructura Administrativa.

Los principios de administración de los programas de cuidados domiciliarios coordinados y llevados a su desarrollo por la Asociación Americana de Hospitales, enfatizan que mientras la administración diaria del programa puede ser llevada a cabo por una enfermera de Salud Pública, una Trabajadora Social o cualquier otro miembro no necesariamente médico de la estructura administrativa es esencialmente que sea un médico quien dirija el programa.

El médico que lo dirija puede estar empleado a tiempo completo¹ o parcial.

Si el programa depende de un hospital, la directriz médica fungirá como jefe del programa de Cuidados Domiciliarios, en forma similar a los Jefes de los servicios, clínicos especializados en el hospital. En resumen el Departamento de Cuidados Domiciliarios de un hospital debe ser organizado como un servicio comparable con el Departamento de Clínicas Externas y de otro servicio clínico.

C.—Evaluación y coordinación.

Para la coordinación de los servicios son esenciales conferencias, record e informes. Las conferencias de evaluación de equipo buscan determinar un plan para el tratamiento, evaluando la información médica social y de enfermería; tales conferencias deben ser llevadas a cabo a intervalos regulares. Cuando el médico tratante no esté presente debe enviársele una copia de la conferencia dentro de las próximas 24 horas. Deberá obtenerse una aprobación del médico antes que las recomendaciones de la conferencia sean puestas en práctica.

Un sistema de referencia entre los centros asistenciales es útil e importante para asegurar el mantenimiento y continuidad del cuidado del paciente, cuando éste es remitido de uno a otro centro, bajo el plan de Cuidados Domiciliarios.

D.—Servicios requeridos.

Los servicios mínimos requeridos son médicos, de enfermería y sociales. El número y variedad proveídos por el programa de Cuidados Domiciliarios varía de conformidad a la comunidad, paciente y al personal disponible.

Todos los servicios de diagnóstico y tratamiento del hospital, deben ser accesibles a los pacientes ambulatorios, capaces de ir al Departamento de Clínicas Externas del Hospital. Para aquellos que están confinados a la cama

o que por cualquier otra causa sean incapaces de asistir al hospital, ciertos servicios organizados de la institución, podrán ser llevados hasta el hogar.

Servicios médicos.—Los servicios médicos directos para los pacientes en la casa, son llevados a cabo por los médicos tratantes. En algunos programas, los servicios directos son llevados a cabo por los médicos residentes o por los estudiantes de medicina supervisados. Tales servicios pueden incluir examen médico, diagnóstico y procedimientos médicos y terapéuticos no complicados. Las muestras para exámenes de laboratorio pueden ser recogidas en la casa; si se tiene equipo portátil pueden hacerse ciertos procedimientos en la casa, como electrocardiograma y Rayos X. Las consultas médicas a menudo, son llevadas a cabo a través del hospital al que pertenece el programa de cuidados domiciliarios.

Servicios de Enfermería.—El cuidado de enfermería generalmente es un servicio provisto por el hospital. Los cuidados incluyen por ejemplo: cambio de ropa, inyecciones, irrigaciones, baños en la cama, educación sanitaria al paciente y a sus familiares que integran el mismo núcleo familiar. En la casa la enfermera tiene la oportunidad de ayudar al paciente y su familia a planear un programa de salud en medicina preventiva, así como restaurativa.

Servicio Social.—Al paciente e igualmente a su familia puede beneficiarse de este programa, bien sea del mismo hospital o del que la comunidad tenga organizado. El tipo y la calidad de los servicios debe ser dirigido por el programa de la organización y por las necesidades del paciente y de su familia.

Otros servicios.—Para algunos pacientes es suficiente con los servicios básicos (médicos, enfermería y social), sin embargo otros pacientes pueden necesitar también uno o más de una amplia variedad de otros servicios como: guías alimenticias, fisioterapia, terapia ocupacional, cuidados odontológicos, servicio de farmacia, de laboratorio y de Rayos X, ciertos servicios especializados.

E.—Normas.

Todo paciente (16) al cual se ha arribado a un diagnóstico, comprobado la eficacia terapéutica y superado la fase aguda que amerita atención directa y constante intrahospitalaria, es susceptible de continuar su evolución a domicilio. A juicio de su médico tratante se hará tal proposición en base a un estudio social previamente elaborado; la enfermera de sala lo participará de inmediato al coordinador de Atención Médica a Domicilio, quien conjuntamente con el médico tratante y el Trabajador Social que estudió el caso, frente al enfermo, con la documentación a mano, decidirán y programarán las visitas, así como la continuidad terapéutica e investigaciones de control si son necesarias. Egresará el paciente cumpliéndose todos los trámites reglamentarios e indispensables con el servicio de historias clínicas.

Visitas.—Al siguiente día del egreso se cumple la primera visita, realizada por el Coordinador, el médico residente perteneciente al servicio o Departamento de donde egresó el paciente; esto último para garantizar que se continuará la misma línea de conducta iniciada durante la fase de internamiento, se hará docencia, y podrá mantenerse informado al Jefe del Servicio la enfermera y el trabajador social, cada uno en sus actividades específicas.

Las visitas" sucesivas con asistencia del Médico Coordinador y Residente se cumplirán de acuerdo a las necesidades del paciente, así las de enfermería y servicio social, que se adelantan en forma diaria o interdiaria, teniendo la responsabilidad de sugerir al Coordinador la necesidad de alterar el programa establecido, si existen condiciones nuevas o especiales que lo ameriten.

Semanalmente el equipo se reunirá a objeto de considerar las medidas adoptadas, evolución del caso y decidir acerca de conductas futuras, incluida la decisión del egreso.

Todas las anotaciones, médicas y paramédicas, deberán hacerse en la historia clínica del paciente, la misma se transportará hasta el domicilio con cada visita; en consecuencia una interrelación con el Servicio de Historias Médicas es indispensable y necesaria.

La actividad médica no se limitará única y exclusivamente a la específica profesional sobre el enfermo, ayudará a la solución de problemas médicos y sanitarios que existen en el medio familiar, resolviendo consultas, que serán tabuladas, y dando consejos sobre saneamiento, evitando en lo posible el referir, si no es necesario, otros pacientes a las consultas del hospital, sean preventivas o curativas. La visita no deberá constituirse en la solución de todos los problemas médicos de los parientes y vecinos del paciente, a quien se debe orientar de la mejor manera.

A los fines de la utilización de aquellos servicios centralizados en el hospital, como Rayos X, Laboratorio especialmente, se tomarán las providencias necesarias al correcto traslado del paciente al Instituto, o toma de muestras a domicilio cuando sea necesario a juicio médicos.

Todas las visitas serán obligatorias para los alumnos de Medicina, Enfermería y Médicos internos; para su mejor cumplimiento recomendamos se les asigne en tal forma que no se hipertrofie el número de personas que visiten el hogar, lo que a nuestro juicio sería un elemento de perturbación y violación de la intimidad familiar.

Como puede observarse, la concepción de un servicio de esta categoría llevará la prestación de un gran servicio a la comunidad, atención integral al paciente y a la familia como unidad de salud.

_ VII _

VENTAJAS DEL ESTABLECIMIENTO DE CUIDADO PROGRESIVO DE PACIENTES

Los hospitales que han practicado exitosamente el cuidado progresivo de pacientes informan que los beneficios son numerosos. Ellos se proyectan al paciente, al médico, a la enfermera, y a todos los que están comprometidos en el trabajo del hospital. Algunas de las principales ventajas para cada uno incluye:

El paciente.—Recibe la atención especializada que él necesita y cuando la necesita. Además, él es atendido al hacer su primera adaptación al ambiente hospitalario y más tarde su retorno al hogar y a la comunidad.

Algunos de los objetivos del hospital son, proveer lo siguiente:

- a) Equipo y cuidados salvavida en segundos.
- b) Constantes cuidados de enfermería cuando más los necesite.
- c) Los mejores cuidados sin tener en cuenta su estado económico.
- d) Servicio total cuando los necesite sobre (enseñanza, tratamiento de rehabilitación, medicina física y emocional).
- e) Y cuidados de enfermería los cuales son planeados alrededor del progreso y hacia la recuperación.

La necesidad de preparar el paciente para su adaptación del Hospital a su hogar o a la comunidad es una consideración importante. El cambio del paciente a la unidad de cuidados personales, previa a la salida del hospital, disminuye el problema de como el paciente tiene la oportunidad de adaptarse gradualmente de un dependencia completa a una auto-suficiencia.

El médico.—A él se le ha dado la mayor seguridad de que su paciente está recibiendo la más alta calidad de servicios de enfermería, y que las drogas especiales, medicamentos y equipo necesario para diagnóstico y tratamiento están en la inmediata proximidad del paciente. Además hay la más grande probabilidad de que una cama estará disponible y que el personal entrenado estará de guardia, y son ellos quienes se pondrán en contacto inmediatamente con el médico en caso de emergencia y llevarán a cabo los procedimientos requeridos. Las órdenes de emergencia pueden ser cumplidas sin trastornar la rutina total ya que el personal está preparado mental y físicamente para hacerle frente a estos problemas.

Desde muy temprano, o mejor dicho, en sus comienzos, la contribución del médico en el establecimiento del Cuidado Progresivo al paciente es esencial, él es el mejor conocedor de los problemas y reglamentos del hospital. Esto crea mejor comprensión y promueve mejores servicios clínicos, equipo de acción y administración.

El médico es también figura prominente en el programa de entrenamiento de internos en el hospital. El es también el llamado a expresar su opinión en su especialidad particular, en reglamentos generales, o en alguna invocación en el cuidado a los pacientes lo cual él siente que podría ser de gran ayuda al personal del hospital, él tendrá una oportunidad para adelantar sus propios conocimientos, participando en discusiones con otros miembros del Cuerpo Médico del hospital.

La Enfermera.—Hace efectivo uso de sus facultades especiales, y el Departamento de Enfermería es el menos acosado por problemas de proveer campo suficiente para pacientes gravemente enfermos en áreas ampliamente separadas. El cuidado progresivo a pacientes permite la asignación de enfermeras en áreas donde su destreza individual puede hacerle frente del mejor modo, a las necesidades del paciente. Las enfermeras tienen más tiempo que pasar con los pacientes al prestarles los cuidados, y, así como miembros contribuyentes de un equipo, son capaces de ayudar a los pacientes y a sus familias a resolver sus problemas de salud.

La unidad de enfermería convencional frecuentemente separa los pacientes por tipo de servicio, edad o sexo, y el paciente a menudo permanece en la misma unidad durante las distintas etapas de su enfermedad. Su probabilidad de recibir completo cuidado físico cuando él necesita, es generalmente disminuido.

Cuando él hace algún progreso y está listo para instrucción, soporte emocional y rehabilitación, el reclamo de otros pacientes que están gravemente enfermos se les debe dar prioridad. El paciente a menudo se queda con el sentimiento de que ha sido descuidado, y su progreso hacia un total restablecimiento puede retardarse.

El cuidado progresivo a los pacientes, a través de la organización de los servicios y la destreza basada sobre las necesidades de los pacientes, puede ayudar a hacer más comprensivo el cuidado especializado de enfermería disponible para pacientes durante diferentes períodos de su enfermedad. Puesto que, las enfermeras supervisoras, enfermeras jefes, y equipo de trabajadores (dirigentes) todos juntos planean el cuidado total del paciente, la coordinación del cuidado del

paciente surge como una mayor responsabilidad de la enfermera profesional. Por otra parte, la enfermera tiene una oportunidad para utilizar sus capacidades más efectivamente, por lo tanto adquiriendo mayor satisfacción en el trabajo.

El cuerpo de enfermeras también se beneficia del servicio del programa de entrenamiento interno, el cual, idealmente, es una parte importante de un programa de cuidado progresivo de pacientes. El cuerpo directivo de enfermeras en educación en tal programa necesita enfocar o hacerle frente a las necesidades del paciente, ayudándoles a resolver sus problemas de salud.

El Hospital.—Tiene una oportunidad para acrecentar la calidad del cuidado a sus pacientes, como un resultado del uso efectivo y eficiente de su personal, camas, facilidades físicas, equipo, suministros y fondos. La mejor utilización del personal mejor entrenado significa no solamente mejor cuidado al paciente sino menos cambio de personal, un factor costoso y oculto en la operación de un hospital. La más efectiva utilización de las camas existentes puede ayudar a reducir el costo para nuevas construcciones. Todos estos factores se suman a una mejor administración y una perfeccionada "imagen pública" del hospital en la comunidad la cual respalda dicha institución.

A través del servicio domiciliario, un Hospital llega a ser un concededor más crítico de los servicios prestados por otras agencias de salud de la comunidad.

— VIII —

LISTA DE CONTROL PARA ESTABLECER EL PROGRAMA DE CUIDADOS PROGRESIVOS AL PACIENTE

- 1.—Arregle el plan de trabajo necesario:
 - a) Revise toda la literatura disponible.
 - b) Conferencie con los hospitales que practican el cuidado progresivo al paciente.
 - c) Analice los problemas existentes y examine las formas de cómo resultaría provechoso el cuidado progresivo al paciente.
- 2.—Haga los arreglos para las discusiones continuas entre el cuerpo directivo del Hospital y la Junta Directiva del mismo.
 - a) Programe las series de discusiones y conferencias de orientación para médicos, enfermeras y otros miembros del cuerpo directivo del hospital. A través de grupos de acción determina el grado al cual debería adoptarse el programa de cuidados progresivos al paciente.
 - b) Presente con asistencia y participación del grupo directivo, un programa bien resumido a la Junta Directiva del Hospital. Los tópicos deberían incluir:
 - 1) Principios y objetivos de cada unidad de cuidado al paciente.
 - 2) Reglamento y procedimiento operacional.
 - 3) Número de camas y cambios anticipados en proyectos y equipos.
 - 4) Costos estimados y financiamiento.
- 3.—Bajo un acuerdo mutuo de la Junta Directiva y personal directivo del hospital establezca los principios y objetivos de cada área de cuidados al paciente:
 1. Resuma por escrito una descripción bien definida de los principios, objetivos, alcance y responsabilidad de cada unidad de cuidados al paciente.

4.—Establezca reglas funcionales y procedimientos.

- a) Organice comités central y sub-comités para desarrollar sistemas, métodos detallados y procedimientos para llevar a cabo el programa.
- b) Establezca normas y procedimientos para admitir pacientes y trasladarlos a otras unidades.
- c) Un plan periódico de la evaluación de las funciones de cada unidad de cuidados al paciente para asegurar que clase de objetivos han sido logrados.
- d) Un plan metódico de evaluación de la calidad de cuidados al paciente individual, incluyendo las consultas.
- e) Producir hojas necesarias para las historias e informes.
- f) Determine los procedimientos para una evaluación diaria del paciente. (La directiva del Cuerpo Médico debería poner en marcha el reglamento el cual debería ser usado, como una base para la evaluación de cada paciente para determinar si él debería o no permanecer en la unidad, ser transferido o no a otra unidad o ser dado de alta).
- g) Tomar las medidas necesarias para hacer las modificaciones convenientes, en los servicios tratar de hacerle frente a las necesidades especiales de los pacientes en cada una de las unidades de cuidados al paciente; ejemplo: diagnóstico, tratamiento, aumentación, limpieza y suministros.
- h) Hacer las modificaciones requeridas del reglamento en relación a tales factores como: visitantes, seguridad, educación de salud a los pacientes y distribución de programas de información para pacientes y para el público en general.
- i) Determinar qué especialidades en enfermería son necesarias, igualmente en otros tipos de trabajo para cada unidad, haciendo la selección de personal de acuerdo¹ con la especialidad.
- j) Orientar médicos, enfermeras y demás personal en relación con el reglamento y procedimientos de cada unidad de cuidados al paciente.
- k) Proporcionar dentro del mismo servicio charlas educacionales para médicos, enfermeras y otro personal especializado, el cual puede ser requerido.

5.—Calcular el número de camas para cada unidad de cuidados al paciente y determinar qué cambios son necesarios en proyecto y equipo.

- a) Después de un cuidadoso análisis basado sobre experiencias pasadas y anticipando las necesidades futuras, hacer una estimación del número de camas necesitadas para cada unidad de cuidados, haciendo hincapié sobre los servicios y con flexibilidad.
- b) Determinar la ubicación de las unidades de cuidado al paciente, estación de enfermeras, cocinas, comedores, cuartos de depósito, limpieza y baños, además otras dependencias necesarias.
- c) Determinar el proyecto arquitectural y costos por alteración o construcción de las unidades.
- d) Determinar equipo necesario y costos.

6.—Hacer una apreciación del costo y planes para financiamiento apropiado.

- a) Analizar el costo operacional de cada unidad y la cantidad que va a ser cobrada por los servicios.
- b) Hacer los arreglos necesarios con terceros pagadores por pacientes que utilicen varias unidades.
- c) Perfeccionar los recuerdos de las oficinas de contabilidad, cobros y métodos de cobranzas.

----- IX —

CONCLUSIONES

- 1.—La acción de **los** hospitales modernos debe ser más amplia, por tener mayores responsabilidades que cubrir; en los hospitales convencionales que conocemos su misión ha estado limitada a la simple restitución de la salud del individuo únicamente, y su esquema arquitectónico y funcional no están de acuerdo con las modernas concepciones que sobre los programas en salud se tienen actualmente.
- 2.—El concepto de Cuidados Progresivos al paciente, en donde se persigue proporcionar mejor atención y tratamiento al paciente, mediante la adaptación del servicio hospitalario y la organización adecuada de los recursos humanos y técnicos, es recomendable el conocimiento de su filosofía y experiencia en otros medios, para ampliar la nuestra y adoptar los otros elementos, además de los cuidados intensivos.
- 3.—Para el establecimiento de Unidades de Cuidados Intensivos en los hospitales, se requiere hacer reformas estructurales, recursos económicos, personal capacitado y equipo técnico especial.
- 4.—Los cuidados intermedios y mínimos son las mismas atenciones que se han venido realizando en nuestros hospitales convencionales, sin una programación preconcebida.
- 5.—En la atención domiciliaria juega papel muy importante la participación de un equipo de salud completo: Médico, Odontólogo, Enfermera y Trabajadora Social entre otros, los que requieren orientación y adiestramiento sobre los objetivos a obtener mediante el establecimiento de la atención domiciliaria como parte integrante del plan de Cuidados Progresivos al paciente, dependiente de una institución hospitalaria.

— X —

RECOMENDACIONES

- 1.—Es indispensable que el diseño arquitectónico y la misión de los hospitales obedezcan a la realidad social que vivimos, ampliando sus funciones en cuanto a salud se refiere, e incorpore entre sus finalidades los programas de cuidados progresivos al paciente, como un medio de garantizar al individuo y la comunidad el fomento, protección y restauración de la salud.
- 2.—Se hace indispensable la adopción en los países latinoamericanos de los programas de Cuidados Progresivos al paciente, siempre que se tome en cuenta la experiencia obtenida en los lugares donde funcionan Unidades de Cuidados Progresivos al paciente, se proporcione la suficiente asistencia técnica y haya la información conveniente. En hospitales que ya funcionan con el esquema convencional será preciso la adaptación gradual, en los nuevos que se proyecten es recomendable concebirlos para que desarrollen en ellos los programas de Cuidados Progresivos al paciente.
- 3.—De acuerdo con las condiciones del medio y a la frecuencia de la patología predominante en el lugar donde funciona un Hospital, se puede realizar un estudio con miras al establecimiento de una Unidad de Cuidados Intensivos al paciente, que responde específicamente a sus necesidades, antes de pretender la implantación definitiva del sistema.

- 4.—Es necesario la sistematización de un programa que adecuado al personal, recursos y pacientes, de manera que estos últimos se ubiquen en el nivel de atención médica correspondiente según sus propias necesidades de salud y capacidad para autoservicio así estarían asignados en Unidades de Cuidado Intensivo intermedio, mínimo y atención domiciliaria.
- 5.—Deben establecerse los programas de cuidados progresivos al paciente, sistema adaptable al medio latinoamericano, y medio eficaz para el ejercicio de la medicina integral, donde con la participación de un equipo completo de salud se le proporciona al individuo atención curativa y de rehabilitación. La última fase de atención domiciliaria se presta para el desarrollo de la educación sanitaria, factor indispensable en la Medicina Preventiva y Social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—MOTEZUMA GINNARL J. y Cols.: Grupo de Trabajo Normalización de Hospitales. Documento N^o 1. Proyecto de Clasificación. Mimeografiado páginas W 4, M.S.A.S. Caracas 1970.
- 2.—SALAS, G. Arqto.: Planeamiento y Diseño de Hospitales, Pág. 21, M.S.A.S. Dirección General. Departamento de Servicios Generales. Caracas, Venezuela, 1970.
- 3.—MORRIS, J. N.: El Médico de Sanidad del Futuro. Del Departamento de Salud Pública y Unidad de Medicina Social del Consejo de Investigaciones Médicas. Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres E. E. 1. Conferencia dictada en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Johns. Abril 1969.
- 4.—Función de los hospitales en los programas de protección a la Salud. Primer Informe del Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica. O.M.S. Mimeografiado.
- 5.—DAVILA, C: Unidades de Cuidado Intensivo en América Latina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. LXIX N^o 1. Julio 1970.
- 6.—SOTO RIVERA, J.: La Unidad de Cuidado Intensivo, algunos aspectos administrativos. Técnica Hospitalaria, volumen XV. 4. Diciembre 1968.
- 7.—MEDINA, J. A.: Cuidado Progresivo a Pacientes Hospitalizados. La Unidad de Cuidado Intensivo, especial o de terapia intensiva. Mimeografiado. Escuela de Salud Pública. 30-9-65.
- 8.—Unidad de Cuidado Intensivo, características, funcionamiento y evaluación. Hospital Universitario de Maracaibo. Salom Gil, Ricaurte, Hernández P., Rafael y Soto Bernal, Leonelo. Seminario Sobre Administración de Cuidados Progresivos, Bogotá, 8-71.
- 9.—Unidades de Cuidado Intensivo en América Latina. Trabajo preparado conjuntamente por la Oficina Sanitaria Panamericana y el Departamento de Administración de Servicios Médicos. M.S.A.S. Caracas, Venezuela. 23-6-1970.

- 10.—Elements of Progressive Patient Care U.S. Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service. Division of Hospital and Medical facilities. Washington, 25, D. C. 1962, P. 49.
- 11.—MOLINA, A.: Cuidados Hospitalarios a Domicilio. El Hospital. N° 1, V. 26, 1970.
- 12.—WATERHOUSB, A. M.; BAILEY, E. C; BILLIS, M. C. and PALMER, J. T.: A study of selected home care programs, Public Health Monograph, N° 35 PHS. Publication N° 447. U.S. Public Health Service, Washington 25, D. C. 1955. Pág. 127.
- 13.—Summary report of the First Regional Workshop on Home Care (under identical sponsorship) for participants of the state of Illinois, Indiana, Michigan, Ohio, Wisconsin, Chicago, May 24-26, 1961. Chicago, American Medical Association, 1961.
- 14.—Principies of Administration of Hospital - Based Coordinated Home Care Programs. American Hospital Association. Chicago, 111. 1961.
- 15.—CASTILLO, C. E.: Nuevos concetpos sobre asistencia pediátra-hospitalaria. Primeras experiencias del Hospital de niños de Maracaibo en asistencia domiciliaria. I Jornadas Científicas del Hospital de Niños J. M. de los Ríos. Caracas, febrero 1962.
- 16.—SALOM GÍL, R.: Departamento de Servicios Ambulatorios, su importancia y desarrollo, con especial referencia al servicio de atención médica a domicilio. II Jornadas Venezolanas de Hospitales, Maracaibo, 19-22-1970. Técnica ospitalaria, Vol. XVII, N° 1, marzo, 1970.

CASO ANATOMOCLINICO

Dr. Alberto C. Bendeck Nimer ()*

*Dr. . Adán Cueva V. (**)*

Expediente N° 03-11-34. Sala de Lactantes. Hospital Materno infantil.

M.N.M.M. del sexo masculino ingresa el día 19-X-70 a las 10 a. m. procedente de Cañaveral, edad 17 meses.

S. P.: "No se mueve y tiene el abdomen grande".

HISTORIA DE ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente que desde la edad de 3 meses ah tenido un retraso psicomotor, presentando llanto débil e hipoactividad, desde los 5 meses de edad presente crecimiento progresivo del abdomen con circulación superficial notoria. A esa misma edad presenta además cuadro respiratorio caracterizado por rinorrea, estornudos, tos seca y a veces fiebre intensa, hace 4 meses le administraron Pentrexyll, N° 10 dosis, con lo que desapareció el cuadro respiratorio. Desde la edad de 9 meses los movimientos se han limitado grandemente naciendo hipoactividad de extremidades inferiores. Rehusa alimentos sólidos y blandos. Presenta alteración del sensorio reconociendo poco los objetos y personas que lo rodean, hay pérdida franca de peso.

F. O. G.: Buen apetito, toma 4 onzas de leche Nido cada 2 horas y come alimentos Cerber. Orina normal. No hay alteraciones cardiovasculares.

Linfoganglionar: Se han palpado ganglios en región cervical e inguinal. Sistema nervioso. Se moviliza poco, no se sienta, sostiene poco la cabeza, no se da vuelta, hipoactividad de miembros superiores e inferiores, es irritable, sueño normal.

Piel y mucosas: Presenta manchas de color café oscuro y rosado.

Tratamiento: Multivitaminas desde la edad de 5 meses. Pentrexyll.

Antecedentes familiares: No contribuyentes.

Personales no patológicos: Nacido a término, parto sin complicación, lloró al nacer, sin cianosis, retraso del progreso psicomotor.

Vacunaciones: Vacuna contra el sarampión.

Enfermedades anteriores: Gripes ocasionales, tosferina, sarampión y varicela.

Examen físico: Peso 13 libras, pulso **132x'**, temperatura 36.7°C, Resp. 28x'.

Inspección: Paciente del sexo masculino de 17 meses de edad aparenta menor edad de la que tiene, caquético, quejumbros, llanto suave hipoactivo, abdomen prominente con marcada circulación colateral, pálido.

* Jefe Servicio Lactantes, Hospital Materno Infantil.

Profesor de Pediatría, Carrera de Medicina, UNAH, Tegucigalpa, D. C. **

Anatomo-Patólogo del Instituto Nacional del Tórax y del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

Cabeza: Ojos, nariz, oídos, boca y cuello, sin particularidad.

Corazón: Frecuencia cardíaca 132x', ritmo regular, no hay soplos.

Tórax: Frecuencia respiratoria 28x', moderado tiraje, campos pulmonares libres.

Abdomen: Globoso, cicatriz umbilical normal. Hay una araña vascular en pared de abdomen, panículo adiposo escaso, se palpa hígado que llega hasta fosa ilíaca derecha, afilado, duro, no doloroso. El bazo se palpa unos 8 o 10 cms. bajo el borde costal es duro *no* doloroso. No hay signos de ascitis, ruidos aumentados en frecuencia y tono.

Genitales: Normales.

Neuromuscular: No se moviliza, llanto débil, reflejos osteotendinosos disminuidos, hipotónicos, masas musculares hipertróficas, sensibilidad parece conservada.

Linfoganglionar: Hay linfoganglios bilaterales de 0.5 a 1.5 cms. en región inguinal, cervical y axilar, son movibles, no confluentes, no dolorosas.

EAMENES DE LABORATORIO

Hematológico: **19-X-70. Hb.** 8.3 grs%, Ht. 25 vol%, eritrocitos 2,850.000. leucocitos 14,400, L. 45%, N53%, plaquetas 28.000, reticulocitos 2%, eritrosedimentación 16 mm.

Médula ósea: 25-X-70.

Hematológico: 25-x70 Hb. 7.6 grs%; Ht. 23 vol%, leucocitos 10.600, linfocitos 48% y neutrófilos 50%, tiempo de coagulación 151", tiempo de protrombina 15" =- 69%, grupo — Rh positivo.

Examen de orina: 19-X-70. Aspecto turbio, olor sui géneris Ph 5.5, densidad poca orina, glucosa negativa, albúmina trasas, sangre oculta negativa, examen microscópico: Uratos Amorfos + + + + ' leucocitos +.

V.D.R.L.: Negativo.

Química sanguínea. 22-X-70: Bilirrubina total **1.01**, directa 0.45 mgs., **indirecta** 0.56 mgs., proteínas totales 6.2, albúmina 4.5, Globulina 1.8. Relación VG 0.4. T.G.O. 160 U.; T.G.P. 180Us., fosfatasa alcalina 1.26 Us.

Examen de heces: Tricocéfalos +.

RX 22-X-70: Cráneo moderado aplanamiento del occipital de origen postural.

Tórax: Elevación del hemidiafragma por aumento de la presión intra-abdominal.

Pulmón y corazón: Normales.

Huesos largos: Existe osteoporosis generalizada posiblemente por desnutrición proceso de anemia de etiología a determinar.

Tratamiento: Alimentación con sonda nasogástrica con leche entera 4x6, suero oral, Penicilina cristalina 800.000 I.M. cada 4 horas, Xantrex 30 mg. 12 horas. 100 ce de suero parenteral.

Evolución: Su estado fue empeorando en forma progresiva, aparecen signos tensos de dificultad respiratoria y fiebre, con signos de shock; falleciendo el 7-X-70 a la 1:30 p. m.

DIAGNOSTICO:

1.—Desnutrición grado III

El Dr. Alberto C. Bendeck da lectura al Protocolo. Seguidamente el Dr. Danilo Castillo inicia la discusión clínica presentando diapositivas acerca del diagnóstico diferencial de las hepatomegalias, entre las que incluye: 1.—Infecciosas: por virus, bacterias, protozoos, hongos, espiroquetas y rickettsia, haciendo comentarios acerca de cada una de ellas. 2.—Metabólicas que pueden ser debidas a infiltraciones intrínsecas o extrínsecas. 3.—Circulatorias: cardíacas o vasculares. 4.—Obstrucción de las vías biliares: congénita o adquirida. 5.—Cirrosis en sus diferentes variedades. 6.—Tumorales. 7.—Hemopatías. 8.—Misceláneas: quísticas, abscesos e intoxicaciones.

En el análisis de los hallazgos clínicos enfoca tres factores:

- a) Que este paciente tiene un síndrome nutrición al basado en el bajo peso que corresponde a un 59%, caquexia, aumentación deficiente, retraso psicomotor, deficiencias específicas como ser la anemia y plaquetopenia.
- b) Un síndrome neurológico que se evidencia por el retraso psicomotor, hipoactividad marcada, hiporreflexia, visión deficiente.
- c) Síndrome visceromegálico determinado por la hepatoesplenomegalia, adenomegalia, de tipo cervical, axilar e inguinal; con tamaño variable de 1/2 a 1 1/2 cms.

Seguidamente en relación con las características de la enfermedad se pueden apreciar varios sistemas, incluyendo nervioso central, osteomuscular, linfático, retículo-endotelial, visión, piel y hemático; en la discusión del diagnóstico final comenta que hay un común denominador en esta enfermedad y es que se trata de una enfermedad infiltrativa y acumulativa, y con la correlación de todos estos hallazgos *se* enuncia como primer diagnóstico una lipidosis entre las que se consideran la enfermedad de Gaucher, Nieman Pick y Tay Sachs se discute acerca del diagnóstico diferencial de las tres variedades y finalmente emite como primer diagnóstico: Enfermedad de Nieman Pick, otras consideraciones sería una cirrosis hepática y una tuberculosis en tercer lugar. El Dr. Roberto Rivera Reyes considera como primer diagnóstico un defecto innato de metabolismo y en segundo lugar: una lipidosis, haciendo también algunas consideraciones acerca del diagnóstico diferencial.

El Dr. Elmer Rubí llama la atención de que en este paciente se encuentra una médula ósea normal lo cual está en contra de una lipidosis; sin embargo, en vista de todos los hallazgos clínicos, considera también el diagnóstico de lipidosis y en segundo lugar la posibilidad de una galactosemia; pregunta si había presenta de cataratas, a lo cual se responde que no.

El Dr. Alberto C. Bendeck hace consideraciones sobre el presente caso, de las dificultades diagnósticas con que se encontraron, de la incidencia más que todo en la raza judía; se hizo una investigación acerca del árbol genealógico y no se encontraron antecedentes de raza judía en dicho paciente, también hace la diferenciación en los 4 grupos de la enfermedad las cuales varían en severidad y en cuanto a su pronóstico ya que algunos mueren tempranamente y otros pueden alcanzar la edad adulta.

El cuadro clínico de la enfermedad de Niemann-Pick tiene grandes variaciones y son poco constantes para cualquier pedígree. Por lo menos 4 patrones clínicos comunes se repiten:

GRUPO A. A éste corresponden las formas descritas como "clásicos", con hepato-esplenomegalia, tempranos y severos atrasos, ocurrencia frecuente de degeneración macular y ceguera. La muerte ocurre **usualmente** por los 2 años de edad.

GRUPO B.—Un número de pacientes ha sido identificado por presentar anomalías patológicas y bioquímicas en la mayoría de las vísceras, pero sin evidencia de compromiso del sistema nervioso aún hasta la edad adulta temprana. Es posible que el potencial de supervivencia, sea **normal**, en este interesante grupo.

GRUPO C.—Esta es la forma más común en la que retraso motor e intelectual aparece en la infancia, las anomalías viscerales son cuantitativamente moderadas, y el fondo de ojo es normal. El niño sobrevive de 3 a 6 años de edad.

GRUPO D.—En este grupo las personas afectadas tienen un desarrollo normal a temprana edad, pero manifiestan enfermedad neurológica en la niñez que progresa a la demencia completa y parésias. La muerte ocurre entre los 12 y 20 años de edad.

La patología básica para cada uno de estos grupos es cuantitativamente similar, con excepción del Grupo B en que el cerebro es normal, todos tienen con las presentes definiciones enfermedad de Niemann-Pick.

Las lesiones de la piel son frecuentes, ocasionalmente se pueden observar xantomas, pero pigmentación de la piel muy raramente se observa.

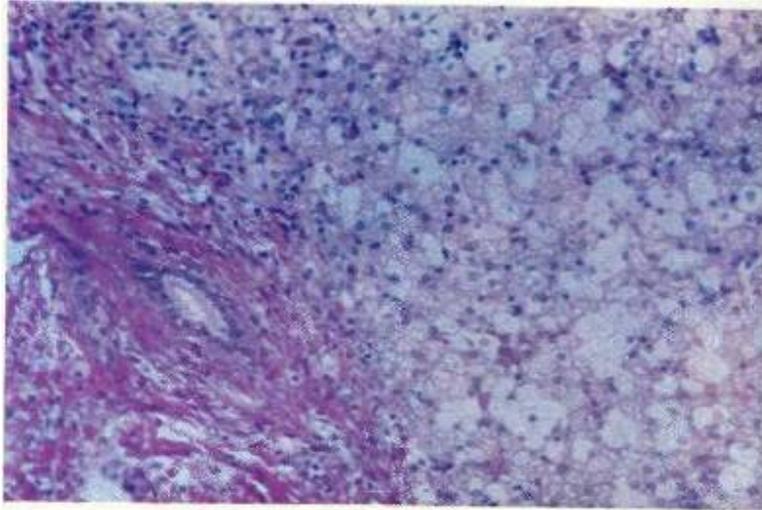
Laboratorio: El procedimiento Dx. más importante es el examen de médula ósea, en la que se pueden encontrar células espumosas que son características de esta enfermedad.

Exposición anatomopatológica: Dr. J. Adán Cueva V., Médico Patólogo. Considero que ha sido muy interesante esta discusión y que en forma acertada se ha llegado al diagnóstico de enfermedad de Niemann Pick, de lo que conocemos éste es el primer caso que ha llegado al servicio de patología del Hospital General y el primero que se diagnostica en el país. Efectivamente se trata de una lipodosis que se catalogó dentro de la enfermedad de Niemann Pick, como pueden ustedes escuchar el informe que evacuamos en el servicio en la forma siguiente: M. N. M. M., masculino, de 17 meses, Hospital Materno Infantil, Sala de Lactantes, expediente N° 031134, N° de biopsia D-3718, material enviado: bazo, hígado, intestino. Con diagnóstico clínico de hepatoesplenomegalia de etiología a determinar. Doctor Bendeck, 28 de octubre de 1970. Se anota que se trataba de un paciente que desde la edad de cinco meses, empezó a presentar crecimiento progresivo del abdomen, poca motilidad de miembros y retraso en su desarrollo.

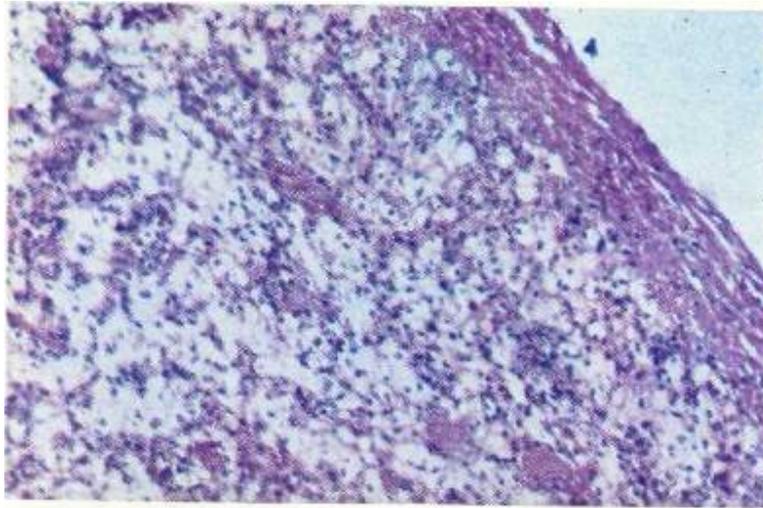
Descripción morfológica' Macroscopía: La muestra consiste en varios fragmentos de forma irregular correspondientes a hígado, bazo y mucosa intestinal, en las cuales se observa cierta homogeneidad de los parénquimas, no parecen presentar lesiones de tipo necrótico. Al corte los mismos son blandos presentando una superficie de corte con cierto carácter untuoso. *Microscopía:* En todos los cortes de hígado, bazo, ganglio e intestino obtenidos, encontramos la misma imagen en el tejido retículo histiocitario, consistente en abundantes células claras con citoplasma espumoso, por pequeñas vacuolas y una fina red debido a que son multivacuoladas, se evidencia la presencia de un compuesto lípido en el citoplasma. Las coloraciones especiales resultaron positivas por pequeñas y microscópicas esférulas de grasa.

DIAGNOSTICO:

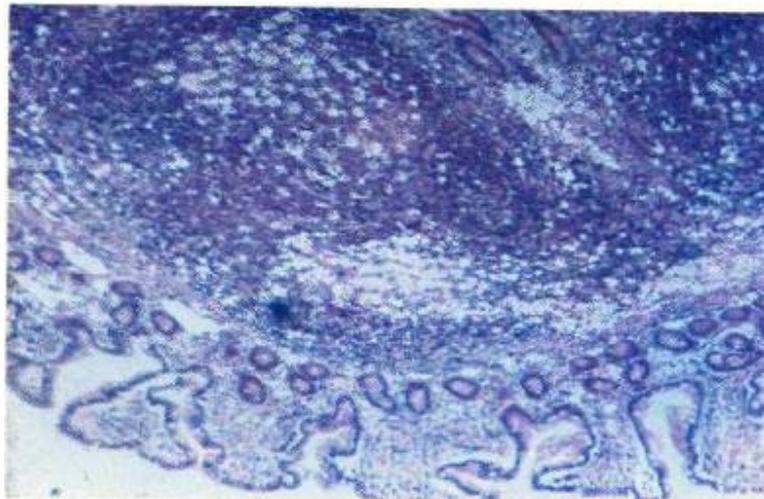
Enfermedad de Niemann Pick. Es sabido que esta enfermedad se considera genéticamente determinada y a menudo familiar, se presenta especialmente en un 50% en la raza judía. A nosotros nos llamó poderosamente la atención el nombre del niño, consignado en la boleta de remisión, incluso creímos que podía tener esa ascendencia lo cual aseguran que no. Lo característico en esta enfermedad desde el punto de vista histopatológico es la presencia de células espumosas que se encontraron y que corresponden a histiocitos aumentados de tamaño y multivacuolados, por la sustancia lípida que se supone responde a un trastorno o defecto del metabolismo de los lípidos, de la serie fosforada y específicamente esfingomielina, a continuación les mostraremos varias diapositivas en que se observan "las células de Niemann Pick" en forma de infiltración masiva en hígado, bazo, ganglio linfático, y también en un fragmento de intestino delgado que se nos remitió, estoy seguro de que si se hubiera hecho una autopsia completa también se hubiera encontrado en pulmones y otros órganos, sobre todo en cerebro y en general en el sistema nervioso central que tiene una participación temprana. Estimamos que el diagnóstico de este caso es concluyente.



HÍGADO

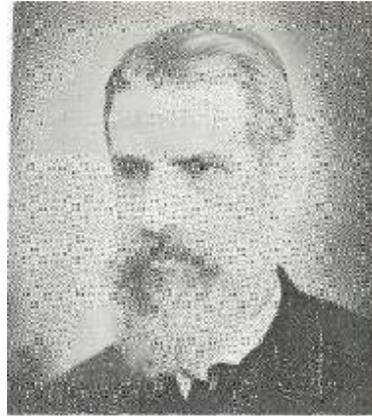


BAZO



INTESTINO

Perlas de la historia de la medicina



En este número deseamos destacar la personalidad del Dr. Manuel Gamero, distinguido Médico hondureño, que sobresalió en el ejercicio de su profesión en el Siglo XIX, fue además connotado hombre público, agricultor y comerciante

El Dr. Manuel Gamero nació en **la** ciudad de **Danlí**, el 4 de septiembre de 1838, siendo sus padres don Manuel Gamero Ordaz y doña Arcadia Idiáquez de Gamero. A temprana edad siendo todavía un niño fue enviado a la ciudad de Guatemala en donde realizó estudios secundarios y siguió la carrera de Medicina hasta recibir su título en 1858 como Licenciado en Medicina y Cirugía. Durante sus estudios universitarios el Doctor Gamero se destacó como un joven estudioso y de talento, desarrollando una gran labor de valía durante la epidemia del cólera que azotara a Guatemala en los años 1857 y 1858.

El Doctor Gamero por sus dotes de inteligencia, brillantez y amor al trabajo se captó el cariño y la simpatía del Dr. José Luna, eminente Médico guatemalteco formado en París y quien dejara una estela luminosa en la Medicina centroamericana.

A su regreso a Honduras el Doctor Gamero se radicó en Danlí, donde al lado de su tío el Dr. Cornelio Lazo contribuyó en obras sanitarias e higiénicas para el mejoramiento de la población. Cabe mencionar aquí los estudios que llevó a cabo en unión del Doctor Lazo para la instalación de sistemas de aguas negras, en la ciudad de Las Colinas.

El 11 de mayo de 1869 el Presidente de la República Gral. José María Medina por decreto expedido en la ciudad de Comayagua creó el primer Protomedicato hondureño con el fin de reglamentar el ejercicio de la Medicina y de que sirviera como un cuerpo consultivo en Salubridad Pública y en Medicina Legal, El Dr. Gamero fue designado Vocal del Protomedicato, siendo el Protomédico el Dr. Cornelio Lazo y figurando como Vocal el Dr. Pedro Yanes y el Br. Modesto Medina.

En julio del mismo año el Gobierno decidió que el Protomedicato tuviera su sede en la ciudad de Danlí, ya que en esa ciudad residían todos sus miembros y que acudirían a Comayagua o Tegucigalpa cuando el Gobierno necesitara de sus servicios.

El Doctor Gamero realizó además una intensa labor en el campo de la Medicina, siendo notable la forma como atendía a los pacientes de recursos económicos limitados a los cuales se entregaba con devoción y sacrificio. El Doctor Gamero tuvo especial interés en las enfermedades parasitarias, haciendo numerosas observaciones sobre malaria y mal de pinto, así como estudios sobre causas del vitíligo.

El Doctor Gamero trabajó con desinterés por el progreso de Honduras a la cual sirvió como Diputado por el Departamento de El Paraíso. Al momento de decretarse la Constitución Política en el Gobierno del Dr. Marco Aurelio Soto, el Doctor Gamero desempeñaba la Presidencia de la Asamblea Nacional.

En el Gobierno del Gral. Luis Bográn el Doctor Gamero fue mencionado repetidas veces como un candidato a la Presidencia de la República.

El Doctor Gamero contrajo matrimonio con la Srita. Camila Moneada en el año de 1871 con quien procreó ocho hijos: Manuel, Lucila, Elisa, Camila, Ernesto, Gilberto, Abel y Carlos.

El Doctor Gamero falleció en Danlí, su ciudad natal el 18 de mayo de 1903 con la consiguiente consternación del pueblo danlidense que supo apreciar sus notables cualidades en su profesión, en la vida pública y en el amor a sus semejantes.

La vida del Doctor Gamero constituye un ejemplo para las nuevas generaciones médicas hondureñas.

Doctor Alfredo León Gómez

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—Comunicación personal al autor.
- 2.—REINA VALENZUELA, J.: Bosquejo Histórico de la Farmacia y la Medicina en Honduras, 1947.

Sección de Extractos de Revistas

EFFECTOS DE LA OUABAINA EN LA FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA ALTERADA EN TNFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO. RAHIMTOOLA, S.; SINNO, Z.; CHUOUIMIA. R.; LOEB, H.; ROSEN, K-, y GUNNAR, R.: The New England J. of Med. 287, 527, 1972. Hektoen Institute, University of Illinois, Chicago, Illinois.

Los efectos de la Ouabaina intravenosa se estudiaron en 16 pacientes con infarto agudo del miocardio. En estos pacientes 12 de ellos tenían un infarto no complicado y cuatro mostraban manifestaciones de insuficiencia ventricular izquierda. La Ouabaina mostró franca mejoría de varios parámetros de la función ventricular tales como presión ventricular diastólica final, rendimiento por latido, mejoramiento del primer derivativo de la presión ventricular, aumento de la velocidad del acortamiento del músculo ventricular y mejoría del período de pre-eyección. Sin duda alguna la Ouabaina mejora la función ventricular. Los autores se muestran optimistas en el sentido de que al conocer mejor los efectos hemodinámicos de los digitálicos se podría con su uso rutinario prevenir la aparición del desfallecimiento miocárdico.

Dr. Alfredo León Gómez

HIPOTENSIÓN POSTURAL EN AMILOTDOSTS
GAAN, D.; MAHONEY, M. P.; ROWLANDS, D. J.; JONES, A. W.:
Manchester, England. Amer. Heart L 84: 395, 1972.

Se describe un caso de amiloidosis primaria que desarrolló hipotensión postural severa, en el curso de un síndrome nefrótico. Estudios hemodinámicos demostraron que esto se debió a un trastorno autonómico y reveló evidencia de denervación central y periférica del sistema cardiovascular. El examen anatómico patológico mostró extensa infiltración de los ganglios y nervios simpáticos con material amiloide. La hipotensión postural fue la única manifestación clínica de trastorno neurológico en ausencia de otros síntomas de trastornos autonómico o de signos de neuropatía periférica.

Dr. Alfredo León Gómez

POLTORQUISMO CON ESPERMATOGÉNESIS NORMAL
SMART, R. H.: Departamento de Urología del Hospital Naval,
Oakland, California. Journal of Urology, 107: 278, 1972.

El poliorquismo, particularmente con espermatogénesis normal, es una curiosidad urológica. En vista de su rareza se presenta el siguiente caso.

Paciente de 25 años de edad, referido para evaluación por esterilidad de 3 años de duración. Casado hace 3 años y su esposa tuvo un aborto espontáneo poco después del matrimonio. Una masa fue palpa en el hemiescrotó izquierdo, que según el paciente tenía desde su infancia. Los exámenes de laboratorio estaban dentro de los límites normales, incluyendo una U.I.V. esteroides urinarios y mucosa bucal. El espermograma reveló 15 millones de espermatozoides por ce

con morfología y motilidad normales. Se hizo biopsia de los 2 testículos izquierdos, se encontraron dos canales diferentes independientes y una sola túnica vaginal.

El poliorquismo es raro, se han presentado 23 casos, en la literatura de los cuales 5 con espermatogénesis normal. La mayor parte de los pacientes con testículos supernumerarios tienen atrofia del tejido o tejido con poca actividad.

Dr. Rigoberto López L.

ANEMIA HEMOLIUCA MICRO-ANGIOPATICA CON
TROMBOCITOPENIA EN HIPERTENSIÓN PULMONAR PRIMARIA.
STUARD, D.; HEUSINKVELD, R.; MOSS, A. Universidad de Rochester,
New York, E.U.A. The New England J. of Med. 287: 869, 1972.

Los autores informan un caso de un joven de 19 años con severa hipertensión pulmonar y quien presentó hemolisis microangiopática y trombocitopenia, sugiriendo que el gran número de lesiones plexiformes en la circulación pulmonar iniciaron la destrucción de eritrocitos y plaquetas. Los autores postulan que estos cuerpos plexiformes funcionan como verdaderos hemangiomas. Parece ser que las plaquetas y los glóbulos rojos se dañan en su paso por las malformaciones vasculares con la resultante trombocitopenia y hemolisis intravascular.

Dr. Alfredo León Gómez

ESTUDIO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON SPRUE TROPICAL
TRATADOS CON ANTIBIÓTICOS.
RICKLES, F.; KLIPSTETN, F.; TOMASINL J.; CORCINO, J.; MALDONADO,
N. Universidad de Rochester y Universidad de San Juan, Puerto Rico.
Annals of Int. Med. 76: 203, 1972.

Los autores evalúan el estado clínico y la estructura intestinal de 17 pacientes con sprue tropical que en los últimos años han sido tratados con antibióticos. Tres pacientes presentaban síntomas gastrointestinales y 6 pérdida de peso, en dos pacientes había deficiencia de ácido fólico y en dos de ellos de Vitamina B-12. Tres pacientes tenían esteatorrea y en ocho la prueba de absorción de Xylosa fue normal, ocho presentaban anormalidad en la morfología de yeyuno. Las anormalidades del intestino en la mayor parte de los casos se manifestaron por una reversión a estructuras alteradas al cesar la terapéutica. Aparentemente el tratamiento con antibióticos no es curativo en todos los casos, sino en personas que viven en los trópicos hay una alta incidencia de recaída o recurrencia al cesar la terapéutica.

Dr. Alfredo León Gómez

SECCIÓN DE PREGUNTAS

¿CUALES SON LOS EFECTOS FARMACOLÓGICOS DE LA AMINOFILINA EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR?

Respuesta:

La Aminofilina (xeofilina-etilendiamina) un derivado de las xantinas es de gran utilidad en el tratamiento de la disnea cardíaca y del edema del pulmón. Sus efectos farmacológicos más importantes son: 1) Aumenta la contractilidad miocárdica tanto en el corazón aislado como en el corazón intacto. Su efecto inotrópico posiblemente está relacionado con la inhibición de la degradación del AMP cíclico por la fosfodiesterasa. Contribuye a la liberación de norepinefrina y epinefrina y su efecto inotrópico positivo producirá aumento del rendimiento cardíaco y reducción de la presión intra-auricular derecha, particularmente en pacientes en insuficiencia cardíaca. 2). Acción vasodilatadora arterial y venosa. Su acción como vasodilatador coronario permanece dudoso. 3) Potente **bronco**-dilatador útil en la reducción del broncoespasmo. 4) Aumenta el flujo renal y la filtración glomerular, y a su vez evita la reabsorción de sodio. 5) Modifica el ritmo respiratorio tipo Cheyne-Stokes.

La aminofilina es la más usada de todas las sales solubles de la teofilina, y contiene aproximadamente 85% de teofilina anhidra y 15% de etilendiamina. La aminofilina cuando se usa en pacientes cardíacos por la ruta endovenosa debe ser inyectada muy lenta y cuidadosamente ya que fácilmente pueden presentarse efectos tóxicos, sobre todo en pacientes con corazones muy dañados.

Dr. Alfredo León Gómez

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- The Heart. Hurst W., Logue B. Boldberg L., Pág. 1559, Second Edition. 1970.
The Pharmacological Basis of Therapeutics. Goodman L., Gilman A..
Pág. 366. Fourth Edition 1970.

¿CUALES SON LOS PROBLEMAS MAS SERIOS OBSERVADOS CON EL USO DE SONDAS VESICALES?

Las sondas vesicales se incriminan como la causa más frecuente de infecciones urinarias y a pesar de observarse una asepsia rigurosa al introducir un catéter la contaminación de las vías urinarias bajas por la flora fecal del paciente ocurrirá después de cierto tiempo.

En pacientes ancianos, diabéticos o debilitados la presencia de una sonda vesical puede promover una más fácil invasión de los tejidos y linfáticos regionales por bacterias oportunistas. Organismos Gram negativos representan los más comunes agentes de las infecciones urinarias que pueden ser el inicio de shock

endotóxico. Con el uso de sondas de tres vías que permiten la instilación de soluciones antisépticas, la incidencia de infección es 24% menor que con el uso de la sonda de Foley.

Ulceración de la mucosa vesical con franca irritación local puede ser provocada por el balón insuflador o por la punta de la sonda.

Traumatismo uretral e incluso formación de falsa vía ha sido reportado cuando no se observa la técnica de inserción adecuada.

Antes de introducir una sonda uretral debe de considerarse la indicación para su uso.

Dr. Plutarco E. Castellanos

NOTA DE LA REDACCIÓN:

Se excita muy atentamente a los lectores de la "Revista Médica Hondureña" a que envíen sus preguntas dirigidas a:

Director, Revista Médica Hondureña
Colegio Médico de Honduras
Tegucigalpa, D. C. Honduras. C. A.

SECCIÓN GREMIAL

1— I REUNIÓN DE COLEGIOS MÉDICOS CENTROAMERICANOS

La Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras" por invitación previa asistió a la Primera Reunión de Colegios Médicos Centroamericanos efectuada en Managua, Nicaragua los días 28, 29 y 30 de septiembre de 1972. Los temas que se le asignaron a la Delegación del Colegio Médico y que desarrolló fueron:

- a) El Médico y el Sindicalismo
- b) Intrusismo Médico
- c) El Papel del Gremio Médico en Relación a la Problemática Económico-Social de un País.

Cabe destacar que la Primera Reunión de Colegios Médicos Centroamericanos constituyó todo un éxito, habiéndose destacado la actuación de la Delegación hondureña la que puso muy en alto el nombre de nuestra institución y de nuestra Patria.

2—CELEBRACIONES EN OCASIÓN DEL DÍA DEL MEDICO HONDURENO Y X ANIVERSARIO DEL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS"

Tal y como se había anunciado en el número anterior de la Revista Médica Hondureña para conmemorar el 27 de octubre, Día del Médico Hondureño y X Aniversario del Colegio Médico de Honduras se programó una serie de actos de distinta índole para celebrar tan grandiosos acontecimientos tales como; charlas radiales, Exposición de Pinturas de Médicos hondureños, Misa de Acción de Gracia y por los colegiados fallecidos, fiesta bailable y presentación de los ex-Presidentes y Presidente del Colegio Médico de Honduras por la televisión.

3—REUNIÓN DE DELEGADOS DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

La IV Reunión de Delegados del Colegio Médico de Honduras se llevó a cabo el día sábado 11 de noviembre de 1972 en la sede de esta institución. Se contó con la asistencia de la mayoría de Delegados del país. La Asamblea de Delegados resultó un éxito por cuanto se discutieron asuntos de vital importancia para el Colegio Médico de Honduras, destacándose sobre todo la presentación de mociones e ideas nuevas por parte de los Delegados.

4.—XII ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA Y XVII CONGRESO MEDICO NACIONAL

A todos los colegiados de la República se les recuerda la celebración de la XII Asamblea General del Colegio Médico de Honduras y XVII Congreso Médico Nacional a celebrarse en la ciudad de La Ceiba del 6 al 10 de febrero de 1973. Tentativamente se han programado dichas actividades así:

Martes 6 de febrero, 1973: Fecha Primera Convocatoria y comprobación del quórum de médicos asistentes.

Miércoles 7 y jueves 8 de febrero, 1973: Asamblea del Colegio Médico (aspectos gremiales).

Viernes 9 y sábado 10 de febrero, 1973: Congreso Médico Nacional (aspectos científicos).

La celebración del Congreso se llevará a cabo en el Centro Universitario del Litoral Atlántico, donde se contará con más de cuatro aulas que darán la capacidad para presentar simultáneamente la gran variedad de trabajos hondureños que se desarrollarán en el mismo.

A todos los agremiados se les excita atentamente a prestar todo su apoyo y entusiasta colaboración para que estos actos culminen con un éxito total.

5.—FIRMA DE CONTRATO CON EL BANCO ATLANTIDA, S. A.
PARA EL OTORGAMIENTO DE PRESTAMOS A COLEGIADOS
PARA CONSTRUCCIÓN DE VIVIENDAS.

Se informa a los médicos del país que la Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras" finalmente firmó el Contrato con el Banco Atlántida, S. A. para el otorgamiento de préstamos a colegiados para construcción de viviendas. La lista de médicos preseleccionados por el Comité de Auxilio Mutuo conforme al estudio y análisis de las solicitudes presentadas fue remitida al Banco Atlántida la que se detalla a continuación:

1. Dr. Héctor Laínez Núñez
2. Dr. Carlos Solís Pinto
3. Dr. Jorge Arturo Durón
4. Dr. Rodrigo Barahona
5. Dr. Marco Antonio Ponce
7. Dr. Mario Pavón Moncada
6. Dr. Salvador Lovo López Villa
8. Dr. Jorge Martín Saybe Cabus
9. Dr. Luis A. Bustamante
10. Dr. José Rigoberto Arriaga Chinchilla
11. Dr. Concepción Gómez Núñez
12. Dr. Lucas Caballero M.
13. Dr. Danilo Hernán Fajardo C.
14. Dra. Virginia Figueroa de Espinoza
15. Dr. Dagoberto Espinoza Mourra
16. Dr. Gustavo Adolfo Zúñiga Alemán
17. Dr. Angel Zelaya Ramírez
18. Dr. José Arnold Paz y Paz
19. Dr. Alfredo Fortín
20. Dr. Jacinto Radegundo García
21. Dr. Rafael Zelaya Martínez
22. Dr. German Madrid
23. Dr. Alfredo Zambrana
24. Dr. Julio Rivera Henry
25. Dr. René Hernández Rodríguez
26. Dr. Francisco Cleaves Tomé
27. Dr. Marco Antonio López Nieto
28. Dr. Carlos Alfonso Bennaton
29. Dr. Presentación Rivera Domínguez
30. Dr. José Pablo Figueroa S.
31. Dr. Manuel Arturo Alvarez
32. Dr. Héctor Armando Irías Cáliz
33. Dr. Oscar Rogelio Alvarenga
34. Dr. José Anibal Montes Guerrero

SECCIÓN DE CONGRESOS

Vigésima Tercera Semana de Psicoterapia de Lindau
30 de abril a 12 de mayo 1973 Lindau (B) Alemania
Federal

ASOCIACIÓN PARA LA FORMACIÓN PSICOLÓGICA
DE MEDICINA PRACTICA.

Presidente: Dr. Helmuth Stolze Secretariado: D-8
Munchen 81 Adalbert-Stifter-Str. 31 Alemania Federal

EL XVII CONGRESO MEDICO NACIONAL EN LA CEIBA

Nos complace recordar a los miembros del Colegio Médico de Honduras que el XVII Congreso Médico Nacional, tendrá lugar en la ciudad de La Ceiba del 6 al 10 de febrero de 1973. Dados los preparativos que los Médicos ceibeños están realizando, se espera que este evento será de gran importancia científica, y que además contribuirá al acercamiento de todos los Médicos hondureños. Al mismo tiempo tendrá lugar la XII Asamblea General Ordinaria del Colegio Médico de Honduras, donde importantes asuntos de tipo gremial serán discutidos para bien de la comunidad medica del país.

XV CONGRESO MEDICO CENTROAMERICANO (4-8 diciembre 1973)

Estimado colega:

Es para nosotros muy grato informarles, que del 4 al 8 de diciembre de 1973, celebramos en Costa Rica, el XV Congreso Médico Centroamericano, con sede en la Ciudad Universitaria "Rodrigo Facio".

Para la organización del mismo, hemos procedido a la estructuración de los siguientes Comités: Comité Asesor, Comité de Finanzas, Comité Coordinación Nacional, Comité Programa Científico, Comité Recepción, Alojamiento, Transporte y Propaganda. Todos ellos compuestos por personas de gran entusiasmo y dedicación, lo que permite asegurar que pondrán todo su empeño en lograr el mayor de los éxitos.

Se ha decidido que el Congreso va a constar de: a) Cursos con la participación de invitados en cada una de las especialidades, b) Mesas de discusión coordinada, con la participación de profesores invitados y un grupo de asistentes, c) Simposium, d) trabajos libres, e) "Consulte al Profesor" (Meet the Professor)-Reunión informal de un grupo limitado de médicos, con uno de los profesores invitados para preguntas y respuestas rápidas.

Atendiendo sugerencias de las diversas asociaciones de especialistas a nivel centroamericano y nacional, se ha procedido a invitar a un amplio grupo de los más eminentes especialistas de Norte América, Europa, Sur América y Asia.

Tendremos además de las actividades científicas, múltiples actividades sociales que incluyen: Fiesta de bienvenida, que se llevará a cabo en el Club Unión, fiestas folklóricas, que se realizarán en el Club Campestre Cariari, representaciones de teatro, fiestas privadas de cada una de las asociaciones especializadas, fiesta de despedida, que se efectuará en el Costa Rica Country Club. Para los deportistas, torneos abiertos de golf, torneos abiertos de tenis y tiro al blanco con pistola, así como un bien nutrido programa para las esposas acompañantes.

En breve, le enviaremos más información detallada, sobre los avances en la programación de nuestro Congreso, entre tanto sírvase anotar en su agenda:

SAN JOSÉ - COSTA RICA 4 AL 8
DE DICIEMBRE DE 1973

Su asistencia al XV Congreso Médico Centroamericano, sin duda será motivo de satisfacción para todos nosotros y dará realce a nuestro magno evento científico centroamericano.

"Por la Unidad Médica de Centro América" XV

CONGRESO MEDICO CENTROAMERICANO

Dr. Guido Jiménez, Jiménez
Secretario General

SECCIÓN LITERARIA

Al Maestro Cirujano

Dr. Salvador Díaz Zelaya

Brillando de tu mente las ideas Como fuego de amor,
de refulgentes teas, Alumbras el camino de la juventud peregrina
Que busca sedienta la fe de tu doctrina.

La diosa eterna del misterio divino
Prestó del griego tu feliz destino
Y rebosó tu testa de sapiencia fina
Para que siendo galeno enseñaras Medicina.

Larga es la dimensión de tus ensueños,
Pasa el tiempo y siempre firme en tus empeños,
Predicando tu saber a noveles cirujanos
Y viendo como crece la simiente de tus manos.

Si una vez la Parca en lucha valiente Arrebató de tus manos al querido paciente . . . ¡Maestro! Fue por la bíblica sentencia
Y no falta de amor ni pena de conciencia.

Mañana cuando el rocío de los años Cope tus sienas de triunfos y desengaños Siempre habrá de tí un recuerdo sano Del amigo, del maestro y del hábil cirujano.

¿Por qué me amas, Señor....?

(Con el espíritu de los Médicos, fallecidos en el último decenio)

¿Por qué me amas, Señor, si soy ingrato?
¿Por qué me amas, Señor, si te di muerte?
¿Por qué me amas, Señor, si de esta suerte
Mis pecados aumentan tu maltrato?

Polvo y sudor: la sangre y la saliva, Tu hermosísimo rostro desfiguran, ¿No te quejas, Señor, aunque perduran Tus llagas y dolor, con ansia viva?

Yo te ofendí, Señor, y aun te ofendo
Con los pecados todos de mi vida.
¡Perdóname, Señor, por tu caída ■
Tercera, en que sufriste mal tremendo!

¡Perdóname, Señor! Si te sirviera MÍ
 vida dar, para aliviar tus penas, Ha
 tiempo, de la vida las cadenas, Hechas
 pedazos, por tu amor hubiera.

Te apellidan "El Hombre de Dolores"¹¹ Y
 es la verdad: tu cuerpo está deshecho.
 ¡Cómo quisiera deshacer mi pecho Donde
 anidan maldades y rencores!

Por tu preciosa sangre derramada En
 tu pasión y muerte, inmerecida,
 ¡Danos. Señor, gozar tu misma vida
 En tu celeste y eternal morada!

Rafael Escórela H.

¡Centro América, una!

Por el *Dr. Héctor Laínez N.*

La patria que en un día Centro América fuera,
 desconocía entonces las fronteras propicias. La
 Istmania indivisible— ¡Pasajera quimera!, se
 fragmentó en repúblicas. . . solitarias, ficticias.

La Patria grande entonces, de porvenir inmenso sin
 límites absurdos cantaba un himno sólo. ¿Oh, Patria
 granadera, que hiciste de lo extenso que engarzaban
 tus costas y un cielo polo a polo?

Esta América istmeña de epidermis cobrizas,
 es tierra convulsiva borracha de idealismo;
 tal parece que todo, se convirtió en cenizas
 y se esfumó en la nada. . . ¡en un profundo abismo!

Aquí están inmutables estas cinco parcelas,
 desangrandose a gritos en un pleito de pumas.
 Son fragatas que llevan desgarradas sus velas,
 son burbujas aisladas de una idéntica espuma.

¡Pobres patrias pequeñas, ausentes como estrellas!
 Desunidas y estáticas como presos quetzales que
 murieron de hastío, imprimiendo sus huellas en un
 separtismo de matices tribales.

¡Allá brilla distante Centro América una! Otra
 suerte sería si el ideal morazánico hubiera
 estructurado con su sabia fortuna, cinco hermanos
 estados de un potencial titánico!

Octubre 12, 1972.

SURSUM CORDA

Por la *Dra. Hería Cardona de Herrera*

(A los colegas en el Día del Médico)

Como el agua que fluye cantarina y en
remansos de paz brilla sonriente con la
vida que lleva en su corriente
fecundando la tierra, peregrina.

Así debe también la medicina imitando
la mágica corriente llevar vida y calmar la
sed ardiente y llegar basta el área
campesina

¡Descubrid esa fuente que dormita y
quitadle a la muerte tanta ofrenda por
la causa más pobre e inaudita!

¡Escuchad por favor la voz bendita y
atended! "Sursum Corda". La senda es
escabrosa, pero no infinita".

26 de octubre de 1972.

OBITUARIO

El Colegio Médico de Honduras lamenta profundamente el fallecimiento de distinguidos colegas que en una u otra forma contribuyeron a engrandecer la Medicina nacional. En este año de 1972 siete profesionales hondureños rindieron culto a la Madre Tierra. La "Revista Médica Hondureña" envía a sus apesarados familiares las muestras más sinceras de su profundo pesar, deseándoles conformidad y resignación cristiana.

Los colegas desaparecidos son los siguientes:



DR. INF.
MAXIMILIANO HERNÁNDEZ

Nacido en Candelaria, Departamento de Lempira, el 3 de noviembre de 1946, egresado de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Falleció al ir a cumplir su Servicio Médico Social el 11 de marzo de 1972. Edad: 26 años.



DR. INF. GUSTAVO
ORDOÑEZ MEJIA

Nacido en Jutiapa, Atlántida, el 21 de julio de 1947, egresado de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Falleció al ir a cumplir su Servicio Médico Social el 11 de marzo de 1972. Edad: 25 años.



**DR. INF. CARLOS
EDGARDO COTO SANTOS**

Nacido en Santa Rosa de Copan, Copan, el 2 de septiembre de 1947, egresado de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Falleció un día después que sus compañeros cuando iba a cumplir su Servicio Médico Social, el 12 de marzo de 1972. Edad: 25 años.



**DR. LEOPOLDO
MONTENEGRO PEÑA**

Nacido en Masaya, Nicaragua, el 13 de septiembre de 1896. Graduado en el año de 1925 en la Universidad de León. Registro de Colegiatura N° 310. Falleció el 20 de julio de 1972. Edad: 76 años.



DR. JOSÉ ATUAN SIMÓN

Nacido en Tegucigalpa, D. C. el 20 de septiembre de 1936. Graduado el 7 de abril de 1967 en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Registro de Colegiatura N° 495. Fallecido el 15 de mayo de 1972. Edad: 36 años.



**DR. JOSÉ JACINTO
MORENO VASQUEZ**

Nacido en San Pedro Sula, Cortés, el 12 de agosto de 1913. Graduado el 30 de diciembre de 1948 (Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras 1933-1942). Al momento de su muerte desempeñaba el cargo de Médico de la Escuela Agrícola Panamericana de El Zamorano. Registro de Colegiatura N° 261. Falleció el 27 de julio de 1972. Edad 59 años.



DR. FERNANDO
MEDINA VALLADARES

Nacido en Danlí, Departamento de El Paraíso, el 29 de junio de 1940. Egresado de la Universidad Autónoma de Nicaragua el 15 de octubre de 1970. Al momento de su muerte se encontraba realizando su Servicio Médico Social en el centro de Salud de Quimistán, Santa Bárbara. Falleció el 23 de septiembre de 1972. Edad: 32 años.



DR. ANDRÉS HERNANDO
BARNICA ALVARADO

Nacido en Santa Rosa de Copan, Copan, el 16 de noviembre de 1943. Graduado el 13 de febrero de 1970 en la Universidad Autónoma de Puebla, México. Registro de Colegiatura N° 717. Fallecido el 23 de noviembre de 1972. Edad: 29 años.

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

Registro de Colegiados hasta el 16 de Nov. de 1972 con
exclusión de los fallecidos.

1. Dr. Abadie García, César Augusto	244	58. Dr. Barnica Alvarado, Andrés H.	717
2. Dr. Abarca Guzmán, Justo	610	59. Dr. Bados Mendoza, Leonel Armando	483
3. Dr. Abud Handal, César Roberto	200	60. Dr. Baltodano Mejía, Federico	208
4. Dr. Abularach Sabat, Francisco	169	61. Dr. Banegas Montes, Virgilio	049
5. Dr. Acosta Guifarro, Isidoro	172	62. Dr. Barahona C., J. Rodrigo	044
6. Dr. Agüero Vega, René	302	63. Dr. Barahona Coello, Adán	046
7. Dr. Aguilar Aguilar, Rafael Antonio	448	64. Dr. Barahona, Edmundo Alejandro	498
8. Dr. Aguilar Antúnez, Reginaldo	274	65. Dr. Barahona Garay, Luis Alonso	095
9. Dr. Aguilar Alemán, César	583	66. Dr. Barahona Rodríguez, Leonel F.	669
10. Dr. Aguilar A., José Trinidad	315	67. Dr. Bardales Renderos, Gustavo A.	558
11. Dr. Aguilar Barrientos, Gabriel R.	059	68. Dr. Bardales, Armando	630
12. Dr. Aguilar Paz, Enrique	003	69. Dr. Barrientos Valle, Juan	096
13. Dr. Aguilar Romero, Rolando	458	70. Dr. Barrientos Ventura Oscar Adolfo	267
14. Dr. Aguilera Ponce, Rolando Alonso	478	71. Dr. Barralaga, Nelson Eddy	796
15. Dr. Aguiluz Berlioz, Oscar	012	72. Dra. Banegas de Handal, Maritza	800
16. Dr. Agurcia Membreño, Carlos	317	73. Dr. Batres Pineda Julio César	051
17. Dr. Alcerro Castro, Mario	424	74. Dr. Beaumont L., Austin Augustus	047
18. Dr. Alcerro Castro, Ramón	303	75. Dr. Benavides G., Juan Pablo	z 210
19. Dr. Alcerro Díaz, José Carlos	767	76. Dr. Bendeck Maradiaga, Jorge	675
20. Dr. Alcerro Oliva, José Napoleón	168	77. Dr. Bekker Guzmán, Luis Felipe	757
21. Dr. Alemán Quiñónez, Armando	243	78. Dr. Bendaña Meda, Luis Tirso	100
22. Dr. Almeyda Bonilla, Juan	430	79. Dr. Bendaña Meda, Renato	090
23. Dr. Almeyda Irias, Juan Bautista	468	80. Dr. Bendaña Meza, Arturo	154
24. Dr. Alonso Medina, Edgardo	011	81. Dr. Bendaña Meza, Guillermo	356
25. Dr. Alvarado Lozano, Carlos Alberto	223	82. Dr. Bendaña Meza, René	361
26. Dr. Alvarado Lozano, Hugo	082	83. Dr. Bendaña Meza, Sergio	048
27. Dr. Alvarado Lozano, Rigoberto	081	84. Dr. Bendeck Nimer, Alberto C.	363
28. Dr. Alvarado Quezada, Danilo A.	601	85. Dr. Bendeck Sansur, Ricardo	753
29. Dr. Alvarado Medina, Leonardo	620	86. Dr. Bendaña Ullica, Carlos Alberto	230
30. Dr. Alvarado Ramírez, Enrique E.	574	87. Dr. Bennaton G., Carlos Alfonso	058
31. Dr. Alvarado Salgado, Francisco E.	113	88. Dr. Benítez Arriaga, José Aníbal	693
32. Dr. Alvarado Sagastume, Rómulo	417	89. Dr. Berlioz Simón, Sady Edgardo	534
33. Dr. Alvarenga Maradiaga, Oscar R.	545	90. Dr. Bermúdez Bográn, Roberto	060
34. Dr. Alvarez Martínez, Arturo	702	91. Dr. Bermúdez Milla, José Antonio	066
35. Dr. Alvarez Molina, Gustavo Adolfo	643	92. Dr. Bertrand Anduray, Tulio	242
36. Dr. Alvarez Santos, Manuel Efraín	504	93. Dr. Boesch Matute, Raul Fernando	379
37. Dr. Amador Ponce, Lorenzo	642	94. Dr. Bográn Idiáquez, Marco Antonio	488
38. Dr. Andino Matamoros, Armando	161	95. Dra. Bordenbender de Baker, Joyce A.	811
39. Dr. Andonie Fernández, Juan A.	071	96. Dr. Bonilla Contreras, Adán	313
40. Dr. Andrade Amador, Ramón	804	97. Dr. Bonilla Durán, Victor Orlando	653
41. Dr. Andrade Tejeda, Rolando	308	98. Dr. Borjas V., Ernesto A.	089
42. Dra. Antúnez Cardona, Elia Felicitá	662	99. Dr. Boza Zerón, Adán	050
43. Dr. Argueta Aguilar, Angel Ernesto	457	100. Dr. Brevé Martínez, Roberto	153
44. Dr. Argueta Ariza, Ernesto	371	101. Dr. Bueso Arias, Juan Angel	357
45. Dr. Arita Chinchilla, Carlos A.	535	102. Dr. Bueso Arias, Iula	358
46. Dr. Arriaga Chinchilla, José R.	528	103. Dr. Bueso Bueso, Saady Oscar	742
47. Dr. Arriaga Iraheta, Edgardo	061	104. Dr. Bueso Cáceres, Arturo	436
48. Dr. Aronne Guillén, Marcio	680	105. Dr. Bueso Castillo, José Antonio	354
49. Dr. Arias Chicas, José Santos	639	106. Dr. Bueso Gómez, Manuel	042
50. Dr. Avila Panhamé, Adalberto	701	107. Dr. Bueso Pineda, Arnulfo	387
51. Dr. Ayala Avila, Saúl	322	108. Dr. Bueso Rodríguez, Fernando	613
52. Dr. Ayes Mejía, Gustavo Adolfo	588	109. Dr. Bueso Rodríguez, Julio César	609
53. Dr. Ayestas López, Claudio Leonardo	225	110. Dr. Bueso, Julio César	190
54. Dr. Ayestas López, Juan Francisco	385	111. Dr. Bulnes M., Ricardo Ernesto	768
55. Dr. Ayestas López, Guillermo	393	112. Dr. Bustamante Canales, María C.	079
56. Dr. Ayestas López, Santos Darío	481	113. Dr. Bustamante Pineda, Luis Alonso	460
57. Dr. Azcona del Hoyo, Fernando F.	374	114. Dra. Bustillo Rivera, Emilia	293
		115. Dr. Boquin Nolasco, Ramón	634

116. Dr. Caballero Mejía, Lucas	490	181. Dr. Cruz Aragón, Fausto Justiniano	763
117. Dr. Caballero R., Armando	191	182. Dr. Cruz Campos, Wilfredo	788
118. Dr. Cabrera Sabillón, Servio Danilo	764	183. Dr. Cruz López, Carlos Alirio	756
119. Dr. Cáceres Mendoza, César Augusto	700	184. Dr. Cruz Moreno, Enemecio	511
120. Dr. Cáceres Vijil, Manuel	163	185. Dr. Cruz Torres, Gustavo	603
121. Dr. Cáceres Rivas, Marco Antonio	746	186. Dr. Cruz Gavidía, Roberto	635
122. Dr. Calderón R., Manuel Antonio	068	187. Dr. Cruz Moncada, Enrique Adolfo	640
123. Dr. Calderón Escobar, Nelson Nicolás	815	188. Dr. Cuestas Chinchilla, Luis A.	533
124. Dr. Cáliz Hernández, Roberto	427	189. Dr. Cueva Racinos, Juan Ramón	513
125. Dr. Cáliz Mejía, Raúl Felipe	739	190. Dr. Cueva Villamil, José Adán	151
126. Dr. Cáliz Solís, Ubence	607	191. Dr. Cuevas B., José Pablo	289
127. Dr. Cáliz García, Miguel Angel	816	192. Dr. Cuéllar Martínez, Raúl	015
128. Dr. Calderón Salinas, Rolando	725	193. Dr. Custodio López, Ramón	006
129. Dr. Callejas Zelaya, Luis	217	194. Dr. Chavarría Isaula, José Wilfredo	813
130. Dr. Cámbar Ramos, Pablo José	564	195. Dr. Chavarría Mejía, José Adrián	778
131. Dr. Caminos Díaz, Carlos	428	196. Dr. Chavarría Rodríguez, Santiago R.	312
132. Dr. Canahuati Mitri, Jamal Emilio	439	197. Dr. Chavarría Suazo, Gilberto	057
133. Dr. Canahuati, Shibli M.	360	198. Dr. Chávez Arias, Pedro Emilio	618
134. Dra. Canales Zúñiga, Zulema	118	199. Dr. Chávez Romero, Julio César	691
135. Dr. Cárcamo Tercero, Oscar Jacobo	092	200. Dr. Chávez Quan, Manuel Armando	516
136. Dr. Cárcamo Tercero, Tito Humberto	069	201. Dr. Chiang Santos, Moisés	745
137. Dr. Cardona Bonilla, Juan	573	202. Dr. Chirinos Velásquez, Manfredo	375
138. Dr. Cardona Chinchilla, Herlindo	394	203. Dr. Chirinos Velásquez, Raúl	309
139. Dr. Cardona López, Virgilio	186	204. Dr. Dávila A., José Manuel	197
140. Dra. Cardona de Herrera, Hena	222	205. Dr. Dávila Racinos, Edgardo Eugenio	708
141. Dr. Carranza Díaz, Marco Tulio	576	206. Dr. Del Cid López, Juan Rafael	404
142. Dr. Carranza Velásquez, René	027	207. Dr. De León Paz, Carlos	330
143. Dr. Carias Donaire, Gustavo	328	208. Dr. Delgado Aguirre, Ricardo	432
144. Dr. Carias Oviedo, Rolando	093	209. Dr. Delgado González, Carlos A.	116
145. Dr. Carrasco Flores, Manuel	063	210. Dr. Delgado Pineda, Juan	220
146. Dr. Cassis Assaf, Lincoln Geo	556	211. Dr. Da Costa Zelaya, Carlos Miguel	709
147. Dr. Castejón, Mario Germán	589	212. Dr. Delgado Zepeda, Armando Nicolás	462
148. Dr. Castellón Tercero, Esteban	363	213. Dr. Díaz Bonilla, José Manuel	040
149. Dr. Castellón Tercero, Prisciliano	413	214. Dr. Díaz Lobo, Alfonso	388
150. Dr. Castellanos Figueroa, César	638	215. Dr. Díaz Maestre, Luis	245
151. Dr. Castellanos Salgado, Plutarco	414	216. Dr. Díaz Montoya, Rafael	550
152. Dr. Castillo Antúnez, Mario	126	217. Dr. Díaz Salinas, René	324
153. Dr. Castillo Espinoza, Luis Alonso	696	218. Dr. Díaz Santos, Pablo	221
154. Dr. Castillo Handal, Selim	189	219. Dr. Díaz Zelaya, Juan de Dios	587
155. Dr. Castillo Mills, José Joaquín	652	220. Dr. Díaz Zelaya, Salvador	743
156. Dr. Castillo Molina, Danilo	456	221. Dr. Dickerman Kraunick, Samuel	595
157. Dr. Castillo Moncada, Armando	115	222. Dra. Domínguez de Murillo, María E.	509
158. Dr. Castillo Ochoa, José de Jesús	475	223. Dr. Domínguez R., José Refugio	052
159. Dr. Castillo Zúñiga, Randolpho	619	224. Dr. Domínguez Córdova, Humberto	729
160. Dr. Castro Alemán, Lombardo	600	225. Dra. Domínguez Gross, Marja Ivette	763
161. Dr. Castro Reyes, José	155	226. Dr. Downing Chavarría, Alberto	039
162. Dr. Cerna Salgado, Félix	408	227. Dr. Dox Guillén, Francisco	463
163. Dr. Cerrató Zelaya, Ciro Randolpho	479	228. Dra. Duarte de Laffite, Olga	273
164. Dr. Cervantes Gallo, René	282	229. Dra. Duarte de Zúñiga, Flora C.	403
165. Dr. Claros Fortín, Honorio	008	230. Dr. Dubón Doblado, José Francisco	559
166. Dr. Cleaves Tomé, Francisco	649	231. Dr. Dubón Martínez, Francisco	321
167. Dr. Coello Mejía, Olban	735	232. Dr. Durón Bustamante, Carlos Alberto	777
168. Dr. Coello Núñez, Ramiro	408	233. Dr. Durón Rivera, José Ramón	005
169. Dr. Coello Oliva, Miguel Humberto	114	234. Dr. Durón García, José Arturo	331
170. Dr. Colindres Delgado, Vilma Lillian	628	235. Dr. Durón Martínez, Raúl A.	054
171. Dr. Collart Valle, Juan Ramón	062		
172. Dr. Contreras Rosa, Roberto Antonio	760	236. Dr. Echeverri Mendoza, Victoriano	359
173. Dr. Córdova Santos, Gabino	593	237. Dr. Echeverría Fong, Justo Manuel	301
174. Dr. Corea Molina, Jorge Adalberto	529	238. Dr. Eibuschitz Spiegel, Roberto	207
175. Dr. Corrales Padilla, Cornelio	268	239. Dr. Elvir Aceituno, Carlos	362
176. Dr. Corrales Padilla, Hernán	026	240. Dr. Elvir Girón, Luis	527
177. Dra. Cortés de Villela, Marta	204	241. Dr. Enamorado Castro, Edgardo	461
178. Dr. Cortés Padilla, Luis Arturo	582	242. Dr. Erazo Caballero, Servio Tulio	311
179. Dr. Cousin Boquin, Luis Alejandro	349	243. Dr. Escobar Molina, Arturo	678
180. Dr. Cruz Alvarado, Camilo	553	244. Dr. Escorcía Hernández, Rafael de J.	327

373. Dr. Lainez Núñez, Héctor	053	437. Dr. Medrano Martínez, Raúl A.	487
374. Dr. Lara Claros, Rolando Antonio	596	438. Dr. Medina Nolasco, Anibal	094
375. Dr. Lara López, Alejo	232	439. Dr. Medina Nolasco, René	471
376. Dr. Lara Zepeda, Juan	174	440. Dr. Medina Rodríguez, Carlos A.	716
377. Dr. Larach Jamis, César	029	441. Dr. Mejía Antúnez, Cornelio	316
378. Dr. Larios Bonilla, Manuel Enrique	233	442. Dr. Mejía Castro, Cándido	141
379. Dr. Larios Contreras, Ramón	401	443. Dr. Mejía Del Cid, Armando	298
380. Dr. Larios Hernández, Saúl Enrique	491	444. Dr. Mejía Durón, Roberto	235
381. Dr. Larios Ulloa, Jerónimo	447	445. Dr. Mejía Mejía, Miguel Angel	018
382. Dr. Lanza Sandoval, Mario Duilio	353	446. Dr. Mejía Palacios, Arnulfo	664
383. Dr. Lázarus Bernhard, Roberto	097	447. Dr. Mejía Valladares, Enrique	428
384. Dr. Leiva Vivas, José María	181	448. Dr. Mejía Valladares, Mario Andrés	740
385. Dr. León Gómez, Alfredo	009	449. Dr. Membreño Marín, Héctor	290
386. Dr. León Gómez, Francisco	007	450. Dr. Membreño Padilla, Alejandro	431
387. Dr. Lezama Castellanos, Rolando	567	451. Dra. Membreño Padilla, Marta E.	569
388. Dra. Lezcano de García, Regina A.	651	452. Dr. Mena Baide, Benjamín A.	507
389. Dra. Linares Santos, María del T.	770	453. Dr. Mena Díaz, Carlos	269
390. Dr. Lobo Cerna, José Rafael	604	454. Dr. Mencia Salgado, Daniel	179
391. Dr. López Canales, Gustavo Ernesto	575	455. Dr. Mendoza Fiallos, José Trinidad	146
392. Dr. López Canales, José Rubén	565	456. Dr. Mendoza Valdez, Clemente	411
393. Dr. López Lagos, Rigoberto	378	457. Dr. Mendoza Portillo, Marco A.	703
394. Dr. López Herrera, Heberto	571	458. Dr. Mendoza Guillén, Jorge	733
395. Dr. López Medina, Camilo	568	459. Dr. Merino Zaldivar, Rolando	443
396. Dr. López Nieto, Marco Antonio	538	460. Dr. Meza Galeas, Ramón	278
397. Dra. López de Pineda, Martha Irene	791	461. Dr. Midence Moncada, Ignacio E.	002
398. Dr. López R., Jaime Armando	814	462. Dr. Midence Vallecillo, Alfredo C.	077
399. Dr. López Villa, José Antonio	538	463. Dr. Milla Caballero, Rigoberto	585
400. Dr. López Zelaya, Alejandro	158	464. Dr. Milla Galeano, Horacio	019
401. Dr. Lozano Caballero, César	010	465. Dr. Milla Villeda, Reynaldo Humberto	752
402. Dr. Lozano Matamoros, Ramiro H.	105	466. Dr. Molina Castro, Rafael	212
403. Dr. Lorenzana Sosa, Dagoberto	541	467. Dra. Molina Martínez, Carmen Suyapa	711
404. Dr. Lovo López-Villa, Salvador	581	468. Dr. Molina Mendoza, Esteban	789
		469. Dr. Molina Molina, Oscar Antonio	774
		470. Dr. Molina Ortiz, Juan	557
405. Dr. Madrid Lizardo, Ricardo Teodoro	787	471. Dr. Moncada Amador, Miguel Rafael	119
406. Dr. Madrid Zelaya, Germán R.	202	472. Dr. Moncada Ramírez, Miguel R.	120
407. Dr. Magarín Rosales, Julio César	449	473. Dr. Moncada Medrano, Lucas G.	028
408. Dra. Mannheim de Gómez, Eva	201	474. Dr. Moncada Irias, José Máximo	380
409. Dr. Maradiaga Vilches, Arturo A.	632	475. Dr. Molina Molina, José Rodolfo	688
410. Dra. Marcy Truesdell, Perla Carlota	732	476. Dr. Montes Guerrero, Francisco	149
411. Dr. Marx Lincke, Samuel Benno	751	477. Dr. Montes Guerrero, José Anibal	306
412. Dr. Mariana Mejía, Antonio	438	478. Dr. Montes Guerrero, Nicolás de J.	647
413. Dr. Márquez Cerrato, Antonio	016	479. Dr. Montes Zepeda, Francisco Javier	542
414. Dr. Mariel Guillén, Pedro	148	480. Dr. Montoya Alvarez, Juan	288
415. Dr. Martínez Boquín, Gustavo E.	469	481. Dr. Montoya Fiallos, Juan	591
416. Dr. Martínez Fúnes, José	452	482. Dr. Morales San Martín, Ramón	421
417. Dr. Martínez Castillo, Carlos	466	483. Dr. Morel Altamirano, Simón	771
418. Dr. Martínez Castillo, Tristán	772	484. Dr. Moreno Perdomo, Eduardo	512
419. Dr. Martínez Guillén, Andrés Arturo	339	485. Dr. Moreno Perdomo, Dagoberto	017
420. Dr. Martínez Matamoros, Oscar	386	486. Dr. Munguía Alonzo, Luis	106
421. Dr. Martínez Meza, Luis Edgardo	544	487. Dr. Munguía Alonzo, Salomón	104
422. Dr. Martínez Ponce, Tomás	645	488. Dr. Munguía Padilla, Carlos Elpidio	465
423. Dr. Martínez Pinel, Carlos Alfredo	237	489. Dr. Murillo Elvir, Sergio Arturo	508
424. Dr. Martínez Ordóñez, José	205	490. Dr. Murillo Escobar, Francisco	364
425. Dr. Martínez Valenzuela, Rafael	259	491. Dr. Murillo Escobar, Edgardo Anibal	444
426. Dr. Martínez Zelaya, Salvador A.	730	492. Dr. Murillo Selva h., Francisco	180
427. Dr. Maloff Fléfil, Ricardo	655	493. Dr. Muñoz Mendoza, Miguel Rafael	159
428. Dr. Mass Bonilla, Franklin Douglas	612	494. Dr. Muñoz Muñoz, Carlos Miguel	397
429. Dr. Matamoros Flores, Benjamín	020		
430. Dr. Matute Alvarez, Roberto A.	484	495. Dr. Navarrete Melghem, Edgardo	724
431. Dr. Matute Canizales, Eugenio	167	496. Dr. Nelson Durón, Marco Antonio	627
432. Dr. Mayes Huete, Santos Eduardo	450	497. Dr. Nelson García, Francisco	648
433. Dr. McKinney, Mariano B.	342	498. Dr. Núñez Ortiz, Joaquín Angel	324
434. Dr. Mazariegos García, José Vicente	862	499. Dr. Núñez Zúniga, Antonio Roberto	536
435. Dr. Medal, Mario Santos	236		
436. Dr. Medrano Díaz, Héctor Alfredo	145		

500. Dr.	Ochoa Alcántara M., Ricardo S.	412	564. Dr.	Pineda Figueroa, Alan Leonel	722
501. Dr.	Ocano C., Guillermo Alfredo	798	565. Dr.	Pineda Montes, Jorge Alberto	784
502. Dr.	Ochoa Durón, Vicente Gabriel	734	566. Dr.	Pineda Muñoz, Carlos Alberto	182
503. Dr.	Ochoa Reina, Efraín	264	567. Dr.	Pineda Santos, F. Humberto	395
504. Dr.	Ochoa Valle, José María	560	568. Dr.	Pineda Tábora, Manuel	065
505. Dr.	Odeh Nasralla, Nicolás	014	569. Dr.	Pino Montes de Oca, Emilio Roy	402
506. Dr.	Odeh Nasralla, Nahim	803	570. Dr.	Pinto González, Ernesto Antonio	435
507. Dr.	Oliva Aguilar, Marco Tulio	561	571. Dr.	Pinto Mejía, José	195
508. Dr.	Oliva Barralaga, Roberto	346	572. Dr.	Ponce de Avalos, Reynaldo	429
509. Dr.	Oqueli Colindres, Miguel Rafael	624	573. Dra.	Ponce de García, Olga María	654
510. Dr.	Oqueli Cárcamo, José Trinidad	695	574. Dr.	Ponce Ochoa, Marcial	219
511. Dr.	Ordóñez García, Andrés	707	575. Dr.	Ponce Ochoa, Marco Antonio	086
512. Dra.	Ordóñez de Madrid, Nohemi Isabel	792	576. Dr.	Ponce Pagoada, Luis Alberto	762
513. Dr.	Orellana, Carlos Alberto	338	577. Dr.	Ponce Pagoaga, Roberto	754
514. Dr.	Orellana Manglioni, Jesús H.	333	578. Dr.	Portillo Núñez, Pedro Reniery	728
515. Dr.	Ortega Matamoros, Julio César	546	579. Dr.	Portillo G., Carlos F.	128
516. Dr.	Ortega Ordóñez, León Adalid	501	580. Dr.	Pineda Montoya, Gustavo N.	692
517. Dr.	Orellana, Héctor Mauricio	747			
518. Dra.	Osejo Paz, Gloria	326	581. Dr.	Ramírez Alfaro, Rigoberto	075
519. Dr.	Osorio Contreras, Gilberto	004	582. Dr.	Ramírez Castañeda, Miguel O.	517
520. Dr.	Oviedo Cubas, Raúl Gabriel	258	583. Dr.	Ramírez, Marco Antonio	467
521. Dr.	Oviedo Meza, Lisandro	400	584. Dr.	Ramos Funes, Carlos Ventura	459
522. Dr.	Oviedo Padilla, Guillermo	318	585. Dr.	Ramos Reina, Luis Vidal	127
523. Dr.	Oviedo Pineda, Antonio	492	586. Dr.	Rápalo Herrera, Jorge Augusto	890
			587. Dr.	Ráquel Sánchez, Pompeyo	091
524. Dr.	Padilla Hernández, Alfredo León	749	588. Dr.	Raudales Alvarado, Rodolfo A.	157
525. Dr.	Padilla Ramírez, Leonidas	665	590. Dr.	Raudales Barahona, Oscar	187
526. Dr.	Pacheco Reyes, Jorge Alberto	150	590. Dra.	Raudales de Midence, Martha	128
527. Dr.	Palma Molina, Jacobo	208	591. Dr.	Reyes Berlioz, Rodolfo	099
528. Dr.	Paredes Alemán, Alfredo Adolfo	617	592. Dr.	Reyes Mazzoni, Raúl Gregorio	685
529. Dr.	Paredes Castillo, Gilberto	590	593. Dr.	Reyes Noyola Godoy, José	780
530. Dr.	Paredes Escoto, Marco Antonio	434	594. Dr.	Reyes Quesada, José Lisandro	325
531. Dr.	Paredes P., Francisco Otomán	399	595. Dr.	Reyes Ticas, Jesús Américo	781
532. Dr.	Paredes P., Manuel Armando	252	596. Dra.	Reyes Sosa, Olga	041
533. Dr.	Paredes Toro, Salvador Ramón	271	597. Dr.	Reyes Soto, Joaquín	209
534. Dr.	Paredes Toro, Salvador	523	598. Dr.	Reyes Vásquez, Jorge Isaac	548
535. Dr.	Paredes Regalado, Leandro S.	160	599. Dr.	Riera Hotta, Abraham	192
536. Dr.	Paredes Escoto, Mauricio Antonio	727	600. Dr.	Rivas Alvarado, Carlos	130
537. Dr.	Pascua Leiva, Herman	034	601. Dr.	Rivas Bustamante, Gustavo A.	137
538. Dr.	Pastor Zelaya, Rodolfo	107	602. Dr.	Rivas Chávez, Luis Gonzalo	755
539. Dr.	Pavón Aguilera, Armando	166	603. Dr.	Rivas García, José Armando	482
540. Dr.	Pavón Gale, Leonel	666	604. Dr.	Rivas Pérez, Mario Catarino	250
541. Dr.	Pavón Lagos, Héctor Eduardo	566	605. Dr.	Rivera Cáceres, José Augusto	231
542. Dr.	Pavón Leiva, Rafael Antonio	124	606. Dr.	Rivera Domínguez, Presentación	485
543. Dr.	Pavón Moncada, Mario	418	607. Dr.	Rivera Fajardo, Elio	350
544. Dr.	Paz Barahona, Miguel	616	608. Dr.	Rivera Henry, Julio C.	196
545. Dr.	Paz Paredes, Arturo	667	609. Dr.	Rivera Medina, Carlos Humberto	183
546. Dr.	Paz Paz, José Arnold	697	610. Dr.	Rivera Miyares, Jorge Alberto	147
547. Dr.	Paz Rápalo, Salvador Reynaldo	614	611. Dr.	Rivera Núñez, José Benjamín	284
548. Dr.	Paz Rivera, José Trinidad	352	612. Dr.	Rivera Reyes, Manuel de Jesús	037
549. Dr.	Paz Rivera, Juan	480	613. Dr.	Rivera Reyes, Oscar Armando	133
550. Dr.	Peña Zelaya, Guillermo	036	614. Dr.	Rivera Reyes, Roberto	376
551. Dr.	Peraza Casaca, J. Antonio	035	615. Dr.	Rivera Vallecillo, M. de Jesús	286
552. Dr.	Peraza Zelaya, Mario Augusto	606	616. Dr.	Rivera Williams, Carlos	129
553. Dr.	Pereira, J. Ramón	074	617. Dr.	Rivera Suszo, Edgardo	489
554. Dr.	Pérez Estrada, Alberto Vicente	449	618. Dr.	Rodríguez A. Reinaldo Antonio	111
555. Dr.	Pérez Hernández, José Leonel	741	613. Dr.	Rodríguez Barahona, Gonzalo	672
556. Dr.	Pérez Izaguirre, José Antonio	247	620. Dr.	Rodríguez Banegas, José Edgardo	706
557. Dr.	Pérez Izaguirre, Manuel de J.	377	621. Dr.	Rodríguez Flores, Jonathan	805
558. Dr.	Pérez Inestroza, Luis Mauricio	677	622. Dr.	Rodríguez Guerrero, Benjamín	256
559. Dr.	Pineda Argüello, Sergio Boris	782	623. Dr.	Rodríguez Guifarro, Francisco A.	655
560. Dr.	Pineda Coello, Mario	254	624. Dr.	Rodríguez Izaguirre, Rigoberto	433
561. Dr.	Pineda Contreras, Octavio	355	625. Dr.	Rodríguez Lafnez, César	683
562. Dr.	Pineda Escoto, José David	455	626. Dr.	Rodríguez Lafnez, Oscar A.	694
563. Dr.	Pineda Fasquelle, Constantino	257	627. Dr.	Rodríguez Leiva, Saúl	446

628. Dr. Rodríguez Morales, José Inés	723	392. Dr. Talavera Westin, Eduardo	085
629. Dr. Rodríguez O., Conrado Ernesto	213	393. Dr. Tercero Mendoza, Rafael A.	211
630. Dr. Rodríguez Martínez, Angel Rubén	644	394. Dr. Tinoco Araya, Eduardo	337
631. Dr. Rodríguez Paz, Miguel Angel	808	395. Dr. Tinoco, Roberto Ohdulio	712
632. Dra. Rodríguez Sosa de Tábora, Yeiba	793	396. Dr. Toledo Herrera, Antonio	750
633. Dr. Rodríguez Soto, Gonzalo	216	397. Dr. Tomé Abarea, Fernando	520
634. Dr. Romero Madrid, Manuel	178	398. Dr. Tróchez Pineda, Hilton Bruno	625
635. Dr. Romero Madrid, Raúl Manuel	199	399. Dr. Tróchez Sabillón, Gonzalo	255
636. Dr. Romero Rovelo, Antonio	737	700. Dr. Torres Padilla, Benjamín	458
637. Dr. Rosales Colindres, Martín Ulises	530	701. Dr. Torres Wills, Manuel Antonio	165
638. Dr. Rubí Avila, Elmer Antonio	611	702. Dr. Ulloa Donaire, Miguel Antonio	294
639. Dra. Rubí de García, Marta Lidia	598	703. Dr. Ulloa Vásquez, Ernesto	486
640. Dr. Ruiz Leiva, José Rafael	388	704. Dr. Ulloa P., Angel Augusto	314
641. Dr. Sabillón Leiva, Juan	110	705. Dr. Urbina Guerrero, Nicolás	794
642. Dr. Sabillón Rivera, Oscar Oriando	476		
643. Dr. Salgado Diaz, German Emilio	698	706. Dr. Valenzuela A., Juan Ramón	351
		707. Dr. Valenzuela Guerrero, Rodolfo	425
644. Dra. Salgado, Nohemi Isabel Alvarez de	699	708. Dr. Valerio Damas, José Edgardo	806
645. Dr. Salgado Martínez, Humberto	177	709. Dr. Valerio Pazzatti, José René	164
646. Dr. Salgado Molina, César Rodolfo	503	710. Dr. Valladares Lemaire, Juan René	024
647. Dr. Salinas Portillo, José Luis	524	711. Dr. Valladares Rivera, José Erasmo	022
648. Dr. Salvadó Aguilar, Ramón	033	712. Dr. Valladares Valladares, Evandro	775
649. Dr. Samayoa M., Enrique Octavio	445	713. Dr. Valle Mejía, Carlos Aristides	215
650. Dr. Samra Saykaly, Luis	373	714. Dr. Valle Sigüí, Héctor Augusto	454
651. Dr. Sánchez Guevara, Angel Porfirio	084	715. Dr. Vallecillo Molina, Gaspar	773
652. Dr. Sandoval Cáliz, Wilfredo	420	716. Dr. Vallecillo Toro, Gaspar	214
653. Dr. Sandoval Díaz, Rafael Roberto	721	717. Dr. Vallecillo Toro, Octavio	240
654. Dr. Sandoval Pineda, Manuel A.	073	718. Dr. Vallejo Laríos, Víctor Manuel	531
655. Dr. Santos de Avilés, María	673	719. Dra. Van Eyl, Olga Johanna	668
656. Dr. Santos López, Neftali	736	720. Dr. Varela Mejía, Fausto José	265
657. Dr. Sarmiento Acosta, Luis Alfonso	496	721. Dr. Varela Ramos, José Mauricio	608
658. Dr. Sarmiento Soto, Manuel	188	722. Dr. Vargas Funes, Angel Donoso	031
659. Dr. Sarmiento Soto, Marco Antonio	518	723. Dr. Vargas Pineda, Sergio Rodolfo	783
660. Dr. Sarmiento Soto, Marcio	033	724. Dr. Vaquero Muñoz, Luis	056
661. Dr. Sarmiento Soto, Ramón Alberto	470	725. Dr. Vásquez Aguilar, José Octavio	562
662. Dr. Saybe Cabúa, Jorge Martín	331	726. Dr. Vásquez Casanova, Pompeyo	671
663. Dr. Seaman Reyes, Julio	132	727. Dr. Vásquez Cueva, Jesús Alberto	368
664. Dr. Sequeiros Verde, Manuel	267	728. Dra. Vásquez Zelaya, Rosalpina	629
665. Dr. Sevilla Rivera, Marco Antonio	494	729. Dr. Velásquez Cruz, Danilo	392
666. Dr. Sibrián Corea, Laudelino	335	730. Dr. Velásquez García, Nelson	779
667. Dr. Sierra Andino, Carlos	203	731. Dr. Velásquez Lainez, Armando	025
668. Dr. Sierra García, Donald	415	732. Dr. Velásquez García, José Ramón	279
669. Dr. Sierra Lagos, Rafael Enrique	329	733. Dr. Velásquez Suazo, Fausto	249
670. Dr. Sierra Martínez, Edgardo	472	734. Dr. Velásquez V., Víctor Manuel	109
671. Dr. Sierra Martínez, Jorge Alberto	765	735. Dr. Venegas Flores, Arturo Joaquín	171
672. Dr. Sierra Martínez, Miguel Angel	547	736. Dr. Viara Matute, Elio L.	646
673. Dr. Sierra Medina, Julio	580	737. Dr. Vidal Soto, César Antonio	551
674. Dr. Sikaffy Talamás, Jesús	266	738. Dr. Vides Turcios, Marcial	396
675. Dra. Silva de Rivas, María Elena	505	739. Dr. Vides Turcios, Oscar	660
676. Dr. Silva Godoy, José Luis	514	740. Dr. Villafranca Soto, Terencio	291
677. Dr. Solís Pinto, Carlos A.	570	741. Dr. Villalobos Castillo, Juan R.	266
678. Dr. Sosa Alvarado, Manuel Esteban	055	742. Dr. Villanueva Doblado, Jorge A.	176
679. Dr. Sosa Vidal, Jesús	032	743. Dr. Villela A., Miguel Angel	332
680. Dr. Sosa Vidal, Marco Antonio	391	744. Dr. Villela Chinchilla, Roberto	263
681. Dr. Soto Alcerra, Aristides	786	745. Dr. Villela Sagastume, Oscar R.	674
682. Dr. Suárez Turcios, Luis	761	746. Dr. Villeda Bermúdez, Rubén Antonio	713
683. Dr. Suazo Bálmes, Aristides	369	747. Dr. Villela Soto, Juan José	083
684. Dr. Suazo Córdova, Roberto	122	748. Dr. Villela Vidal, Ricardo	227
685. Dr. Suazo Mejía, Antonio	650	749. Dr. Vijil González, Max Alonso	554
686. Dr. Suazo Ruiz, Gustavo	579	750. Dr. Vijil Osorio, Julio César	537
687. Dr. Suazo Urquía, Manuel Octavio	622	751. Dr. Vindel Serrano, Ramón Pedro	555
688. Dr. Santos Alvarado, Jacobo	594	752. Dr. Vittotoc Bustillo, Kenneth	703
689. Dr. Stefan Hode, René	704	753. Dr. Voto Delgado, José	023
690. Dr. Tábora Bautista, José Eliseo	117		
691. Dr. Tábora Flores, José Eduardo	657	754. Dr. Waimín Ramos Guillermo Gerardo	790
		755. Dr. Wolfovich Alvarado, Jorge A.	584

756. Dr.	Yacamán Yacamán, Víctor R.	621
757. Dr.	Younberg Stephen, Aaron	389
758. Dr.	Ynestroza Urrutia, Wilfredo	635
759. Dr.	Zambrana Castillo, Mario A.	283
760. Dr.	Zavala Castillo, Octavio	178
761. Dr.	Zavala Chirinos, Alejandro	218
762. Dr.	Zavala Rubio, Hugo	714
763. Dr.	Zavala Sandoval, Reynaldo O.	549
764. Dr.	Zelaya Appel, Julio Antonio	521
765. Dr.	Zelaya Lozano, Emilsio Adalberto	729
766. Dr.	Zapata Dubón, Roberto	738
767. Dr.	Zelaya Martínez, Gilberto	562
768. Dr.	Zelaya Martínez, Rafael	281
358. Dr.	Zelaya Flores, Juan Evangelista	013
770. Dr.	Zelaya Pinel, Arturo	229
771. Dr.	Zelaya Ramírez, Angel	103
772. Dr.	Zelaya Smith, Jorge Mannel	078
773. Dr.	Zelaya Táborá, José Enrique	661
774. Dr.	Zepeda Raudales, Adán	144
775. Dr.	Zepeda Turcios, Roberto	182
776. Dr.	Zepeda V., Francisco Salomón	241
777. Dr.	Zerón Ortega, Roberto	419
778. Dr.	Zúniga, César Augusto	098
779. Dr.	Zúniga Alemán, Alfonso	812
780. Dr.	Zúniga Alemán, Gustavo Adolfo	416
781. Dr.	Zúniga Amador, Darío	506
782. Dr.	Zúniga Díaz, Gustavo Adolfo	140
783. Dr.	Zúniga Lagos, Alejandro	287
784. Dr.	Zúniga Durón, Silvio Renato	021
785. Dr.	Zúniga Ortega, Raúl Enrique	277

COLEGIADOS FALLECIDOS

1. Dr.	Eduardo Fernández Selva	038
2. Dr.	Guillermo Bustillo Oliva	043
3. Dr.	José Antonio Bobadilla	045
4. Dr.	Atilo González Flores	070
5. Dr.	Marcos Tulio Burgos	102
6. Dr.	Miguel A. Sánchez	121
7. Dr.	Cristóbal Núñez C.	125
8. Dr.	Octavio Valladares E.	143
9. Dr.	Carlos Arturo Torres Wills	156
10. Dr.	Amado M. Mendoza Alvarado	175
11. Dr.	Rodolfo Figueroa Rosa	228
12. Dr.	Teodoro Valle M.	239
13. Dr.	Emigdio Mena Q.	246
14. Dr.	Felipe Ponce Tejeda	251
15. Dr.	Pablo V. Moncada	262
16. Dr.	Ramón Reyes Ramírez	285
17. Dr.	José Harold Casco Mazier	288
18. Dr.	Martín A. Bulnes	292
19. Dr.	Manuel Castillo Barahona	299
20. Dr.	Juan V. Moncada	304
21. Dr.	José Ramón Villeda Morales	347
22. Dr.	Joaquín Romero Méndez	348
23. Dr.	Vicente Mejía Colindres	384
24. Dr.	Manuel de Jesús Echeverría	398
25. Dr.	Antonio Ramón Amaya Bográn	422
26. Dr.	Carlos Alberto Reyes Navarro	438
27. Dr.	Luis Ynestroza López	510
28. Dr.	Juan Miguel Fiallos Castillo	599
29. Dr.	Jacinto Octavio Moreno	261
30. Dr.	José Atuán Simón	495
31. Dr.	Leopoldo Montenegro Peña	310

LISTA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS RECONOCIDOS POR EL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS"

ESPECIALISTAS EN PEDIATRIA

TEGUCIGALPA

1. Dr. Armando Andino Matamoros
2. Dr. Alberto C. Bendeck N.
3. Dr. Adán Zepeda Raudales
4. Dr. Carlos A. Delgado
(Cirugía Pediátrica)
5. Dr. Carlos Rivera Williams
Ortopedia Pediátrica)
6. Dr. Carlos Máximo Gálvez
7. Dr. Carlos Godoy Arteaga
8. Dr. Danilo Castillo Molina
9. Dr. Danilo Hernán Fajardo Cabrera
10. Dr. Fernando Tomé Abarca
11. Dr. Francisco Salomón Zepeda
12. Dr. Francisco Cleaves Tomé
13. Dr. Gilberto Osorio Contreras
14. Dr. Juan Pablo Benavides
15. Dr. José Eliseo Táborá
16. Dr. Juan Barrientos Valle
17. Dr. J. Radegundo García
18. Dr. Juan Bautista Almendares Irias
19. Dr. Pablo Hernández M.
20. Dr. Manuel Enrique Larros Bonilla
21. Dr. Oscar González Ardón
22. Dr. Rafael Tercero Mendoza
23. Dr. René Hernández
24. Dr. Roberto Mejía Durón
25. Dr. Salvador Levo López Villa
(Cirugía Pediátrica)
26. Dr. Tristán Martínez Castillo
27. Dr. Luis Alonso Barahona
28. Dr. Roberto Rivera Reyes
29. Dr. Enrique Ernesto Alvarado

SAN PEDRO SULA

1. Dr. José Elías Handal
(Cirugía Pediátrica)
2. Dr. Elio L. Viara
3. Dr. Juan Sabillón Leiva
4. Dr. Mario Duilio Lanza
5. Dr. Benjamín Matamoros
6. Dr. Salvador Paredes Toro
7. Dr. Roberto Cáliz Hernández
8. Dr. Luis Bueso Arias

LA LIMA

1. Dr. Arturo Joaquín Venegas
2. Dr. Carlos A. Javier Santos

LA CEIBA

1. Dr. Tomás García Erazo
2. Dr. Rafael Pavón Leiva
3. Dra. Olga Duarte de Laffitte

SANTA BARBARA

1. Dr. Manuel Antonio Calderón

EL PARAISO

1. Dr. Mario Santos Medal

EXTERIOR

1. Dr. Juan de Dios Díaz Zelaya

ESPECIALISTAS EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TEGUCIGALPA

1. Dr. Mario Pavón Monocada
2. Dr. Enrique O. Samayoa M.
3. Dr. Joaquín Angel Núñez
4. Dr. Humberto Rivera Medina
5. Dr. Elias Alejandro Faraj R.
6. Dr. Octavio Zavala Castillo
7. Dr. Ramiro Figueroa Rodezno
8. Dr. Marcial Vides Turcios
9. Dr. Alejandro Zúñiga Lagos
10. Dr. Ramón Velásquez García
11. Dr. Mario Alcerro Castro
12. Dr. Mario Alfredo Zambrana
13. Dr. Ricardo Ochoa Alcántara
14. Dr. Manuel Sequeros Verde
15. Dr. Benjamín Fortín Midence
16. Dr. René Díaz Salinas
17. Dr. Gaspar Vallecillo Molina
18. Dr. Julio César A. Batres

SAN PEDRO SULA

1. Dr. Roberto Eibuschitz
2. Dr. Sergio Bendaña Meza
3. Dr. César R. Abud
4. Dr. Benjamín Alirio Mena Baide
5. Dr. Julio César Bueso C.

LA LIMA

1. Dr. Raúl Manuel Romero Madrid

LA CEIBA

1. Dr. Jesús Alberto Vásquez Cueva
2. Dr. Carlos Alberto Medina
3. Dr. Juan Montoya Alvarez
4. Dr. César Rodríguez Lainez

EXTERIOR

1. Dr. René Carranza Velásquez

ESPECIALISTAS
EN CIRUGIA GENERAL

TEGUCIGALPA

1. Dr. José Ramón Durón García
2. Dr. José Gómez Márquez
3. Dr. Gustavo Adolfo Zúniga Díaz
4. Dr. Virgilio Banegas Montes
5. Dr. Angel D. Vargas
6. Dr. Ramiro H. Lozano
7. Dr. Silvio R. Zúñiga D.
8. Dr. Juan Andonie Fernández
9. Dr. Cándido Mejía Castro
10. Dr. Rigoberto Arriaga Chinchilla
11. Dr. Mario German Castejón
12. Dr. Salvador Hiza Kury
13. Dr. Alejandro Adán Membréño P.

SAN PEDRO SULA

1. Dr. Pedro Martell Guillón
2. Dr. Luis Alejandro Cousin B.
3. Dr. Guillermo Florentino Pineda
4. Dr. Guillermo Bendaña Meza
5. Dr. Rigoberto Milla Caballero
6. Dr. Francisco Murillo Escobar
7. Dr. Andrés Arturo Martínez G.

LA LIMA

1. Dr. J. Armando Caballero R.
2. Dr. Julio César Rivera Henry
3. Dr. José Arnold Paz

LA CEIBA

1. Dr. Rigoberto Rodríguez Izaguirre
2. Dr. Humberto Domínguez Córdova
3. Dr. Raúl Chirinos V.
4. Dr. Wilfredo Sandoval Cálix

JUTICALPA

1. Dr. José Manuel Díaz Bonilla

EXTERIOR

1. Dr. Nahim Odeh Nasralla
2. Dr. Gustavo Adolfo Ortiz Colindres
3. Dr. Marco Antonio Cáceres Rivas

ESPECIALISTAS EN
MEDICINA INTERNA

TEGUCIGALPA

1. Dr. Manuel de Jesús Rivera Reyes
2. Dr. Héctor Alfredo Medrano
3. Dr. Armando Flores Fiallos
4. Dr. Jorge Alberto Pacheco
5. Dr. Roberto Lázarus B.
6. Dr. Rafael Zelaya Martínez
7. Dr. Jacobo Palma Molina
8. Dr. Gustavo Adolfo Zúniga Alemán
9. Dr. Plutarco E. Castellanos

SAN PEDRO SULA

1. Dr. Shibly Canahuati
2. Dr. Roberto Bermúdez
3. Dr. César J. Larach

ESPECIALISTAS EN SALUD PUBLICA

TEGUCIGALPA

1. Dr. Carlos A. Pineda Muñoz
2. Dr. Angel Porfirio Sánchez
3. Dr. Manuel A. Sandoval
4. Dr. Arturo Zelaya Pinel
5. Dr. Carlos A. Bendaña
6. Dr. Benjamín Rivera
7. Dra. Anarda Estrada D.
8. Dr. Rigoberto Alvarado Lozano
9. Dr. Carlos Fidencio Pertillo
10. Dr. Julio A. González Ortiz
11. Dr. Hilton Bruno Tróchez Pineda
12. Dr. Ernesto Antonio Pinto G.
13. Dr. Rolando Aguilera Ponce
14. Dr. Carlos Godoy Arteaga
15. Dr. Jacobo Santos Alvarado
16. Dr. Alberto Guzmán Banegas
17. Dr. Carlos Alirio Cruz
18. Dr. Danilo Velásquez Cruz
19. Dr. Luis Felipe Bekker Guzmán
20. Dr. Roberto Cruz Gavidia

SAN PEDRO SULA

- . Dr. Laudelino Sibrián Corea
- . Dr. Luis A. Sarmiento A.
- . Dr. Humberto Pineda Santos
- . Dr. Marco Tulio Oliva

LA CEIBA

- . Dr. Roberto Zepeda Turcios
- . Dr. Carlos Rivas Alvarado

SANTA ROSA DE COPAN

- . Dr. Francisco Alberto Hernández S.
- . Dr. Arnulfo Bueso Pineda

COMAYAGUA

- . Dr. Fausto José Varela M.

JUTICALPA

- . Dr. Ubence Cáliz Solís

CHOLUTECA

- . Dr. Merlyn Fernández R.

EXTERIOR

- 1. Dr. Napoleón Gúnera

ESPECIALISTAS EN ENDOCRINOLOGIA

TEGUCIGALPA

1. Dr. Manuel de Jesús Rivera R.

ESPECIALISTAS EN DERMATOLOGIA

TEGUCIGALPA

1. Dr. Hernán Corrales Padilla
2. Dr. Héctor Lainez Núñez
3. Dr. Ramón Sarmiento Soto
4. Dra. Virgínia Aurora de Espinoza
5. Dr. Miguel Angel Girón

SAN PEDRO SULA

1. Dr. José Trinidad Paz Rivera

ESPECIALISTAS EN UROLOGIA

TEGUCIGALPA

1. Dr. Ignacio Midence M.
2. Dr. Salomón Munguía Alonzo
3. Dr. Rigoberto López Lagos

ESPECIALISTAS EN NEUROLOGÍA

TEGUCIGALPA

1. Dr. Francisco León Gómez
2. Dr. Roberto Zerón Ortega (Infantil)

ESPECIALISTAS
EN TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

TEGUCIGALPA

1. Dr. Rigoberto Ramírez Alfaro
2. Dr. Aristides Girón Aguilar
3. Dr. Adán Boza Zerón
4. Dr. Luis Samra S.
5. Dr. Francisco Montes Guerrero
6. Dr. Antonio Bermúdez Milla
7. Dr. Honorio Clares Fortín

SAN PEDRO SULA

1. Dr. Jorge Martín Saybe Cabus
2. Dr. Raúl Cuéllar

SAN PEDRO SULA

1. Dr. René Bendaña Meza
2. Dr. Andrés Arturo Martínez Guillén

ESPECIALISTAS EN OFTALMOLOGIA

TEGUCIGALPA

1. Dr. Nicolás Odeh Nasrala
2. Dr. Renato Bendaña Medel
3. Dr. Luis Callejas Zelaya

SAN PEDRO SULA

1. Dr. Efraín Ochoa Reina

LA CEIBA

1. Dr. Luis Alberto Ponce P.

ESPECIALISTAS
EN CIRUGIA TORACICA

TEGUCIGALPA

1. Dr. Daniel Mencía Salgado
2. Dr. Francisco Murillo Selva h.
3. Dr. Cándido Mejía Castro

SAN PEDRO SULA

1. Dr. Rigoberto Milla Caballero

EXTERIOR

1. Dr. Marco Antonio Cáceres Rivas

TEGUCIGALPA

1. Dr. José Ramón Pereira
2. Dr. Jorge A. Villanueva
3. Dr. Jorge Rivera Miyares
4. Dr. Cornelio Corrales Padilla
5. Dr. Rubén Antonio Villeda B.
6. Dr. Conrado E. Rodríguez
7. Dr. Jaime Haddad Quiñónez

SAN PEDRO SULA

1. Dr. Adán Barahona Coello
2. Dr. César Rodolfo Salgado M.

ESPECIALISTAS EN ANESTESIOLOGIA

TEGUCIGALPA

1. Dr. René Cervantes Gallo
2. Dr. Oscar Armando Rivera R.
3. Dr. Justo Manuel Echeverría F.
4. Dr. Zulema Canales Zúñiga
5. Dr. Alejo Lara López
6. Dr. Ramón Boquín Nolasco
7. Dr. Alfredo Fortín Ynestroza

SAN PEDRO SULA

1. Dr. José Trinidad Aguilar
2. Dr. Antonio Mariona Mejía
3. Dr. Ramn Valenzuela

ESPECIALISTAS EN PSIQUIATRIA

TEGUCIGALPA

- 1.—Dr. Francisco León Gómez
2. Dr. Asdrúbal Raudales Alvarado
3. Dr. Alfredo León Padilla
4. Dr. Dagoberto Espinoza Mourra

ESPECIALISTAS EN PATOLOGIA

TEGUCIGALPA

1. Dr. Raúl Durón Martínez
2. Dr. Virgilio Cardona López
3. Dr. Ramón Custodio López
4. Dr. J. Adán Cueva V.

ESPECIALISTAS EN CARDIOLOGIA

TEGUCIGALPA

1. Dr. Armando Torres Fiallos
2. Dr. Carlos Sierra
3. Dr. Arturo Alvarez Martínez
4. Dr. Ernesto Argueta Ariza
5. Dr. José Lisando Reyes Q.
6. Dr. Alfredo León Gómez

SAN PEDRO SULA

1. Dr. Francisco Dox Guillén
2. Dr. César J. Larach

ESPECIALISTAS EN NEUMOLOGIA

TEGUCIGALPA

1. Dr. Alberto Guzmán Banegas
2. Dr. Joaquín Reyes Soto
3. Dra. Eva Mannheim de Gómez
4. Dr. Luis Munguía Alonzo
5. Dr. Raúl Flores Fiallos
6. Dr. Rigoberto Alvarado Lozano
7. Dr. René Flores Flores

SAN PEDRO SULA

1. Dr. Erasmo Valladares
2. Dr. Julio Seaman

ESPECIALISTAS
EN GASTROENTEROLOGIA

TEGUCIGALPA

1. Dr. César Lozano Caballero
2. Dr. Armando Rivas García
3. Dr. Edgardo Alonzo Medina

1. Dr. Shibly Canahuaty
2. Dr. Pompeyo Raquel Sánchez

EXTERIOR

1. Dr. Jorge Haddad Quiñónez

ESPECIALISTAS EN CIRUGIA
PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

TEGUCIGALPA

1. Dr. César Henríquez Izaguirre
2. Dr. Eduardo Talavera Westin
3. Dr. Oscar Arce Berlioz

ESPECIALISTAS
EN CITOLOGIA EXFOLIATIVA

TEGUCIGALPA

1. Dra. Hena Cardona de Herrera

ESPECIALISTAS EN MEDICINA
FISICA Y REHABILITACION

TEGUCIGALPA

1. Dr. David Abraham Galo
2. Dr. Ramiro Coello Nuñez
3. Dr. Jorge Durón García

ESPECIALISTAS EN CANCEROLOGIA

TEGUCIGALPA

1. Dr. René Medina Nolasco

ESPECIALISTAS EN NUTRICION

TEGUCIGALPA

1. Dr. José Pablo Figueroa S.

ESPECIALISTAS EN ANGIOLOGIA

SAN PEDRO SULA

1. Dr. German Rigoberto Madrid

ESPECIALISTAS EN FISILOGIA

TEGUCIGALPA

1. Dr. Francisco Alvarado Salgado
2. Dr. Juan Ángel Almendares Bonilla

ESPECIALISTAS
EN CIENCIAS FISIOLOGICAS

1. Dr. Samuel Dickerman

DIFERENTES ASOCIACIONES Y SOCIEDADES MEDICAS DEL PAIS

ASOCIACION PEDIATRICA HONDUREÑA - CAPITULO DE CORTES

Presidente	Dr. Luis Bueso Arias
Secretario	Dr. Edgardo Arriaga I.
Tesorero	Dr. Mario D. Lanza
Vocal 1º	Dr. Benjamín Matamoros
Vocal 2º	Dr. Roberto Cálix Hernández

ASOCIACION MEDICA CEIBENA

Presidente	Dr. César Rodríguez L.
Vice-Presidente	Dr. Luis Alberto Ponce
Secretario	Dr. Gustavo Alvarez M.
Pro-Secretario	Dr. Carlos Miguel Da Costa
Tesorero	Dr. Raúl G. Oviedo
Pro-Tesorero	Dr. Reginaldo Aguilar
Vocal 1º	Dra. Olga Duarte de Laffite
Vocal 2º	Dr. Roberto Zepeda Turcios
Vocal 3º	Dr. Carlos H. González

ASOCIACION HONDUREÑA DE NEUMOLOGIA Y CIRUGIA DEL TORAX

Presidente	Dr. Alfredo Fortín Yastroza
Vice-Presidente	Dr. José Manuel Dávila
Secretaria	Dra. Eva M. de Gómez
Pro-Secretario	Dr. Arturo Alvarez M.
Tesorera	Dra. María Helena de Rivas
Fiscal	Dra. Zulema Canales Zúñiga
Vocal 1º	Dr. Ramón Hoquín N.
Vocal 2º	Dr. Edgardo Girón
Vocal 3º	Dr. René Flores

ASOCIACION HONDUREÑA DE MEDICOS SANITARISTAS

Presidente	Dr. Benjamín Rivera
Vice-Presidente	Dr. Arturo Zelaya
Secretario del Interior	Dr. Reynaldo Zavala
Pro-Secretario	Dra. Anarda Estrada D.
Secretario del Exterior	Dr. Manuel A. Sandoval
Tesorero	Dr. Alberto Guzmán
Fiscal	Dr. Rigoberto Alvarado
Vocal 1º	Dr. Merlin Fernández
Vocal 2º	Dr. Humberto Pineda Santos
Vocal 3º	Dr. Carlos Rivas

SOCIEDAD HONDUREÑA DE ANGIOLOGIA

Presidente	Dr. José Gómez Márquez
Secretario-Tesorero	Dr. Arturo Alvarez
Vocal	Dr. German Madrid

DIRECTIVA DE LOS MEDICOS EN SERVICIO SOCIAL

Presidente	Dr. Daniel Herrera S.
Vice-Presidente	Dr. Herminio Suazo V.
Secretario	Dr. Renato Valenzuela C.
Tesorero	Dra. Martha Emilia Banegas Ch.
Fiscal	Dr. Roberto Sosa M.

**ASOCIACION DE MEDICOS
DEL INSTITUTO HONDURENO DE SEGURIDAD SOCIAL**

Presidente	Dr. Ramón A. Sarmiento
Vice-Presidente	Dr. Rafael Molina Castro
Secretario	Dr. Rubén Villeda Bermúdez
Pro-Secretario	Dr. Gerardo Waimin
Tesorero	Dr. Pedro Emilio Chávez
Fiscal	Dr. David Abraham Galo
Vocal 1º	Dr. Roberto Rivera Reyes
Vocal 2º	Dra. Martha Cortés
Vocal 3º	Dr. Humberto Rivera Medina

ASOCIACION PEDIATRICA HONDUREÑA

Presidente	Dr. Manuel Enrique Larios
Vice-Presidente	Dr. Luis Alonso Barahona
Secretario	Dr. Salvador Lovo López Villa
Pro-Secretario	Dr. Enrique Ernesto Alvarado
Tesorero	Dr. Juan Pablo Benavides
Vocal 1º	Dr. Radegundo García
Vocal 2º	Dr. René Hernández

ASOCIACION MEDICA SAMPEDRANA

Presidente	Dr. Pedro Martell Guillén
Secretario	Dr. German R. Madrid
Pro-Secretario	Dr. Alberto Elías Handal
Tesorero	Dr. César Salgado Molina
Pro-Tesorero	Dr. José Voto D.
Vocal 1º	Dr. Adán Barahona C.
Vocal 2º	Dr. Rodrigo Barahona
Fiscal	Dr. Sergio Bendaña M.

ASOCIACION MEDICA HONDUREÑA

Presidente	Dr. Virgilio Banegas M.
Vice-Presidente	Dr. Daniel Mencía Salgado
Secretario	Dr. Rigoberto Arriaga Chinchilla
Pro-Secretario	Dr. Ramón Boquín Vidaurreta
Tesorero	Dr. Oscar Martínez Matamoros
Vocal 1º	Dr. Edgardo Alonzo Medina
Vocal 2º	Dr. Gustavo Adolfo Zúñiga h.
Vocal 3º	Dr. Salomón Munguía Alonzo
Fiscal	Dr. Julio C. Batres

SOCIEDAD HONDUREÑA DE MEDICINA INTERNA

Presidente	Dr. Alfredo León Gómez
Vice-Presidente	Dra. Anarda Estrada D.
Secretario	Dr. Héctor Laínez Núñez
Pro-Secretario	Dr. Plutarco Castellanos
Tesorero	Dr. Jesús Rivera h.
Pro-Tesorero	Dra. Virginia 'A. de Espinoza
Fiscal	Dr. Carlos Sierra Andino

SOCIEDAD HONDUREÑA DE CARDIOLOGIA

Presidente	Dr. Alfredo León Gómez
Secretario	Dra. Anarda Estrada
Vocal 1º	Dr. Armando Flores Fiallos
Vocal 2º	Dr. Ernesto Argueta Ariza
Vocal 3º	Dr. Carlos Sierra Andino
Vocal 4º	Dr. Arturo Alvarez Martinez
Vocal 5º	Dr. Lisandro Reyes
Vocal 6º	Dr. César J. Larach