

Revista MEDICA HONDUREÑA

(2a. Epoca)

ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

FUNDADA EN 1930

Sumario

EDITORIAL	Pág.
Dra. María Helena Silva de Rivas	254
Hemiartroplastia de Rodilla - Prótesis de Mc Intosh M. Rull González, J. Jiménez Alcázar, R. Valladares Rivera	256
El virus lento de la rubeola Dr. Francisco León Gómez	264
Relación peso eónad. peso talla ¿Cuál indicador usar? Implicaciones en Salud Pública Donas, S.; Menchú, M. T.; Godoy, R.; Tejada, H.; de Beausset, I.; Valladares, R. y Zúñiga, M.	267
Parto distócico por desproporción feto-pélvica Dres. Gaspar Vallecillo M., José Niz Ramos y Alberto Alvarado D.	271
Consideraciones sobre tuberculosis infantil Dra. María Helena Silva de Rivas	282
Curiosidades obstétricas de Honduras Dr. Carlos Medina	289
Diagnóstico radiológico Dra. Martha Membreño Padilla	291
Electrocardiografía Práctica Dr. Marco A. Bográn	293
Perlas de la Historia de la Medicina Dr. Alfredo León Gómez	295
Sección Gremial	297
Obituario	302
Registro de colegiados hasta el 30 de noviembre de 1975	303
Lista de Médicos especializados reconocidos por el "Colegio Médico de Honduras"	311

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

CONSEJO EDITORIAL

MARÍA HELENA SILVA DE RIVAS
Director

ALFREDO LEÓN GÓMEZ
Secretario

Cuerpo de Redacción:

GUSTAVO ADOLFO ZUNIGA h.
GASPAR VALLECILLO h.
PEDRO FIALLOS
MARCO A. BOGRAN

Administración: "COLEGIO MEDICO
DE HONDURAS"

Oficina "Colegio Médico de Honduras", Tegucigalpa, D. C. **Tel. 22-546S**
Apartado Postal N^o 810

SE SOLICITA CANJE

Imprenta LÓPEZ Y CÍA.

EDITORIAL

DRA. MARÍA HELENA SILVA DE RIVAS

En meses pasados, la Asociación Hondureña de Neumología y Cirugía del Tórax promovió, juntamente con el Ministerio de Salud Pública, un seminario, con el fin de conocer y analizar la situación de la Tuberculosis en Honduras. En otro Editorial hicimos mención al deterioro del programa nacional de control de la Tuberculosis, a través del análisis de las bases del programa y de los resultados que se venían obteniendo. Sin embargo, a pesar de que contamos con normas modernas y científicamente comprobadas por múltiples estudios de la Organización Mundial de la Salud en todo el mundo, hay fallas enormes en la ejecución de las mismas, y una gran incompreensión, que mejor dicho, desconocimiento general del programa por parte de las personas que lo deben ejecutar.

. . Vivimos hoy día momentos de cambios muy importantes dentro de la vida sanitaria del país. Cambios éstos tan sustanciales y que se ejecutan con tal rapidez, que en muchos casos ha traído una gran desorientación entre los ejecutores de muchos programas.

Con el control de la Tuberculosis pasó lo mismo. Al suprimirse la División de Tuberculosis, horizontalizando así un programa que siempre fue vertical, la responsabilidad de la ejecución de las medidas de localización de casos, tratamiento y prevención pasó a la dependencia de los Jefes Regionales. Estos no conocían muy bien el programa y más que éso no estaban muy sensibilizados para su ejecución. Luego, de una sola vez se les encargó no sólo el programa de tuberculosis sino también los programas materno infantil, los de otras enfermedades transmisibles, saneamiento ambiental, planificación familiar, proyección a la comunidad y la construcción y estudios de las necesidades para construcción de los Césares.

Al compartir la atención de los Jefes Regionales con tantas otras obligaciones el programa de control de la tuberculosis se diluyó, ocurriendo la caída que se ha observado.

Pero además de ésto, también concurre a este fenómeno la indiferencia y la falta de concientización de médicos y enfermeras de la labor que deben desarrollar. Ya no es menester seguir insistiendo en que las normas del programa son poco conocidas, por otro lado los que las conocen también no las aceptan enteramente, porque las creen malas. Sin embargo, debemos recalcar que nuestro programa nacional se basa en ¡lechos absolutamente correctos. El hecho de basar el diagnóstico y tratamiento en la bacteriología directa del esputo de pacientes con tos de más de tres semanas de evolución es un hecho que no admite reparos, pues el diagnóstico de tuberculosis sólo se puede hacer en presencia del bacilo de Koch. Y eso no es reportado por una radiografía, que simplemente informa de la presencia de infiltrados pulmonares que pueden ser o no tuberculosos.

Pero, a pesar de ésto, todavía en algunos sectores se sigue poniendo énfasis en el examen radiológico, el cual además del defecto antes citado, no puede dar cobertura nacional por el elevado costo de los equipos, por la imposibilidad de trasladarlo a la zona rural, teniendo que permanecer fijo en determinadas zonas, que son urbanas, y por último requieren recursos humanos y de material que son muy escasos.

Indudablemente, nadie puede negar que la población de Honduras es eminentemente rural (72%) y se encuentra dispersa por todo el territorio. Así se comprenden muy fácilmente las ventajas del examen directo de esputo que' puede ser tomado en el local en que vive nuestro campesino: Para esa labor se entrenan auxiliares de enfermería, los guardianes de salud de las comunidades y a los voluntarios del SNEM.

Muchas opiniones adversas recibirá lo que expresamos en este momento, las cuales se podrían considerar válidas si no se logra una adecuada penetración rural de la estructura de salud.

Cuando se logre motivar al personal envuelto en la ejecución del programa, haciéndolos comprender que ésta es una actividad más dentro del sistema de administración de salud en forma integral, los resultados no se harán esperar.

Para lograr ésto es necesario propagar incesantemente el conocimiento de las normas y de los mecanismos de referencia y coordinación establecidos.

Es menester que la Escuela de Medicina brinde a los estudiantes un conocimiento firme y adecuada de la tuberculosis, que todavía es una plaga que diezma nuestra población, motivándolos a que brinden su cooperación, supervisando adecuadamente el trabajo de las auxiliares de enfermería de los Césares, impartiendoles sus conocimientos y perfeccionando técnicas cuando ello sea necesario.

Todavía estamos en tiempo¹ de levantar el programa de control de la tuberculosis, y para ello el esfuerzo conjunto del equipo de salud, al cuál se agrega la comunidad es indispensable.

Queremos aclarar, que por omisión involuntaria, el trabajo intitulado "Usa práctico de hiperalimentación parenteral" publicado en nuestro número anterior no fue consignado como realizado en el Hospital D'Antoni, de La Ceiba, con la colaboración de los Doctores Wilfredo Sandoval y Rigoberto Rodríguez. Pedimos disculpas a los colegas.

Hemiartroplastía de Rodilla

Prótesis de Me Intosh

M. Rull González - J. Jiménez Alcázar () R.*

*Valladares Rivera (**)*

La deteriorización funcional de la rodilla, provocada por la artrosis deformante o por la artritis reumatoide, constituye una de las situaciones clínicas más invalidantes a las que tiene que enfrentarse el cirujano ortopédico, cuando, como ocurre actualmente, estos pacientes llegan, ante la ineffectividad de todas las medidas conservadoras empleadas, en fases muy avanzadas, con intensas y amplias lesiones destructivas, deformidad vara o valga con o sin flexum, inestabilidad e impotencia funcional. Estos casos por su bilateralidad, afectación de otras articulaciones (cadera, columna lumbosacra), edad, situación social o profesional, etc., pocas veces, pueden resolverse con una artrodesis. Han dejado pasar un período inicial, donde una sinovectomía, patelectomía o pateloplastia, revascularizaciones de Pridie u osteotomía podían haber estado indicado y con gran porcentaje de éxitos.

Los intentos de una cirugía funcional, se remontan al 1863, cuando Vernuil hizo la primera artroplastia. Posteriormente con interposiciones de fascia lata, nylon, piel y albugínea de testículo de toro, empleado en esta última década por Skljarenko, se conseguirían un escaso porcentaje de éxitos, que en manos muy especializadas, apenas llegan a un 35-40% de buenos resultados. Las inestabilidades post-operatorias, grandes limitaciones funcionales, dolor y reanquilosis, daban lugar a un gran porcentaje de resultados adversos. En 1950, McKeever de una parte y Townley de otra, emplean una prótesis de vitalium, como material de interposición y con éstas, las modificaciones que a la primera han hecho Me Intosh y Sbarbaro, se han mejorado considerablemente el porcentaje de éxitos.

Con las dos últimas citadas, al mismo tiempo que proveen una superficie de deslizamiento en los cóndilos femorales, podemos compensar las desviaciones en valgo o varo de estas rodillas, escogiendo aquella que tenga el grosor más adecuado, con lo que al mismo tiempo, puede conseguirse el retensado del ligamento lateral correspondiente al espacio más pinzado (medial o lateral) y de otra manera aumentar la estabilidad y con ello obtener un mejor resultado funcional, en caso de valgismo muy pronunciado hay que alargar el ligamento lateral externo, contando con que en éstos la banda ílio-tibial puede desempeñar un papel estabilizador.

Posteriormente se han hecho extensiva la indicación, a casos avanzados con afectación de ambos compartimentos femoro-tibiales y con subluxaciones fémoro-tibial.

(*) Catedráticos de Ortopedia de la Universidad de Sevilla, España.

(**) Profesor Auxiliar Universidad de Sevilla, España.

Cuando el flexum va asociado, puede corregirse con la resección ósea de la meseta tibial siempre que no sea mayor de 20-25°. En ocasiones, hay que hacer una capsulotomía posterior en el mismo acto operatorio si no ceden a la sección del ligamento cruzado anterior. En flexum con más de 40°, hay que hacer una capsulotomía en un tiempo operatorio previo.

Bajo el punto de vista técnico, dentro de las pocas publicaciones existentes a este respecto, la preferencia en cuanto a la vía de abordaje están en la mayoría de los A.A. por la artrotomía medial de Textor. La resección ósea del o de los platillos tibiales, debe ser lo más exigua posible, procurando obtener superficies planas para mejor estabilidad de la cara rugosa de la prótesis, no siendo necesario dejar reborde periférico en los platillos tibiales. La prótesis debe asentar en toda periferia sobre la cortical tibial, sin sobresalir apenas. Las secciones verticales, sagitales, a uno y otro lado de las espinas tibiales, deben ser muy cuidadosas. Es fácil quedarse sin apoyo medial, sobre todo en casos que hay que colocarlos en ambos compartimentos. La fijación con cemento no parece haber mejorado. Los resultados globales de esta prótesis, la modificación de Sbarbaro obvia la cementación.

A ello puede o debe asociarse la sinovectomía, si fuese necesario inclusive una pateiópiastia. La patelectomía al exigir un periodo de inactividad **funcional** postoperatorio de 4 semanas aproximadamente puede complicar la obtención de un buen resultado funcional.

Nosotros asociamos siempre, tanto del lado tibial como preferentemente del lado condíleo, perforaciones múltiples de Pridie en las zonas condensadas condíleas, **radiográficamente** observadas.

Las contraindicaciones absolutas para la hemiartróplastia, son los casos con gran atrofia ósea, artropatías neurológicas, en donde están afectados primariamente los cóndilos femorales y en los que la magnitud lesional encontrada es amplia. En estos casos la prótesis condílea de Platt o Aufranc están indicadas.

Contraindicaciones relativas son las desviaciones valgus o varas muy pronunciadas, pacientes obesos, con muy larga evolución, con gran atrofia muscular y psíquicamente no aptos para colaborar en el período reeducacional, fundamental en esta cirugía. En caso de rigidez marcada no está indicado, debido a la extensa resección obligada de los extremos óseos.

Las complicaciones están en relación con la infección, variable según selección de pacientes, condiciones de asepsia quirúrgica y dominio técnico, pero en "idóneas" condiciones apenas llegan a un 4% como cifra global, casos que han obligado a una artrodesis secundaria.

La expulsión parcial de la prótesis que puede evitarse con la elección del grosor más adecuado, hundimiento de la prótesis en la esponjosa del platillo tibial, en relación esto con un defecto de técnica por fallo en la elección del tamaño de la prótesis o una mala indicación (osteoporosis o atrofia ósea marcada).

La deteriorización de los cóndilos femorales con necrosis parcelar es una complicación tardía.

RESULTADOS

La variabilidad de los estudios preoperatorios hace difícil la comparación entre los resultados conseguidos por los distintos autores, máxime teniendo en cuenta el relativo escaso número de casos publicados. La cuidadosa selección

de los pacientes, la experiencia del cirujano y la estrecha vigilancia y control de la recuperación postoperatoria, puede contribuir a mejorar el porcentaje de aquellos buenos resultados, en cuya valoración final hay que tener en cuenta, la ausencia o disminución del dolor, la corrección de la deformidad y la mejoría funcional. En el análisis de los casos publicados y en nuestra propia experiencia, en las artrosis, los porcentajes son mejores que en la artritis reumatoide.

Potter consiguió un 56% de buenos resultados en artritis reumatoide y excelentes y buenos resultados en el 90% de artrosis. El 36% de su serie a las 4 semanas de la intervención, fueron manipulados bajo anestesia general.

Me Intosh y Hunter, con la máxima experiencia en esta técnica, consiguen muy buenos resultados en el 69% de artritis reumatoide y un 80% de artrosis.

En los manipulados se consiguen mejores resultados funcionales que en los no manipulados y ha de hacerse a las 4 semanas de la intervención, si el paciente no ha llegado a una flexión de 90° en este período de tiempo.

Hasta ahora los resultados conseguidos dentro del primer año postoperatorio, en cuanto a movilidad y estabilidad persisten.

El dolor, fue completamente o en gran parte aliviado en un 65% de los enfermos. De los restantes 35%, casi en la mitad de ellos, con infiltraciones intrarticulares de Kinaden, Distracaina, mensual o bimensualmente, se muestran satisfechos con la mejoría funcional conseguida con la intervención operatoria, en cuanto a estabilidad y movilidad.

En resumen, en el promedio de los casos publicados se consiguen en artritis reumatoide un 55% de buenos resultados, un 25% de malos resultados y un 20% de resultados regulares.

Hay que tener en cuenta que con resultado regular, en casos muy avanzados, con incapacidad para deambular en sus propios domicilios, aún con algún dolor, pueden liberarse del sillón y les permite una libertad de movimientos que transforman psíquicamente y función al mente la vida de estos pacientes y aunque bajo el punto de vista médico el resultado sea regular para el paciente es un éxito, en relación a su estado anterior.

Nuestra experiencia con prótesis de Me Intosh se remonta í> 6 años y analizamos sólo los casos de artrosis que llevan más de 3 años de evolución postoperatoria.

De estos 10 casos, 6 son mujeres y 4 hombres.

Estos pacientes habían estado sometidos a tratamiento conservador y todos sufrían de dolor y limitación funcional con deformidad e inestabilidad.

Radiográficamente había pinzamientos de interlíneas muy acusados, en varismo o valgismo, subluxaciones fémoro-tibial y condensación en la zona de máxima carga.

^Excepto en un caso en que se desinsertó la tuberosidad tibia!, en todos los demás casos se abordó medialmente por una incisión de Payr y a veces con incisión complementaria sobre la interlínea correspondiente, para de forma segura tallar el lecho de la prótesis y elegir el tamaño más adecuado.

En unos casos se procedió a la patelectomía complementaria y en otros casos a una pateloplastia con ligamento adiposo, sinovectomía asociada y en todos perforaciones condíleas y tibiales de PRIDIE en las zonas desprovistas de cartílago y en donde radiográficamente había condensación.

Nº	IIº	Edad años	S	AE	Deformidad	Intervención	C.P. años	Movilidad		Estabilidad Pre. - Post.	Dolor Pre. Post.
								Flex.-Ext.	Post. Flex.-Ext.		
5756-P		69	H	8	Varo	Patelectomía McIntosh	5	70º-180º;	80º-180º	B — Mb	Continuo - Ocasional
6510-P		73	H	20	Varo	Pateloplastia-Pridie McIntosh Medial	3	100º-180º;	110º-180º	M — B	Permanente - Ocasional
5986-P		61	H	1	Valgo	Pateloplastia-Pridie McIntosh-Menisectomía	4	90º-180º;	Artrodesis	M —	Permanente -
5906-P		63	H	2	—	Pateloplastia McIntosh Menisectomía	4	90º-180º;	90º-180º	M — B	Permanente - Ocasional
6234-P		43	V	1	Valgo	McIntosh-Menisectomía	4	100º-140º;	90º-180º	M — Mb	Permanente - Ninguno
6234-P		43	V	1	Valgo	McIntosh	4,6	90º-160º;	75º-180º	M — B	Permanente - Ninguno
20856-AG		30	H	4	Valgo	McIntosh	3	100º-180º;	80º-180º	M — B	Continuo - Ocasional
20717-AG		45	V	1	Valgo	Pateloplastia McIntosh	5	120º-180º;	90º-180º	M — Mb	Permanente - Ninguno
20717-AG		45	V	1	Valgo	McIntosh	4,5	110º-180º;	130º-180º	M — Mb	Permanente - Ocasional
20757		62	H	7	Varo	Patelectomía-Pridie McIntosh-Menisectomía	3,8	70º-180º;	80º-180º	M — Mb	Permanente - Ocasional

COMPLICACIONES: Subluxación de una prótesis. Infección y artrodesis secundaria en un caso.

P = Particular

AG = Archivo general

S = Sexo

AE = Años de evolución

CP = Control postoperatorio

B = Buena

Mb = Muy buena

M = Mala (Fallo permanente)

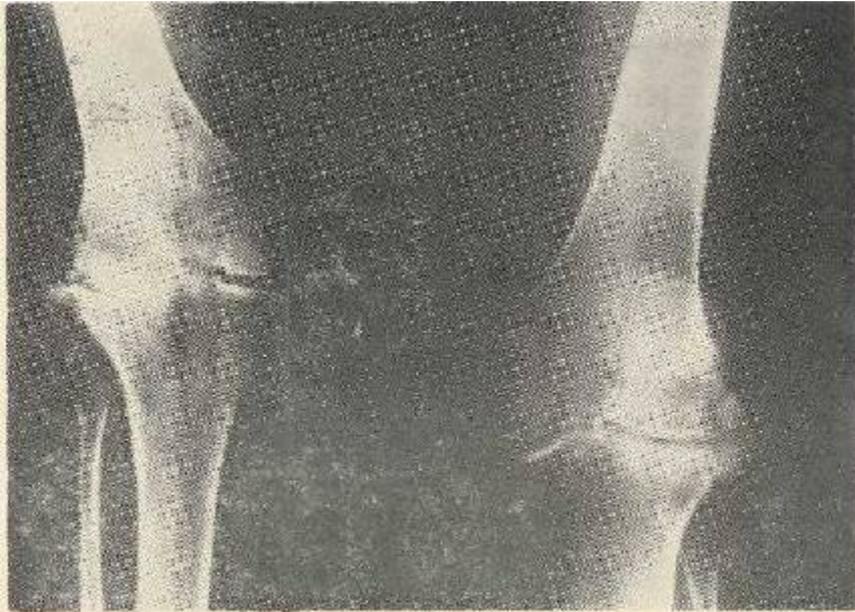


Fig. 1

Genu valgum. Intenso degenerado de interlineas laterales con pinzamiento total, esclerosis y proliferaciones osteofíticas.

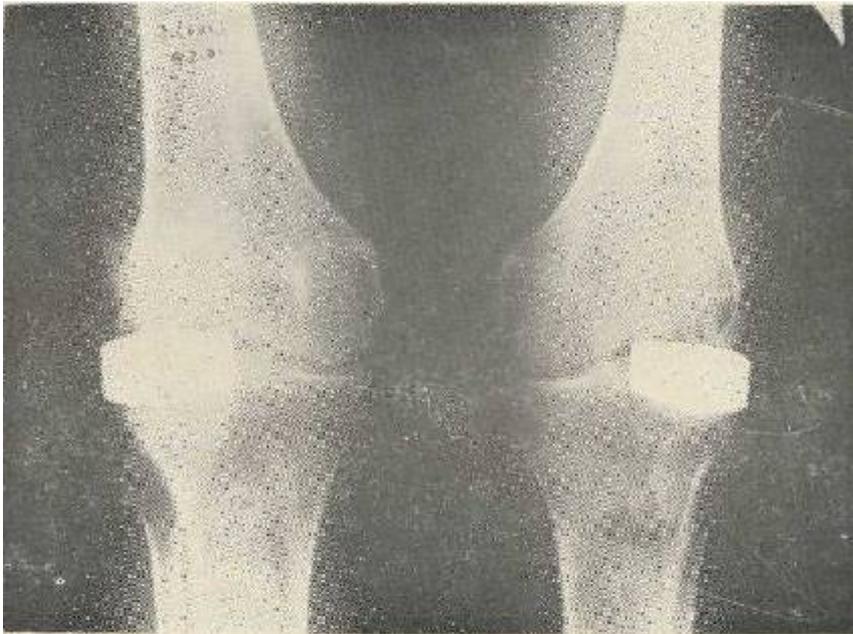


Fig. 2

Corrección del valgismo con prótesis de Mc. Intosh

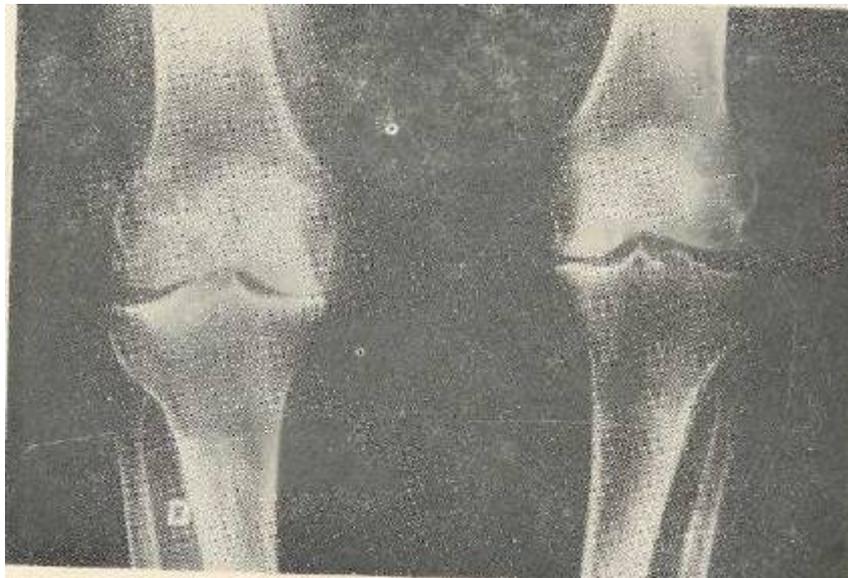
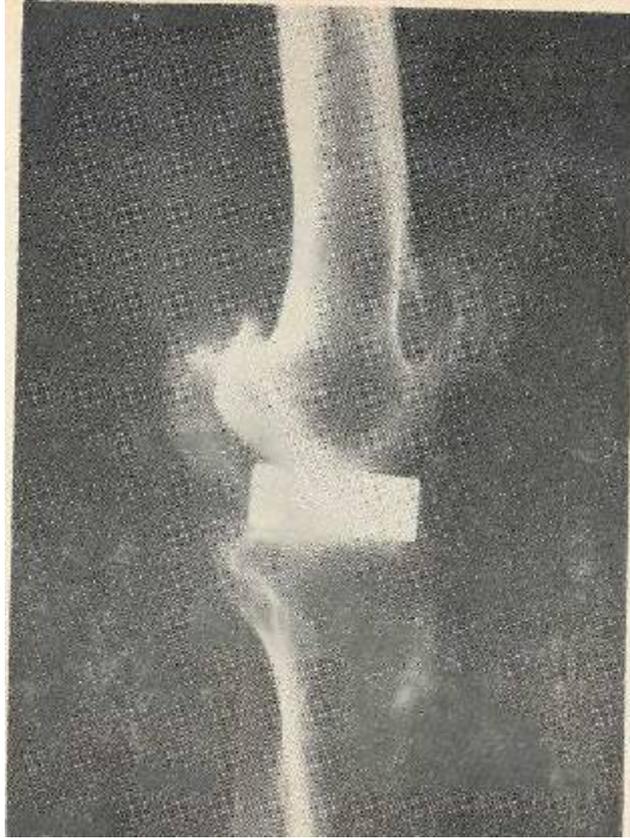


Fig. 4

Artrosis bilateral. Genu varum, pínzamiento y esclerosis de ambas interlíneas mediales y subluxación de la rodilla derecha.



Fig. 5

Proyección lateral. Pinzamiento y esclerosis más intensa en rodilla derecha, con proliferación osteofítica anterior y posterior. Degenerado del compartimiento femoro-patelar.

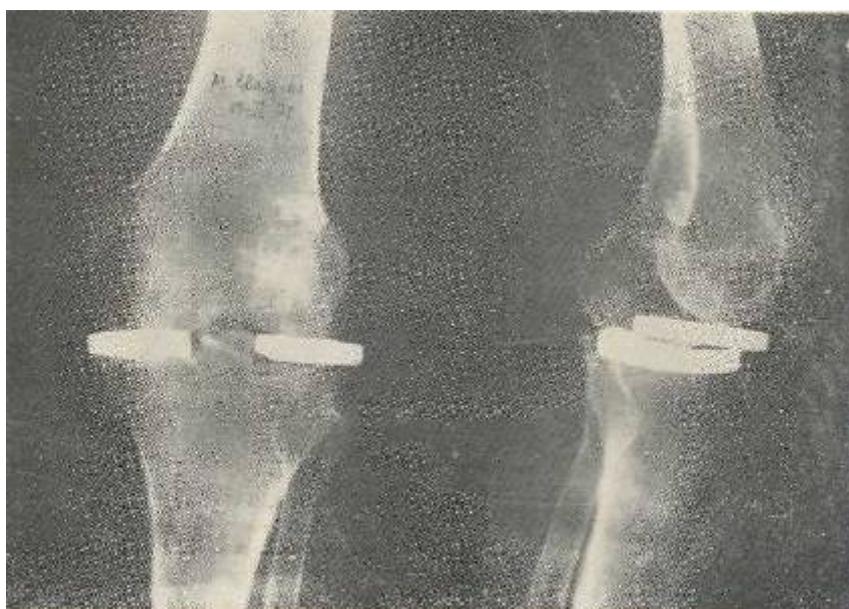


Fig. 6

Patelectomía y prótesis de Mc. Intosh en compartimiento medial y lateral

En el postoperatorio, en los casos con patelectomía asociada, se iniciaron los ejercicios de cuádriceps a la semana muy suavemente y a los 15 días permitiéndoles un ángulo de flexión de 30 a 45°, para que en la tercera o cuarta semana, forzar activamente la flexión de la rodilla, aumentando la resistencia opuesta al cuádriceps.

En los casos de pateloplastia, contracciones isométricas de cuádriceps a las 48 horas de la intervención, para en la segunda semana iniciar la movilización de la articulación.

A las cuatro semanas, en los casos con pateloplastia que no llegan a los 90° manipulación bajo anestesia y en los que se ha hecho la patelectomía la manipulación no debe hacerse antes de las seis semanas.

La carga parcial, en casos no patelectomizados o en los que no se ha tocado la rótula, puede hacerse a los 10 a 12 días y al mes y medio se pueden cargar totalmente sobre dicha articulación.

Los casos con pateloplastia, siguen la misma pauta anterior. Los patelectomizados, la carga parcial no se permite hasta el mes de la intervención y al mes y medio o dos meses, según recuperación de cuádriceps, la carga total.

El tratamiento fisioterapéutico se prolonga durante meses, según cooperación del paciente. Nuestros resultados fueron: Muy buenos, 3; buenos, 4; regulares, 2 y malos, 1.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—ANDERSSON, G.B.S.; J. JESSOP; M.A.R. FREEMAN and R. M. MASÓN: Me Intosh arthroplasty in rheumatoid arthritis. *Acta. Orthop. Scand.* 45, 245, 1974.
- 2.—BRYAH, R. S.: Management of arthritis of the knee joint. *Current practice in Orthop. Surg.* Vol. V, 121, 1973.
- 3.—FRIEDEBOLD, G.; RADLOFF: Allo arthroplasties of the knee joint. *Reconst Surg. Traumat.* XII, 181, 1971.
- 4.—Me COLLUM, D.E.; L. GOLDNER and S. N. LANG: Tibial plateau prosthesis in arthroplasty of the knee. *J. Bone and joint Surg.* 52-A, N° 4, 827, 1970.
- 5.—Me INTOSH, D.L.: Arthroplasty of the knee in rheumatoid arthritis using the he mi arthroplasty prothesis, synovectomy and arthroplasty in rheumatoid arthritis". Ed. Chapchal G. Georg. Thieme. Verlang., Stuttgart. 79, 1967.

El Virus Lento de la Rubéola

Dr. Francisco León Gómez

A su condición de productores de enfermedades con largos períodos de incubación, como la rabia o hepatitis, se agrega ahora una nueva preocupación en el campo neurológico; que algunos virus puedan infectar organismos, pasar al sistema nervioso central y 15 o hasta 20 años después de aparente latencia, producir lesiones tipo encefalítico, sub-agudas o crónicas, en el mismo paciente (1).

A esa nueva condición, deben estos virus, su creciente designación con el término de virus lentos y a la posibilidad de su trasmisión (infección) de humano a humano, la terminología de infecciones por virus lentos. Entre ellos y por ser de mayor frecuencia en el medio nuestro, el virus de la rubéola, y la prevención de la misma, debe ocupar un sitio de importancia, en vista de las secuelas a largo plazo que puede producir en el S.N.C. de niños con el síndrome congénito o rubéola, o simplemente de aquéllos que la hayan adquirido post natalmente.

HISTORIA

Bjo Sigurdsson (2), en 1954, describió en charlas dictadas en la Universidad de Londres, el término "infección por virus lentos", después de haber trabajado en casos comprobados de transmisión de "scrapie", una encefalopatía viral crónica, en ovejas. El mismo, después trabajó en la transmisión del "visna", una enfermedad desmielinizante, en el sistema nervioso central de las ovejas.

Recientemente, el síndrome de encefalitis por rubéola continúa agrandándose. Norman Gregg en 1941 describió cataratas, microoftalmia, malformaciones cardíacas y retardo psicomotor en niños con madres que sufrieron rubéola en el embarazo. Luego se añadieron sordera, microcefalia, hipertelorismo y franco retraso mental al síndrome de rubéola intrauterina. En 1962, se aisló el virus de las secreciones faríngeas cultivadas y se desarrollaron las correspondientes pruebas serológicas y de inmunidad y vacuna correspondientes, conceptos confirmados y reafirmados con la epidemia casi mundial de 1964.

Entonces el síndrome de rubéola se aumentó al incluir encefalitis crónica, trombocitopenia, esplenomegalia, defectos de los huesos largos, corioretinitis, glaucoma, neumonitis, hepatitis, ictericia y bajo peso al nacer. Se confirmó que todos ellos se asociaban con *persistencia crónica del virus en los tejidos* así afectados y que niños en fase intrauterina podían afectarse aún si la madre sólo desarrollaba infecciones leves, subclínicas de rubéola, o aunque las sufriera en las últimas semanas del embarazo.

Por último y para agravar la patología de la rubéola, en los niños que la adquirieron en fase intrauterina, se producen encefalopatías crónicas y progresivas, que se inician a los 15 o 16 años después del nacimiento, cuando ya es difícil pensar siquiera en una relación causal entre la infección y la encefalopatía.

RIESGO DEL FETO

El riesgo fetal de adquirir un defecto congénito, cuando la madre sufre rubéola en los primeros meses de embarazo, es más o menos del 30 al 40%. Sin embargo, nuevos defectos se reportan continuamente, y estos porcentajes suben, además que la rubéola puede causar el aborto.

Cuando el virus de la rubéola invade el feto durante el primer trimestre, una difusa y persistente infección tisular se establece, habiéndose aislado virus (4) de todos los órganos, exceptuando sangre. Esta infección persiste al nacer, y el niño excreta el virus por garganta, orina y heces por semanas, a veces por un año entero.

PERSISTENTE INFECCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL es común en los niños así nacidos y el 80% de ellos tienen anormalidades neurológicas, o en el electroencefalograma.

Los síntomas frecuentes incluyen:

- 1.—Convulsiones o equivalentes
- 2.—Estado letárgico o irritabilidad
- 3.—Fontanela llena.
- 4.—Retraso psíquico y motor.
- 5.—Incapacidad o retraso para hablar y socializarse.
- 6.—Micocefalia.

LIQUIDO CEFALO-RAQUIDEO: Los cambios en el L.C.R. no son específicos y sólo muestran moderada hiperproteorraquia y apenas pleocitosis.

El virus *si es recuperable* del mismo, hasta varios meses después del nacimiento.

Prevención: En adultos la rubéola es casi intrascendente. Pero el efecto en embarazadas hace que se trate de erradicar al máximo la afección. La administración de gammaglobulina a personas expuestas puede modificar o atenuar la afección, pero aún así *ocurre* la transmisión de la madre al feto, con todas sus consecuencias.

La vacuna atenuada, parece trabajar bien en niños, previniendo así las epidemias; pero el niño vacunado puede desarrollar infecciones leves, moderadas o severas.

La vacuna de la **rubéola** no se administra a mujeres embarazadas, ni a las que puedan embarazarse dentro de los siguientes dos meses, pues el virus de la vacuna (atenuado) perfectamente puede dañar el feto.

COMENTARIO

Es posible que una cantidad de "encefalitis" de las que con frecuencia diagnosticamos en la práctica diaria, sean en realidad casos de "virus lentos" como el de la rubéola.

Siendo esta afección endémica en Honduras, se hace ya imperativo el disponer de los elementales medios de diagnóstico necesarios para un diagnóstico diferencial digno de creerse.

De todos los hospitales estatales existentes en el país, ninguno sin excepción, tiene un Laboratorio apenas digno de llamarse así.

El reporte de! examen más simple, como es el de un líquido céfalo raquídeo, es visto con mucha cautela por los médicos que los ordenan pues además de ser reportes muy elementales, dejan que desear mucho en el aspecto técnico y científico.

La falta de virólogos y la poca orientación al laboratorio, ya tradicional en nuestros estudiantes de Medicina, hacen que al momento¹ actual los diagnósticos de enfermedades virales del sistema nervioso central, sean en verdad meras especulaciones diagnósticas de los médicos que las investigamos.

El avance más que rápido de la virología, y el estudio de las enfermedades del sistema nervioso, nos hacen pensar que enfermedades como la rubéola, que antes eran vistas como afecciones benignas, son en realidad verdadera amenaza para nuestra población, con el agravante que no disponemos de ningún medio científico válido para su adecuado reconocimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—MARVIN L., W.: Chronic Progressive Panencefalitis due to Rubella virus. May 8, 1975. New England Journal of Medicine.
- 2.—Richard T., J.: Recent advances in Neurology. N^o 6. F. A. Davis Co., Philadelphia.
- 3.—HARRISON: Principles of internal medicine. Page 964. Seventh Edition.
- 4.—JOHNSON, R. T.: Virus infections of the nervous system. New England Journal. 278: 23, 1968.

Relación Peso edad, Peso talla ¿Cuál indicador usar? Implicaciones en Salud Pública (1)

*Donas, S.; Menchú, M. T.; Godoy, R.; Tejada, H.
de Beausset, I.; Valladares, R. y Zúruiga, M*

INTRODUCCIÓN

La desnutrición proteico calórica (DPC) es uno de los problemas que más afectan a la población de menores de cinco años en los países en desarrollo. Para determinar su incidencia se han utilizado hasta hoy varios indicadores: clínicos, antropométricos, dietéticos, bioquímicos y estadísticas vitales.

En Salud Pública los indicadores más utilizados han sido los antropométricos y de estos la relación PESO/EDAD y la relación PESO/TALLA. La interpretación e interrelación de estos indicadores utilizados simultáneamente para evaluar el estado nutricional actual ha motivado confusiones, dado que niños que se diagnostican como severamente desnutridos según PESO/EDAD, se clasifican como normales según PESO/TALLA (más de 90% de PESO/TALLA).

Esto es de importancia en Salud Pública, ya que los criterios de selección para admisión de niños en programas de recuperación nutricional, se efectúa generalmente sólo en base a la relación PESO/EDAD, lo que implica que se incluyan en dichos programas a una gran proporción de niños que se encuentran normales en la relación PESO/TALLA. Esta relación PESO/TALLA se considera como uno de los indicadores más válido para el diagnóstico de la DPC en la actualidad, dada la alta correlación encontrada entre este indicador y otros indicadores bioquímicos (Beghin y Viteri).

La significación de esto es que, muchos de los programas nutricionales que se ejecutan en nuestros países, pierden efectividad al no ser oportunamente aplicados a la población que realmente los requiere y al malgastar los escasos recursos nuestros "pobres países".

Lo antes dicho se aplica también a la interpretación de los estudios de evaluación de la situación nutricional de comunidades. La inquietud por lo antes mencionado ha motivado la realización de una investigación sobre la interrelación de ambos indicadores con el fin de establecer criterios para la selección de niños que deben ingresar a programas de recuperación nutricional.

MATERIAL Y MÉTODOS.

En 393 niños con edades comprendidas entre 0 y 59 meses, provenientes de áreas rurales y urbanas de la República de Honduras, se midió el peso y la

(1) Trabajo presentado en el VII Congreso de Nutricionistas y Dietistas de Centroamérica y Panamá, San Salvador, julio 1974.

estatura corporales. Las personas que tomaron las medidas habían sido debidamente estandarizadas, previo a la realización del estudio.

Los datos obtenidos fueron comparados con los estándares propuestos por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). El análisis de los datos se **hizo** agrupando los casos de acuerdo al estado nutricional diagnosticado con ambos indicadores (PESO/EDAD, PESO/TALLA) simultáneamente, tanto en forma global como por grupos etarios.

RESULTADOS

En el Cuadro N° 1 se presenta la distribución de los casos, analizados de acuerdo con la relación PESO/EDAD. Como puede observarse el 75.8% presenta más de un 10% de déficit de peso para edad. Siguiendo la clasificación de Gómez, se encuentra que el 35.9% puede ser clasificado como Grado T, 29.3% como Grado II y 10.7% como Grado III de desnutrición.

Al analizar la relación PESO/TALLA, Cuadro N° 2, se observa que el 34.1% de los casos presentan más de un 10% de déficit de peso para talla. El 23.4% de los casos presenta una deficiencia entre el 11 y el 20% del peso para talla.

CUADRO N° 1. Clasificación del estado nutricional de 393 niños de 0-59 meses de edad de acuerdo a la relación PESO/EDAD

% Peso/Edad	N	%	Frec. acumulada
90 y más	95	24.1	100.0
75-89	141	35.9	75.8
60-74	115	29.3	40.0
59 y menos	42	10.7	10.7
Total	393	100.0	—

CUADRO N° 2. Clasificación del estado nutricional de 393 niños de 0-59 meses de edad de acuerdo a la relación PESO/TALLA.

% Peso/Talla	N	%	Frec. acumulada
90 y más	259	65.9	100.0
80-89	92	23.4	34.1
70-79	37	9.4	10.7
69 y menos	5	1.3	1.3
Total	393	100.0	—

CUADRO Nº 3. Interrelación de Peso/Edad y Peso/Talla en 393 niños de 0-59 meses de edad.

Peso/Edad		Peso/Talla			
		90% y más		89% y menos	
% P/E	N	N	%	N	%
90 y más	95	95	100.0	—	—
75-89	141	106	75.2	35	24.8
60-74	115	49	42.6	66	57.4
59 y menos	42	9	21.4	33	78.6
Total	393	259	65.9	134	34.1

Si se considera como límite de diagnóstico de DPC un déficit del 10% en peso/edad y peso/talla, por un lado se tendrían únicamente 24% de los niños clasificados como normales, mientras que por el otro se tendría el 66%.

Tomando en cuenta la frecuencia que se usa en la clasificación de Gómez como único criterio de diagnóstico de DPC, en el Cuadro No 3 se analiza cuántos de los niños clasificados de acuerdo a ese indicador, tienen una relación de peso/talla normal (90% o más). Como era de esperar, los niños que son normales según peso/edad también lo son según peso/talla. En el grupo catalogado como Grado I, se encuentra que el 75% tienen una relación peso/talla normal; en el grupo clasificado como Grado II, el 42.6% y en el Grado III el 21.4%.

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES

Los resultados de la presente investigación demuestran que cuando se diagnostica DPC, especialmente para la selección de beneficiarios a programas de recuperación nutricional, no debe tomarse como único criterio la relación peso/edad. Así también, cuando se desea conocer la imagen de la situación nutricional actual de una comunidad, deben usarse ambos indicadores, interpretando la interrelación señalada entre ambos.

Dadas las discrepancias halladas entre ambos indicadores y que en la evaluación nutricional y selección de niños para programas de recuperación nutricional es importante tener en cuenta el período de crecimiento y desarrollo en que se encuentran, se sugiere que los criterios de selección de niños para programas de recuperación nutricional sean los siguientes:

- Niños de 0 a 23 meses, el criterio es de peso/edad menor del 90%.
- Niños mayores de 23 meses, el criterio es de peso/talla menor del 90%.
- Cualquier niño no importa su edad, que presente algún síntoma clínico de DPC.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—VITERI, F. E.; MATA, L. J. y BEHAR, M.: Métodos de evaluación del estado nutricional proteico calórico en preescolares de condiciones socioeconómicas diferentes. Repercusión nutricional del sarampión en niños crónicamente subalimentados. Arch. Latinoamer. Nutr. 23: 13-32, 1973.
- 2.—VITERI, F. E. y ALVARADO, J.: The creatinine height index: its use in the estimation of the degree of protein depletion and repletion in protein caloric malnourished children. Pediatrics, 46: 696-706, 1970.
- 3.—VITERI, F. E. y ALVARADO, J.: Aspectos fisiopatológicos y respuestas adaptativas en la desnutrición calórica y en la desnutrición proteica, en: El problema de la desnutrición proteínico-calórica en el istmo centroamericano. Monografía N° 7. INCAP pp. 175-231, 1971.

Parto Distócico por desproporción feto-pélvica

Dr. Gaspar Vallecillo M. ()*

Dr. José Niz Ramos ()*

*Dr. Alberto Alvarado Duran (**)*

DEFINICIÓN:

El parto se considera como un fenómeno que normalmente ocurre al final del embarazo y tiene por objeto la expulsión del feto y sus anexos por las vías naturales. Esto sucede gracias a la armonía existente entre diversos factores de los que destacan, en relación al tema que se va a desarrollar, los siguientes tres elementos: feto, pelvis materna y contractilidad uterina.

La suspensión del progreso del parto como consecuencia de anomalías del mecanismo respectivo se denomina distocia. Dicho de otra manera, toda dificultad a la libre realización del parto por las vías naturales, se considera distocia.

La desarmonía fetopélvica conocida también como desproporción feto-pélvica o céfalo-pélvica, se define como la imposibilidad del parto por vía vaginal, cuando el conducto pélvico es insuficiente para permitir el paso del feto ya sea por disminución de las dimensiones de la pelvis en relación a un determinado feto o bien porque el volumen parcial o total del feto resulte excesivo para una determinada pelvis. Es decir, hay una pérdida de la relación armoniosa feto-pélvica.

MAGNITUD Y TRASCENDENCIA

La desproporción feto-pélvica es uno de los problemas que con mayor frecuencia se encuentra en la obstetricia, y es responsable de cifras importantes de morbi-mortalidad materna y fetal. Para ilustrar la trascendencia que reviste como complicación del parto, es interesante analizar algunos datos estadísticos de este problema. En el momento actual la operación cesárea por diversas indicaciones se practica con una frecuencia de 11% y la indicación que alcanza la mayor cifra es precisamente la desproporción feto-pélvica que en diversas estadísticas se encuentra apareciendo con una frecuencia entre 20 y 29%, es decir, aproximadamente una de cada cuatro cesáreas se practica con la indicación de desproporción feto pélvica. La morbilidad materna en la operación cesárea está presente en un 18% de los casos y la mortalidad materna en un 0.4%. En cuanto a la morbilidad fetal su frecuencia es de 20% y la mortalidad perinatal de 7%. Estas cifras de morbi-mortalidad materna y fetal se refieren a todo tipo

(*) Ex-Residente.

{**} Jefe de Enseñanza e Investigación. Hospital de Gineco-Obstetricia.
Centro Médico Nacional. I.M.S.S. México, D. P.

de operación cesárea, pero la mortalidad y morbilidad referida a la cesárea realizada por desproporción feto-pélvica es muy semejante en cifras a las antes mencionadas.

En la morbilidad materna se incluyen todos aquellos problemas que complican la operación y que habitualmente se resuelven de manera adecuada; lo mismo se podría decir de la morbilidad fetal. Sin embargo, a pesar de que actualmente se cuenta con diversos medios para mejorar el pronóstico de los fetos que han sufrido durante o después del nacimiento debido a la desproporción feto-pélvica, está aún por valorarse cuál es la trascendencia social como son los trastornos de conducta.

Si se toma en cuenta que la solución terapéutica del problema de desproporción feto pélvica es quirúrgico, como se verá más adelante, no sólo se debe analizar la morbimortalidad que la operación cesárea tiene, sino que también se hace necesario tomar en cuenta que aún sin ninguna complicación en la madre o en el feto, el procedimiento quirúrgico en sí y su evolución, significan un mayor riesgo para la madre y una recuperación total más lenta que si se tratara de un parto normal, lo cual evidentemente tiene repercusiones, no sólo económicas para la paciente y para los servicios médicos, sino también repercusiones directas en la organización familiar.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

La causa de la distocia puede ser materna o fetal. En el primer caso las características de la pelvis son anómalas y aún sin ellas ocupan un lugar preponderante. La pelvis adquiere determinadas dimensiones y forma debido a la participación de factores fisiológicos del desarrollo corporal, el sexo, la raza y el biotipo. Además pueden influir los siguientes factores llamados leyes de Bonnaire: a) Ley de la edad; La lesión causal tiene mayor influencia cuanto más precoz es; b) Localización de la lesión: la lesión deforma más la pelvis cuanto mayor es su proximidad, lo que es válido especialmente para las lesiones vertebrales; c) Naturaleza de la lesión: la lesión por sí misma provoca deformaciones típicas; d) Utilización de los miembros: en el curso de la evolución de la enfermedad la marcha puede agravar la deformidad, como sucede en el raquitismo; e) Tratamiento instituido: el tratamiento no sólo modifica la evolución de la enfermedad, sino también su repercusión sobre la pelvis. La transformación progresiva de la pelvis fetal en pelvis adulta puede verse alterada por factores, o lesiones diversas que provocan variadas modificaciones.

Las deformaciones pélvicas pueden deberse a enfermedades generales, a lesiones vertebrales, a lesiones del aparato locomotor o bien, pueden ser congénitas.

- I.—Deformaciones pélvicas debidas a enfermedades generales, a) Pelvis raquí-tica. Se sabe que el raquitismo es un trastorno de equilibrio fosfocálcico en donde interviene también la falta de sol y las carencias alimenticias en particular la vitamina D. En el medio mexicano este tipo de alteración es rara ya que en la alimentación básica, el calcio contiene la diversidad de preparados del maíz y el abundante sol que recibe la población, contrarrestan otras deficiencias que intervienen en la etiología de la enfermedad, b) Pelvis osteomalácica: Etimológicamente osteomalacia significa reblandecimiento del hueso y es, al adulto lo que el raquitismo al niño, por lo tanto lo señalado para el raquitismo es válido para la osteomalacia, c) Deformaciones por endocrinopatías: El síndrome endocrino causal es casi siempre una insuficiencia hipofisiaria o tiroidea, siendo el enanismo hipofisiario y el enanismo tiroideo las más características aunque en general son raras.

II.—Deformaciones secundarias a lesiones vertebrales. Es de todos conocido el papel que desempeña el raquis trasmisor del peso del cuerpo en la génesis de la pelvis normal.

Particular importancia tienen sus curvaturas y en especial la lordosis lumbar. Cualquier desviación de la columna vertebral condiciona una posición de compensación de la pelvis para conservar el equilibrio; así, la cintura pelviana se deforma al recibir el peso del cuerpo con arreglo a ejes normales, cuando las lesiones vertebrales se presentan en la fase de osificación, de la pelvis antes de la pubertad. En el plano sagital las curvaturas patológicas del raquis pueden ser xifosis o lordosis y en el plano frontal escoliosis, dando como resultado la pelvis xifótica o pelvis en embudo, pelvis lordótica con aplanamiento anteroposterior y pelvis escolítica o asimetría pélvica.

III.—Deformaciones secundarias a lesiones del aparato locomotor. En condiciones normales de bipedestación, la fuerza que ejercen hacia arriba y hacia adentro los fémures es de igual intensidad, en ambos lados y es transmitida a la pelvis por medio de los acetábulos. Si los miembros son desiguales en longitud, en movilidad o en potencia, se rompe el equilibrio y a causa de la claudicación resultante la mitad de la pelvis correspondiente al miembro más útil recibe un exceso de presión que deforma la pelvis, del lado sano. Las lesiones causales del aparato locomotor pueden ser cojera simple por acortamiento o posición viciosa de un miembro, luxación, congénita de la cadera, coxalgia por tuberculosis o poliomielitis. Es conveniente señalar que en el primero de estos casos la acción deformadora es puramente mecánica y en cambio en los tres restantes se suma un trastorno trófico a la acción mecánica.

IV.—Finalmente existen las malformaciones pelvianas congénitas que pueden ser parte de aquellas que afectan al conjunto del esqueleto o bien las que afectan de un modo predominante o exclusivo a la pelvis, así como los tumores pelvianos o las fracturas de la pelvis.

De la coordinación de factores de desarrollo raciales y sexuales, depende la constitución de la pelvis normal. De esta coordinación depende el que se presenten muchas variantes en la constitución de la pelvis y según sus características biotípicas se pueden dividir en los siguientes tipos: a) ginecoide: conocida también como femenina verdadera es la más comúnmente encontrada; b) androide: común en el sexo masculino; c) platipeloide: con diámetros transversos mayores que los anteroposteriores, es poco frecuente y d) antropeide con diámetros anteroposteriores mayores que los transversos, muy semejante a la pelvis de las monas.

Esta clasificación se complica cuando existen combinaciones dando lugar a pelvis gineco-androides, gineco-antropoides, etc.

Antes de terminar esta revisión de las anomalías pelvianas es indispensable comentar que sin querer menospreciar los casos de deformidades pélvicas como causa de desproporción feto-pélvica, el mayor por ciento de desproporción se presenta precisamente en las pelvis ginecoides, consideradas como las más normales en la población femenina. La razón de ellos es que la pelvis ginecoide es la más frecuente y como el problema de disarmonía no depende del solo factor pelvis materna, es lógico que por su frecuencia dé oportunidad a que la desproporción vaya acompañada comúnmente por una pelvis ginecoide. Es indispensable hacer hincapié en este hecho para que en función de hacer un diagnóstico oportuno no se descuide la valoración cuidadosa de cada caso por el mero hecho de encontrar una pelvis normal.

CAUSA DE ORIGEN FETAL. Las dimensiones exageradas de un producto de la concepción en relación a la pelvis materna es obviamente, lo que origina la distocia. Cuando el feto está excesivamente desarrollado puede haber dificultad en el proceso del parto. En México, se considera que el peso promedio normal de un feto a término varía entre 2500 y 3500 g. y se dice de un producto grande cuando su peso es de 4000 g. o más.

Las causas de este volumen excesivo del niño son en primer lugar las enfermedades metabólicas y especialmente la diabetes, los estados prediabéticos y la obesidad. El peso y talla elevada de los padres constituyen también factores importantes que deben tomarse en cuenta. La alimentación especialmente rica en hidratos de carbono, aunque es discutida, favorece el desarrollo excesivo del feto y una dieta bien balanceada evitando el exceso en los carbohidratos ayuda a impedir el volumen exagerado. Finalmente es un hecho que en un buen número de casos la etiología de productos macrosómicos permanece oscura.

Cuando las dimensiones del feto resulten mayores que la de los diámetros pélvicos el parto será imposible o bien se prolongará demasiado tiempo con las consecuencias que esto puede tener en madre y feto y la distocia, desde el punto de vista del producto podrá radicar en la cabeza, en los hombros, en el tronco o en las nalgas.

Entre las distocias por aumento de volumen parcial, se encuentra la debida a hidrocefalia que por trastorno de la circulación del líquido cefalorraquídeo se produce un aumento considerable del volumen cefálico condicionando una desproporción cefalopélvica; esta afección se presenta en 3 de cada 10.000 nacimientos. La distocia de hombros por volumen exagerado de ellos en realidad pertenece al exceso en el crecimiento total del feto, El hidrotórax y particularmente la ascitis son los determinantes principales de la desproporción fetal a nivel del tronco. Los dos cuadros son debidos a trastornos circulatorios y sobre todo la ascitis es consecuencia de enfermedad hemolítica por isoimmunización materno fetal. Finalmente los tumores sacro coxigeos del tipo de los teratomas, espina bífida sacra y los quistes dermoides motivan aumento de volumen de las nalgas, provocando desarmonía fetopélvica.

HISTORIA NATURAL

La historia natural por desproporción feto-pélvica se resumen en el cuadro número uno. De este cuadro es conveniente revisar los puntos en los que puede tenerse una actitud de prevención.

En relación a la madre la prevención primaria es posible efectuarla en todos aquellos casos que predisponen o inducen deformidades o estrecheces pélvicas excepto en los casos de tipo constitucional o racial.

En relación al aumento excesivo total o parcial del feto es también posible realizar una prevención primaria en la mayoría de los casos ya que probablemente la causa más frecuente de macrosomias fetales, en México derive básicamente de los malos hábitos higiénico dietéticos de la madre así como de la falta de educación médica que permita diagnosticar oportunamente los estados de prediabetes con objeto de realizar un control oportuno y adecuado que no solo estaría encaminado al problema de desarmonía fetopélvica sino tendría una aplicación mucho más amplia en relación a la salud de la población.

La actitud de prevención secundaria tiene un gran valor al evitar riesgos importantes en madre y en feto cuya trascendencia sería no sólo en ellos misinos sino en su grupo familiar y en la sociedad. Esto¹ se puede lograr mediante el estudio cuidadoso e integral de la paciente que se encuentra en trabajo de parto, con objeto de hacer un diagnóstico oportuno así como una terapéutica adecuada. En este sentido cobra especial importancia el riesgo de iatrogenia configurado no sólo por el descuido en el estudio de la paciente sino por la posibilidad de que aún habiéndose diagnosticado oportunamente el problema se permita una evolución prolongada ya sea como prueba de trabajo de parto, como prueba de fórceps, etc., lo que tendrá como consecuencia lesiones importantes en madre y feto. Finalmente la prevención terciaria deberá hacerse tanto en madre como en el niño ya que a resultas de un mal manejo del problema de desarmonía fetopélvica puede haber lesiones en ambos que requieren un cuidado particular.

Por ejemplo, si en la madre ha habido una ruptura uterina y ésta ha obligado a realizar una histerectomía, la rehabilitación más psicológica que física es indispensable llevarla a efecto en estas pacientes; pero si la ruptura no ha obligado a quitar el órgano sino que ha sido posible resolver el caso mediante una histerorrafia, la orientación a los embarazos futuros en cuanto a su periodicidad y vigilancia estrecha es indispensable. Si el feto tuvo un sufrimiento importante durante el trabajo de parto se hará necesario vigilar la evolución del niño a plazo largo para conocer las consecuencias reales que pudo haber tenido ese sufrimiento fetal para establecer o compensar hasta donde sea posible las funciones que pudieran haber sido dañadas.

Por último, la orientación y la educación médica que sobre este punto se pueda dar al núcleo familiar, será de particular beneficio para ese grupo¹ y para la sociedad.

CORRELACIÓN ANATOMOCLINICA Y FISIOLÓGICA

El cuadro clínico de la desproporción fetopélvica va a estar condicionado¹ por los tres factores participantes, a saber: continente (pelvis), contenido (producto) y fuerza propulsoras (contractilidad uterina); no se debe olvidar que el trabajo de parto es, como su nombre lo indica, esencialmente dinámico. Desde el punto de vista estrictamente obstétrico se puede hablar de desproporción fetopélvica cuando todos estos elementos hayan entrado en el juego funcional y mecánico del parto o sea la prueba de trabajo de parto *que* es el reflejo fiel de la compatibilidad feto pélvica. El cuadro clínico lo constituyen las anomalías de estos tres factores la sospecha de desarmonía fetopélvica puede asentarse después de haber conocido antecedentes tanto generales como obstétricos, datos de exploración general como estatura, tipo de marcha, deformidades. Los antecedentes, obstétricos son importantes aunque no se deben tomar como definitivos si se recuerda que en cada embarazo los factores pelvis, feto y útero pueden comportarse de manera diferente.

La exploración obstétrica comprende varios procedimientos entre los que destaca la pelvimetría interna. Esta debe hacerse con la paciente en posición ginecológica, explorando los elementos de la pelvis menor para apreciar la forma del arco púbico, las líneas innominadas que se dejan de percibir en la parte media en una pelvis normal, la medición del diámetro promontosubpúbico el que deberá tener 12.5 cms. Por encima del estrecho medio en la excavación, los dedos buscan la cavidad sacra que alcanzan en su parte baja, evalúan, después, aunque con dificultad, la separación y la dirección de las paredes pél-

vicas. Buscan el saliente variable de las espinas ciáticas y examinan, por último, la inclinación y altura de la sínfisis púbica. En el estrecho inferior ha de buscarse la abertura del arco subpúbico, siguiendo las ramas isquiopúbicas que deben abrirse ampliamente. Finalmente debe medirse la distancia entre las dos tuberosidades isquiáticas la que tiene que ser mayor de 9 cms. También es de relativa importancia medir en este estrecho el diámetro sagital posterior que va desde una línea que une las espinas ciáticas hasta la base del cóccix.

En resumen este estudio clínico valora los siguientes elementos morfológicos de la pelvis: diámetro promonto subpúbico o conjugado diagonal al que se le restan de 1.5 a 2 cms., según la inclinación del pubis, para obtener el diámetro conjugado obstétrico o promonto retropúbico que es en realidad el útil en el trabajo de parto.

Se valoran también las dimensiones transversas del estrecho superior, la forma del sacro, normalmente cóncavo; las dimensiones de la excavación pélvica apreciando la morfología de las espinas ciáticas; el arco subpúbico que generalmente es mayor de 90 grados y se juzga también el estado de resistencia del periné lo cual cobra mayor importancia en la paciente añosa o en la que ha practicado algún tipo de deporte que desarrolle más los músculos perineales.

Esta pelvimetría resulta especialmente útil cuando se realiza al final del embarazo y se aprecia el volumen de la cabeza fetal y la altura de la misma en relación a la pelvis. Es importante señalar que la cabeza fetal normalmente se encuentra encajada al final del embarazo en la paciente nulípara y cuando esto no sucede es necesario hacer una valoración cuidadosa tendiente a investigar la causa para descartar o no la existencia de una desproporción cefalopélvica.

El examen clínico obstétrico será completado con una exploración abdominal para estimular la altura uterina y calcular el peso aproximado del producto. También puede echarse mano de la cefalopelvimetría, estudio radiológico que consiste en relacionar las dimensiones de la pelvis materna con las de la cabeza fetal, permitiendo medir ciertos diámetros cuya estimación es imposible o muy difícil clínicamente, dando una arquitectura general de la pelvis. Sin embargo, el pronóstico del parto no se puede fundar tomando como base únicamente la pelvimetría radiológica por lo que este método debe entenderse como un método complementario útil en algunos casos pero nunca indispensable.

En casos normales, la contractilidad uterina ejerce una fuerza propulsora para la expulsión del producto; en aquellos en que exista desproporción fetopélvica, el trabajo uterino tendrá dificultades dependiendo del grado de resistencia que condicione la disarmonía. La correcta valoración de las contracciones uterinas permitirá hacer un buen diagnóstico y por lo tanto un plan terapéutico adecuado. Así, la insuficiencia en la intensidad o en la frecuencia de las contracciones impide una interpretación adecuada del trabajo de parto, e igualmente la excesiva contractilidad puede ser uno de los primeros signos del cuadro llamado síndrome de lucha, consistente en una mayor frecuencia e intensidad de las contracciones para vencer una resistencia, lo que da como consecuencia aumento en el tono uterino todo lo cual repercutirá sobre la oxigenación fetal. En caso de persistir el trabajo uterino excesivo, se formará un anillo de contracción que dificultará aún más la progresión del feto en el canal del parto, pudiendo llegar hasta la ruptura uterina, accidente muy grave cuyos efectos ponen en peligro la vida del binomio materno fetal. Como consecuencia se puede presentar cuadro de choque, hemorragia interna o externa y las consecuentes alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal. Es conveniente recordar que un trabajo de parto

prolongado es causa frecuente de hipotonía uterina post-parto con el cortejo sindromático alarmante de este cuadro.

Hasta ahora se ha discutido la desproporción fetopélvica absoluta, pero también existe la desproporción relativa y es la que se presenta por anomalías de posición de la presentación, como pueden ser las variedades occisito posteriores y occípito transversas que aunque la mayoría de ellas rotan a occípito púbicas un 5% persisten necesitando para su solución recursos de operatoria obstétrica. También dentro de este capítulo se consideran las anormalidades de la presentación como son las de frente en su variedad persistente la cual no tiene mecanismo de trabajo de parto y en su variedad transitoria lo cual progresa flexionando o deflexionando la cabeza, lo que tendrá como consecuencia otras anomalías de presentación como son las de cara o las bregmáticas susceptibles de provocar una verdadera desproporción adquirida si no evolucionan correctamente rotando o completando la flexión.

TRATAMIENTO

En el período prepatogénico el tratamiento del parto distócico por desproporción fetopélvica, está encaminado básicamente a tratar todos los problemas que en la madre llevan a deformidades o estrecheces pélvicas y en el feto a un aumento excesivo de su volumen. Con esto se eliminarían los casos de desproporción en los que el conflicto se presenta por anomalía en uno u otro elemento.

Sin embargo, quedarán todos aquellos casos, no poco frecuentes, en los que alguno de los dos factores anotados (pelvis materna y feto) sean normales. En estos casos simplemente se trata de un producto que siendo normal es en un momento dado demasiado grande para una determinada pelvis no necesariamente anormal. Aquí cobra especial importancia la vigilancia prenatal adecuada que regula en cierta forma el desarrollo del feto y permite establecer en un momento oportuno la interrupción del embarazo.

En el período patogénico, la sospecha de una desproporción feto-pélvica y la comprobación oportuna de ella, dará como resultado un tratamiento correcto. El manejo terapéutico no puede presentarse como un esquema único pues tiene variables que dependen de diversos factores como son, que la desproporción sea absoluta o relativa y el momento evolutivo en que se haya hecho el diagnóstico. Además se tomará en cuenta la relación que pueden tener estos mismos factores con algunos otros como son la edad, la presencia de cicatrices de cesáreas anteriores, de inserciones anormales de placenta o cualquier otra complicación que se agregue.

Al hablar de desproporción fetopélvica absoluta o relativa, se está queriendo indicar que en el primer caso no hay duda del diagnóstico y en cambio, en el segundo caso los elementos de juicio son insuficientes para diagnosticar con seguridad la disarmonía y al no tener más medios clínicos para su ratificación, se necesita poner en juego el factor uterino mediante una prueba de trabajo de parto lo que ayudará a definir la conducta final.

Cuando la desproporción fetopélvica es absoluta, ya sea debida a causas maternas o a causas fetales, el único tratamiento es la operación cesárea siendo la segmentaria transversal del tipo Kerr, la de elección. El momento adecuado para realizarla es cuando se ha hecho el diagnóstico si la paciente está en trabajo de parto. Si no lo está es conveniente esperar a que tenga contractilidad uterina y que inicie modificaciones cervicales, a menos que esa espera signifique riesgo

para el producto o para la madre como podría ser bajo las siguientes condiciones, embarazo prolongado, sufrimiento fetal crónico o agudo, antecedentes de cirugía uterina previa, etc.

La prueba de trabajo de parto es un procedimiento dinámico que permite conocer algunos factores evaluables sólo en ese momento como son el moldeamiento y encajamiento de la cabeza fetal en la pelvis materna gracias a la contractilidad uterina, una vez que se han obtenido las medidas de la pelvis y el volumen de la cabeza. Para iniciar la prueba es necesario conocer las características de la contractilidad uterina espontánea y ver que sean de frecuencia e intensidad normales. Aunque se ha descrito que el comienzo real de la prueba es en el momento de la ruptura de membranas, por el peligro inherente de este procedimiento, no debe hacerse rutinariamente en todos los casos teniendo que seleccionarse éstos y practicarse la amniorrexis con todas las precauciones habituales de asepsia y antisepsia, cerciorándose que no haya probabilidad de provocar un prolapso de cordón umbilical; el momento oportuno es cuando la dilatación cervical ha alcanzado 5 cms. Habrá que vigilar la progresión del parto y las posibles deformaciones plásticas de la cabeza, así como la frecuencia cardíaca fetal y el estado de la madre, debiéndose interrumpir la prueba si se detectan irregularidades. Pasado un tiempo variable según las circunstancias, pero que no ha de pasar de 2 a 4 horas se puede juzgar del resultado de la prueba. Si la cabeza se encaja y desciende sin que haya significado sufrimiento para el feto, el parto podrá resolverse por vía vaginal; si esto no es así deberá practicarse la operación cesárea. El buen juicio del clínico tiene en este momento una gran importancia para no llevar a un abuso en la práctica de la cesárea por tomar una decisión precoz, o a un sufrimiento fetal importante porque la decisión fue tardía.

Finalmente ante la desproporción feto pélvica adquirida, el tratamiento se va a instaurar de acuerdo con las variaciones que impongan la evolución del parto teniendo las siguientes posibilidades: parto espontáneo, parto ayudado con aplicación de fórceps o bien cesárea.

MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Las cifras anotadas en el capítulo de magnitud y trascendencia del tema que se está revisando son altamente significativas de la importancia que tiene por su frecuencia de presentación, la desproporción feto-pélvica. Por otra parte, la evaluación y posibles secuelas en madre y producto revisadas en la historia natural, dan idea de la enorme repercusión que pueden tener el parto distócico por disarmonía no sólo en cualquiera de los componentes del binomio materno fetal, sino también en el grupo familiar y en la sociedad misma.

Es por ello que la prevención en cualquiera de sus niveles es de especial importancia en estos casos. En relación al primer nivel destaca la necesidad de prevenir los padecimientos maternos que puedan provocar estrecheces o deformaciones pélvicas. Pero en función de la mayor frecuencia con que se presenta la desproporción en pelvis normales, resulta aún de mayor importancia el control prenatal que no sólo permite identificar oportunamente posibles anomalías sino también controlar en cierta medida al crecimiento fetal. Por otra parte, el embarazo es una magnífica oportunidad para captar los estados prediabéticos o la diabetes en sus fases iniciales, lo que tiene interés no sólo para el problema de disarmonía feto pélvica sino también para la salud en general de la población.

En relación a la prevención secundaria ya se ha dicho la necesidad de valorar cuidadosamente cada caso a fin de evitar las complicaciones maternas o fetales que pueden llevar a la muerte a ambos o dejar secuelas de importancia en la madre o en el niño.

El tercer nivel de prevención debe orientarse a la madre y al niño según que la distocia haya dejado o no secuelas. En el caso de la madre y si no hubo más problemas que el haber tenido que realizar la operación cesárea para resolver el problema, las medidas estarán encaminadas a evitar que en un nuevo embarazo se presente la misma distancia y ya sea posible o no esto último¹, la orientación en relación a planear su vida reproductiva es una obligación que tiene el médico. Esto último tiene más importancia si el caso terminó con ruptura uterina como complicación.

En cuanto al niño, la vigilancia médica se debe hacer por tiempo prolongado si durante el parto hubo sufrimiento fetal severo, con objeto de rehabilitarlo en caso de que ese sufrimiento dejara alguna de las secuelas ya mencionadas en otro capítulo.

HISTORIA NATURAL DE LA DESPROPORCION FETOPELVICA
PERIODO PREPATOGENICO

FACTORES MATERNOS

CONSTITUCIONAL
Y/O RACIAL
RAQUITISMO
OSTEOMALACIA
LUXACION CONGENITA
TRASTORNOS DEL RAQUIS
LESIONES DEL APARATO
LOCOMOTOR
AFECCIONES LOCALES
SOBRE CADERA
SECUELAS POLIOMIELITIS

FACTORES FETALES

DIABETES
PREDIABETES
OBESIDAD
FACTORES
GENETICOS
ETIOLOGIA
DESCONOCIDA

DEFORMACIONES O
ESTRECHECES PELVICAS

AUMENTO EXCESIVO TOTAL
O PARCIAL DEL FETO

DESPROPORCION FETOPELVICA

PERIODO PATOGENICO

TRABAJO DE PARTO
PROLONGADO

SUFRIMIENTO FETAL

SINDROME DE LUCHA

MUERTE FETAL
IN UTERO

LESIONES
CEREBRALES

ANILLO DE RETRACCION

MUERTE
NEONATAL

RUPTURA UTERINA

PARALISIS
CEREBRAL

MUERTE MATERNA

TRASTORNOS
DE CONDUCTA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—Actualidades en Ginecología y Obstetricia. Pág. 553-556; 564-579; 643-655 XXV Aniversario A.M.G.O. 1970.
- 2.—CASTELAZO AYALA, L.: Libro Homenaje por el XXV Aniversario Profesional. Tomo I. 559-565; 203: 209-217, 1970.
- 3.—Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Simposio sobre Radiología en Obstetricia. Marzo de 1966. Págs. 44-57. Editorial ínter americana.
- 4.—KASSER, O.: Ginecología y Obstetricia. Tomo II. Embarazo y Parto. Editorial Salvat. Págs, 644, 637 y 738. 1971.
- 5.—Praxis Médica. Ginecología y Obstetricia. Tomo 10 fascículos. Ediciones Técnicas. Págs. 10.757, 10.755 y 10.765. 1970.
- 6.—Williams Obstetrics. Appleton Century Crofts. Pág. 853-919; 14th Edition. 1971.
- 7.—POSADA URIOS, F.; GARCÍA PADILLA, A. y ASCOLANI, R.: Consideraciones sobre cesáreas. Ginec. Obst. Mex. 28: 179-188, 1970.
- 8.—AURE, M.; AGÜERO, O.: Cesárea en la Maternidad Concepción Palacios. Ginec. Obst. Mex. 28: 641-651, 1970.
- 9.—RUIZ VELASCO, V.; ESPINOZA DE LOS REYES, L. y SALDAN A, R. H.: Frecuencia e indicaciones actuales de la operación cesárea. Ginec. Obst Mex. 25: 267-282, 1969.
- 10.—TERAN VALLS, M.: Aspectos clínicos de la desproporción cefalopélvica. Ginec. Obst. Mex. 23: 139-255, 1968.

Consideraciones Sobre Tuberculosis Infantil

REVISIÓN

Dra. María Helena Silva de Rivas
Jefe del Servicio de Pediatría del
Instituto Nacional del Tórax

La tuberculosis en niños es en un 95% de los casos, una infección primaria. La primoinfección tbc es el conjunto de manifestaciones clínicas y anatómo-patológicas que aparecen consecutivamente a la primera vez que el organismo humano entra en contacto con el bacilo de Koch.

En Honduras es difícil conocer la prevalencia de la tuberculosis infantil debido a la incompleta y poco precisa información de que se dispone.

La tuberculosis, raramente, aparece en las primeras semanas de la vida. La tuberculosis hereditaria no existe, es un concepto ya abolido. La tuberculosis congénita es posible aunque vista en muy raras oportunidades.

En 1945, Beitzke (1) estableció los siguientes criterios para el diagnóstico de tuberculosis congénita:

- presencia de un granuloma tuberculoso
- presencia de un complejo primario en el hígado del RN.
- Si no hay un complejo primario hepático la infección sólo es congénita si se encuentran lesiones de tuberculosis en el feto in útero, al nacer o pocos días después y si todas otras fuentes, de infección extrauterina son eliminadas con seguridad, si el lactante sobrevive más de algunos días.

El cuadro clínico es el de una enfermedad consumptiva con ictericia neonatal (por los ganglios linfáticos extrahepáticos que comprimen vías biliares) o puede tener un inicio con síntomas respiratorios.

Otras fuentes de infección al nacer son la aspiración de líquido amniótico contaminado en una madre con tuberculosis generalizada o aspiración de secreciones vaginales en madres con tuberculosis genital.

La tuberculosis de los niños en los dos primeros años de la vida tiene características clínicas diferentes de cuando la infección ocurre más tardíamente. A esta edad los niños no han desarrollado la capacidad completa para localizar cualquier infección y la tuberculosis no es una excepción. Si no es diagnosticada y tratada precozmente la ocurrencia de complicaciones serias será mayor que en cualquier otra época de la vida, y antes del apareamiento del tratamiento efectivo 15% de los niños menores de dos años infectados fallecían de tuberculosis meníngea o miliar dentro de los dos años siguientes a la infección.

HISTORIA NATURAL DE LA TUBERCULOSIS NO TRATADA (1)

Tan pronto penetra en el organismo los bacilos de Koch se localizan y empiezan a multiplicarse en los tejidos humanos siguiendo una serie de eventos

patológicos y anatómicos, que, aunque la reacción del organismo pueda variar en cierto grado no difiere en calidad en ninguna edad. La severidad de la reacción depende del tamaño de la dosis infectante de bacilos y con la capacidad del hospedero de controlar la multiplicación de los mismos.

En cualquier infección deberá inicialmente haber multiplicación y el organismo responde agregando células que puedan ser reconocidas como formadoras de "tubérculos" en el cual ocurre caseificación posteriormente, a medida que el huésped desarrolla sensibilidad tuberculínica. Así se forma el foco primario ya sea en los pulmones o en otra membrana mucosa o piel. Dentro de poco tiempo, después de alojado en el tejido, posiblemente dentro de pocas horas, algunos bacilos son llevados por la linfa hasta los ganglios linfáticos que drenan esa área (el sitio de entrada).

Así, la multiplicación de bacilos se hace también en el ganglio, resultando una linfadenitis caseosa tuberculosa. Los ganglios linfáticos aumentan de volumen en determinado grado dependiendo de la edad del paciente, de su resistencia constitucional, el grado de alergia tuberculínica que desarrolla y probablemente de la carga de la infección inicial.

El foco primario más los ganglios linfáticos aumentados forman el COMPLEJO PRIMARIO. El local de los ganglios regionales juegan un papel importante en el riesgo de desarrollar enfermedad subsecuente.

Después de un período de cuatro a ocho semanas, generalmente, el paciente desarrolla la alergia tuberculínica y puede desarrollar "fiebre" con o sin otros fenómenos de hipersensibilidad (eritema nudoso, ceratoconjuntivis flictenular). Esto es demostrado por el virage tuberculínico.

Durante la formación del complejo primario y algunos meses después, en muchos sino en todos los pacientes, los bacilos escapan intermitentemente al torrente sanguíneo y pueden localizarse en todo el organismo, pero principalmente en el sistema nervioso central, huesos y riñones.

El número de bacilos probablemente es pequeño y son capturados por las células del sistema retículoendotelial, y posteriormente llevados al hígado y bazo, raramente produciendo enfermedad clínica.

Si las circunstancias son más favorables para el bacilo que para el huésped, por ejemplo, si el niño es muy pequeño, si hay una infección intercurrentes, si hay desnutrición o enfermedad anergizante, los ganglios linfáticos se pueden caseificar y romper para los bronquios o vasos sanguíneos determinando una diseminación broncogénica o una generalización hematogénica del proceso tuberculoso a todos los sectores orgánicos.

El complejo primario usualmente se cura sin determinar enfermedad clínica severa. El foco primario puede desaparecer o calcificarse. El ganglio se calcifica lentamente. En el período de lactancia la calcificación puede establecerse tan pronto como seis meses después de la infección.

Durante el primer año de la infección el foco primario puede extenderse e involucrar la pleura dando origen a un derrame pleural. La curación del foco primario es lenta y puede reactivarse en cualquier época, principalmente durante la adolescencia, y caseificarse dando origen a una cavidad cuando el material caseoso es eliminado por vía bronquial.

Los ganglios linfáticos aumentados pueden caseificarse y eliminar su material a través de los bronquios que son erosionados, o en la cavidad abdominal o pericardio, dependiendo de su localización.

Esto puede ocurrir mismo después que la calcificación se haya iniciado. La erosión bronquial es más frecuente en los dos primeros años de la vida. Así el complejo primario y más precisamente los ganglios linfáticos regionales pueden constituir un riesgo potencial en niños por años y cualquier alteración de la resistencia del huésped puede ser seguida de reactivación del proceso.

Durante las primeras semanas o meses de la infección, el riesgo de desarrollar lesiones por la diseminación hematógena son mayores que en cualquier otro tiempo. Posiblemente un 90% de las meningitis y tuberculosis miliars así se desarrollan. La pequeña proporción que aparece después, usualmente, son debidas a trauma craneano o reactivación de una lesión antigua.

Las lesiones óseas y articulares aparecen dentro de los dos o tres primeros años de la infección pero pueden aparecer más tarde.

Las lesiones hematógenas de piel son raras.

No se sabe la razón por qué la lesión renal debida a la diseminación hematógena de la infección primaria aparece mucho más tarde, y raramente es vista dentro de los primeros siete años de la infección (por ello raramente aparece durante la primera infancia).

Antes de la pubertad la tuberculosis genital es rara en ambos sexos, pero se puede encontrar epididimitis algunas veces.

Aunque los riesgos de complicaciones de la infección primaria tanto locales como hematogénicas estén influenciadas por la resistencia genética, por la dosis y virulencia de los organismos infectantes, enfermedades intercurrentes, posiblemente la edad es el único factor más importante.

No parece haber duda de que el riesgo de la diseminación aumenta cuanto más joven ocurre la infección primaria. Cerca de 15 a 20% de los niños infectados en la primera infancia (antes de un año) pueden desarrollar meningitis o tuberculosis miliar en los dos años siguientes a la infección, cerca de 7% puede desarrollar tuberculosis ósea o articular. En contraste con el riesgo aumentado de lesiones progresivas caseificadas y diseminación hematógena el lactante joven no es apto de desarrollar aquellos síndromes que son asociados con un alto grado de sensibilidad tuberculínica que son más comunes en etapas más tardías de la vida (1, 2).

Para los niños infectados antes de los 5 años de edad el riesgo de desarrollar meningitis en los dos primeros años es de 4% y 1-2% para desarrollar lesiones óseas o articulares. Después de los cinco años la diseminación hematógena y el riesgo de complicaciones disminuye considerablemente hasta los diez años, volviendo a aumentar durante la pubertad.

La adolescencia y la vida adulta joven son un período de alto' riesgo pudiendo desarrollar enfermedad debido a:

- progresión de un complejo primario reciente,
- reactivación de un complejo primario pulmonar antiguo o lesiones metastásicas
- reinfección exógena.

Anatomía patológica: No es necesario ahondar mucho en esto que es bien conocido. Al penetrar el bacilo en el organismo, generalmente por vía respiratoria, este reaccionará produciendo hiperemia, infiltración polimorfonuclear y un exudado fibrinoso fluido. Luego se formará el tubérculo, que es una agregación

celular alrededor del germen, en que los monocitos se transforman en células epitelioides, apareciendo posteriormente las células gigantes de Langhans y los linfocitos. El tubérculo es avascular en su interior. Las lesiones que se determinan en los pulmones pueden ser productivas, o exudativas destacándose las últimas por progresión rápida hacia la necrosis caseosa (dependiendo de la resistencia individual).

DIAGNOSTICO DE LA TUBERCULOSIS EN NIÑOS (7)

El diagnóstico precoz de la infección tuberculosa en niños es muy importante para que se pueda establecer el tratamiento efectivo y así evitar las complicaciones de ésta. La infección tuberculosa y la consiguiente tuberculosis primaria progresiva cursan con muy pocos síntomas y signos físicos.

Es primordial en primer lugar una anamnesis completa, especialmente dirigida hacia la búsqueda de un posible caso índice en el grupo familiar, sobre todo si el niño es lactante o pre-escolar pequeño. Se debe tomar en cuenta el antecedente de enfermedad concomitante, o convalecencia de enfermedad infectocontagiosa anergizante, tratamiento prolongado con esteroides sin quimioprofilaxis adecuada.

Todo cuadro febril de más- de seis días de evolución sin diagnóstico exige la investigación de tuberculosis, así como la detención de la curva ponderal.

La prueba tuberculínica (4) es otra arma que se tiene para detectar la tuberculosis primaria, a pesar que hoy día se ve su valor muy disminuido debido a la vacunación BCG. Muchas veces tenemos casos de tbc activa con tuberculina negativa, como en las siguientes situaciones:

- Período prealérgico de la enfermedad.
- Defectos en la técnica de aplicación.
- Tuberculosis generalizada y meningitis tuberculosa.
- Enfermedades caquetizantes y desnutrición.
- Período de estado y convalecencia de enfermedades infectocontagiosas (tosferina, sarampión).
- Tratamiento prolongado con esteroides.
- Cuatro a seis semanas después de la aplicación de las vacunas virales (Sabin, sarampión, rubéola, parotiditis).

Por el contrario podemos tener niños con PPD positivo y no estar en presencia de un caso de tuberculosis:

- Reacción positiva por bacilos atípicos.
- Vacunación BCG previa.
- Enfermos antiguos de tuberculosis.
- Efecto "booster" por la repetición sucesiva de prueba tuberculínica en el mismo local (3).

El estudio radiológico de tórax en PA y lateral, sugiere muchas veces con bastante probabilidad el diagnóstico de tuberculosis, si las imágenes sospechosas persisten por un tiempo prudencial.

La bacteriología es muy poco útil en la tuberculosis infantil, por ser ésta en la gran mayoría de los casos una tuberculosis paucibacilar. Además de eso es muy difícil conseguir una buena muestra de esputo de un niño. El estudio de jugo gástrico y de hisopados laríngeos en nuestro medio dan una positividad de orden del 2% por bacilo de Koch, en niños con lesión radiológica sospechosa.

La inoculación en cobayo es un método muy efectivo pero es muy caro y necesita personal especializado.

Los demás exámenes de laboratorio como hemograma, eritrosedimentación, son de poca ayuda para el diagnóstico. La velocidad de eritrosedimentación tal vez tenga valor para observar la evolución del proceso.

Así, el diagnóstico de la tuberculosis en niños se estriba en una anamnesis epidemiológica bien orientada, en la prueba tuberculínica si no hay aplicación previa de BCG y en el estudio radiológico. Eso es muy importante que sea comprendido porque en el adulto el diagnóstico se basa principalmente en la anamnesis y en la bacteriología directa.

La clave para el diagnóstico precoz reside en comprender las situaciones, en las cuales debería sospecharse infección tuberculosa y como puede ser detectada con tests adecuados en ausencia de signos físicos.

En seguida enumeraremos las condiciones en que, según Miller, se debe investigar tuberculosis:

- 1.—Cuando una prueba tuberculínica resulta positiva durante un examen de rutina.
- 2.—Eritema nudoso y ceratoconjuntivitis flictenular.
- 3.—Pérdida de peso o incapacidad para aumentar de peso, asociado a una tos áspera de tono metálico semejante a coqueluche y a veces seguida de vómitos, principalmente en niños pequeños. 4.—Incapacidad para recuperar su estado normal de salud rápidamente después de cualquier infección aguda tal como sarampión, tosferina o amigdalitis estreptocócica.
- 5.—Aumento de volumen indoloro o reblandecimiento de cualquier grupo de ganglios linfáticos superficiales.
- 6.—Signos de derrame pleural o de condensación pulmonar en un niño con enfermedad febril.
- 7.—Cefalea, vómitos o cambios de carácter que duren más de tres días sin explicación adecuada.
- 8.—Cojera, rigidez, dolor u otra alteración funcional de cualquiera articulación.
- 9.—Cualquier enfermedad en un niño recientemente expuesto a infección tuberculosa o que se sepa que es tuberculino positivo por infección natural. Esto es de especial importancia en los primeros dos años después de la conversión tuberculínica. 10.—Dolor abdominal recurrente. 11.—Hematuria indolora. 12.—Ulceración indolora y de curso arrastrado en la piel.

FORMAS CLÍNICAS DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL (7)

1.—Tuberculosis inaparente o no demostrable —se considera en este grupo a todos los niños menores de cuatro años, desnutridos, con tuberculina positiva sin BCG previo, y con una radiografía de tórax negativa.

2.—Tuberculosis aparente o demostrable:

- a) Tuberculosis primaria benigna, consistente en adenopatías y pequeños infiltrados pulmonares y las pleuresías.

- b) Tuberculosis pulmonar primaria progresiva que puede ser moderadamente avanzadas o diseminadas, según sea su extensión (criterio semejante a la clasificación de adultos).
- c) Tuberculosis extrapulmonares.

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL

El tratamiento de la tuberculosis infantil sigue las mismas reglas generales utilizadas en el tratamiento de los adultos, o sea: es triasociado, prolongado y debe ser continuo.

Las drogas que se utilizan con más frecuencia son: Hidrazida del ácido nicotínico, 10-20 mg/kg/día, utilizando la dosis más alta en las formas severas y la meningitis tuberculosa. Acido para aminosalicílico —**PAS**— 200-300 mg/kg/día; Estreptomina —**SM**— 25-40 mg/kg/día. Etambutol 20-25 mg/kg/día. Rifampicina 10-15 mg/kg/día.

No hemos encontrado problemas tóxicos al Hain y a la SM. Esta última droga la usamos a las dosis convencionales por 45 días consecutivos. Hemos tenido casos de hipersensibilidad al Pas caracterizados por fiebre, lesiones cutáneas urticariformes o tipo eritema polimorfo. Asimismo tuvimos casos de hepatitis tóxica siempre relacionada con el PAS.

El etambutol y la rifampicina son drogas muy eficientes pero muy caras y que sólo utilizamos cuando surge algún problema durante el tratamiento con las drogas de primera **línea**.

A las formas de tuberculosis inaparente en menores de 4 años, desnutridos, damos tratamiento específico con dos drogas por 6 meses después Hain solo, otros 6 meses. A las demás formas de tuberculosis pulmonar se da tratamiento con las tres drogas por 45 días, después dos drogas por seis meses y luego sólo Hain hasta completar un año. En los casos de meningitis tuberculosa los autores recomiendan ahora el uso de cuatro drogas, cambiando el PAS por el etambutol que atraviesa un poco mejor la barrera líquórica y agregando la rifampicina en las dosis habituales (8).

En relación a los corticosteroides tienen su aplicación muy discutida en la tuberculosis. Los utilizamos por su acción antiinflamatoria asociado al tratamiento específico en las siguientes situaciones:

- Casos de diseminación hematógena (meningitis, tbc miliar).
- Tuberculosis pulmonar exudativa grave.
- Serositis tbc, principalmente **pericarditis** y peritonitis.
- Tuberculosis intestinal, buscando evitar la fibrosis.

La prednisona la utilizamos a la dosis de 1-2 mg/kg/día de 20 a 45 días, - sin embargo, algunos autores preconizan el uso de corticosteroides (metil-prednisona a la dosis de 20-40 mg por dosis), intrapleural o intracecal, una vez por semana, una o dos veces, dependiendo de la evolución del paciente. En general son suficientes dos dosis.

QUIMIOPROFILAXIS (9)

La mejor medida en la prevención de los individuos no infectados es la creación artificial de un estado de inmunidad a través del uso del BCG. A la prevención con drogas se le da el nombre de quimioprofilaxis. Se dice que se hace

quimioprofilaxis primaria a los niños tuberculosos negativos expuestos a riesgo de contagio.

Por quimioprofilaxis secundaria se entiende a la que se hace en niños tuberculopositivos que están expuestos a riesgos especiales y tienen radiografía de tórax negativa. Ejemplo: tratamiento prolongado con esteroides.

El tiempo de duración de la quimioprofilaxis primaria es dada por la positividad del caso índice.

CONDUCTA ANTE EL NIÑO DE MADRE TUBERCULOSA EN EL PARTO (9)

Podemos optar por dos alternativas:

—Si se puede separar al niño de su madre, se le pone BCG y se le da a la madre a las 6-8 semanas, esperando el brote del BCG. Al encontrar tuberculina positiva se le da Hain mientras la madre sea bacilífera.

—Si no es posible la separación del niño de su madre no se coloca el BCG se le da Hain, mientras la madre sea bacilífera. Convertido el caso índice (madre) se suspende el Hain y se aplica el BCG.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—MILLER, F. J. W.; SEAL, R. M. E.; TAYLOR, M. D.: Tuberculosis in children - evolution, control, treatment. J. & A. Churchill Ltd. 1963.
- 2.—GARDIDA, Ch.; RODRÍGUEZ, V. H.; FLORES, C. I.: El problema de la tuberculosis miliar aguda en el niño y análisis de 40 casos. Rev. Mex. Pediatría. 35-5; 132, 1966.
- 3.—OMS — Oficina de Investigaciones Sobre Tuberculosis. Repeated tuberculin tests in the same site. Bull. Org. Mond Sauté, 12-197, (1955).
- 4.—WHO/tbc/Int. Rev. 1 —1960— La prueba tuberculínica standard de de la OMS.
- 5.—DEL PRINCIPE, A.; CAIONE, C: Nouveau aspects de la tuberculose primaire de l'énfance. Pédiatrie, Tome XVII, N° 7, 835, 1962.
- 6.—FALK, A.; O'CONNOR, J. B. and PRATS, P. C: Diagnostic standards and clasificación of tuberculosis. New York, 1969.
- 7.—Organización Mundial de la Salud (OMS). Normas para el diagnóstico y clasificación de la tuberculosis. New York, 1964.
- 8.—Rama de Respiratoria de la Sociedad Chilena de Pediatría. Normas para el tratamiento de la tuberculosis. Santiago de Chile. 1970.
- >.—FORINI, ONNODEI; HORSURTZ, O.: Effects a longue écheance de la chimoprophyllaxie antituberculeuse. XIXa. Conference Internationale de la Tuberculosis Pág. 161.

Curiosidades Obstétricas de Honduras

DECAPITACIÓN EN PARTO PODALICO

Dr Cortos Medina

Director y Ginecólogo-Obstetra del Hospital Materno Infantil
Profesor de Gineco-Obstetricia de la UNAH

Los hombres que empezamos a peinar canas, llevamos a flor de labio la expresión de que los tiempos pasados fueron mejores, generalmente basándonos en las experiencias alegres de nuestra juventud.

En el campo de la Medicina, podemos decir que los Médicos de antaño tenían una formación moral de más altos quilates, aunque su acumen científico no fuese de muy alto valor.

Asociamos las ideas anteriores, para los lectores *de* la Revista Médica Hondureña, porque creemos que la Obstetricia que actualmente practicamos ha evolucionado en gran medida en comparación con la ciencia-arte de hace un par de décadas, aunque esto¹ no quiere decir que esos conocimientos se hayan derramado hacia los cuerpos paramédicos (parteras, enfermeras no profesionales), que actualmente hacen el 80% de los partos del país.

La introducción anterior es obviamente necesaria, para presentar el caso obstétrico que damos a publicidad en este número, puesto que se trata de una complicación obstétrica que nunca se ha registrado¹ en el Materno Infantil (nuestro mejor Centro de Obstetricia), pero sí, en las regiones rurales de Honduras, donde manos empíricas atienden al ciudadano hondureño¹ al momento de nacer.

La paciente Clementina González, originaria de Matapalo de Alauca, El Paraíso, de 36 años de edad, expediente N¹? 119209 del Hospital Materno Infantil, ingresó el 25 de octubre de 1974, a las 12:00 m. en mal estado general, balbuceando una historia no muy clara; de gestación novena, para 6 aborta 3 e informando que había dado a luz a un primer infante normal y 12 horas después haber "parido" un monstruo.

El examen físico reveló a una mujer en estado agónico, palidez general, T.A.: 70/40, T: 40°C, al abdomen con una altura uterina de 30 cms. y una segunda protuberancia 2-3 dedos arriba de la sínfisis púbica, el examen vaginal mostró una secreción fétida con apariencia serohemática y se palpó en un cuello dilatado a 5 cms., masas óseas irregulares a nivel de las espinas ilíacas.

El examen hematológico de emergencia dio una hemoglobina de 6.6 y Ht. de 24; la radiografía del abdomen mostró: "Un útero aumentado de volumen en cuya parte inferior se aprecia vagamente lo que parece ser un cráneo fetal, pero sin el resto del esqueleto, compatible con un monstruo fetal o una decapitación".

La paciente fue trasladada a la Sala de Séptico y en vista de su estado crítico se optó por una actitud conservadora:

- 1) Hidratación con suero glucosado más penicilina cristalina diez millones de unidades cada 8 horas, Cloranfenicol 1 gm. cada 8 horas:
- 2) Transfusiones sanguíneas.
- 3) Otra venoclisis con 5% glucosado y 10 U. de Sintocinona.

El objetivo fue, producir una inducción de la cabeza fetal retenida mientras se preparaba a la paciente para una cirugía mayor (cesárea hysterectomía) si la inducción fracasaba.

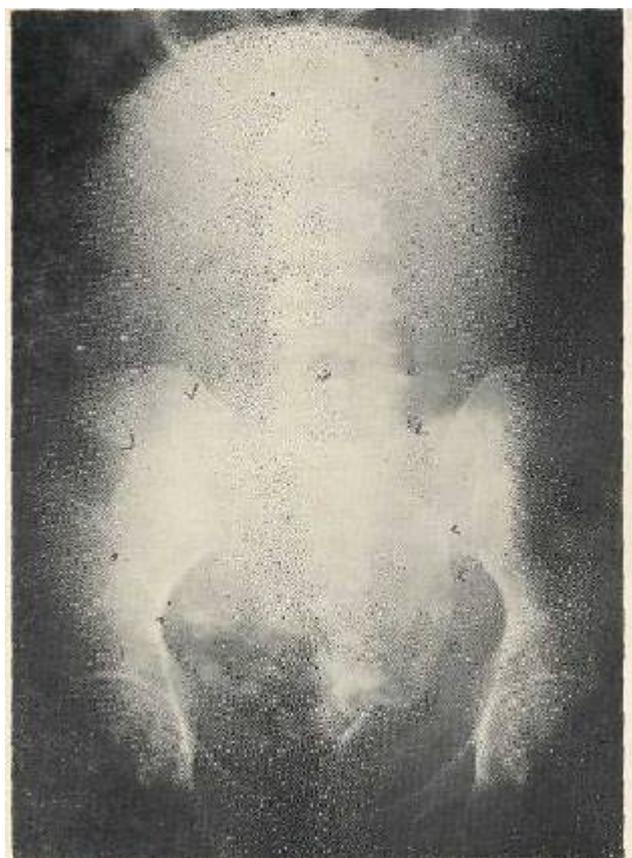


Fig. 1

Radiografía de la paciente mostrando "un útero aumentado de tamaño 30 cms. arriba del pubis. En la parte inferior se aprecia vagamente lo que parece ser un cráneo fetal pero sin el resto del esqueleto compatible con un monstruo fetal o una decapitación".

La inducción evolucionó positivamente y la cabeza fue expulsada 6 horas después. El tratamiento con antibióticos se continuó por 6 días y los ocitócicos (metergín) por 24 horas. La paciente fue dada de alta 6 días después en buen estado general.

Los parientes de la paciente revelaron que la partera había fraccionado el segundo feto, que se presentó en podálica, con tanta fuerza, que "nació sin cabeza".

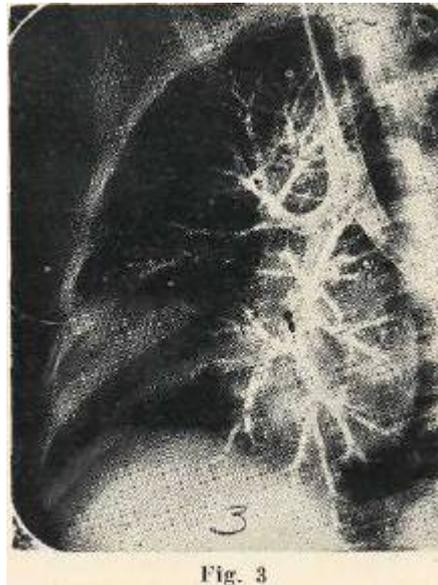
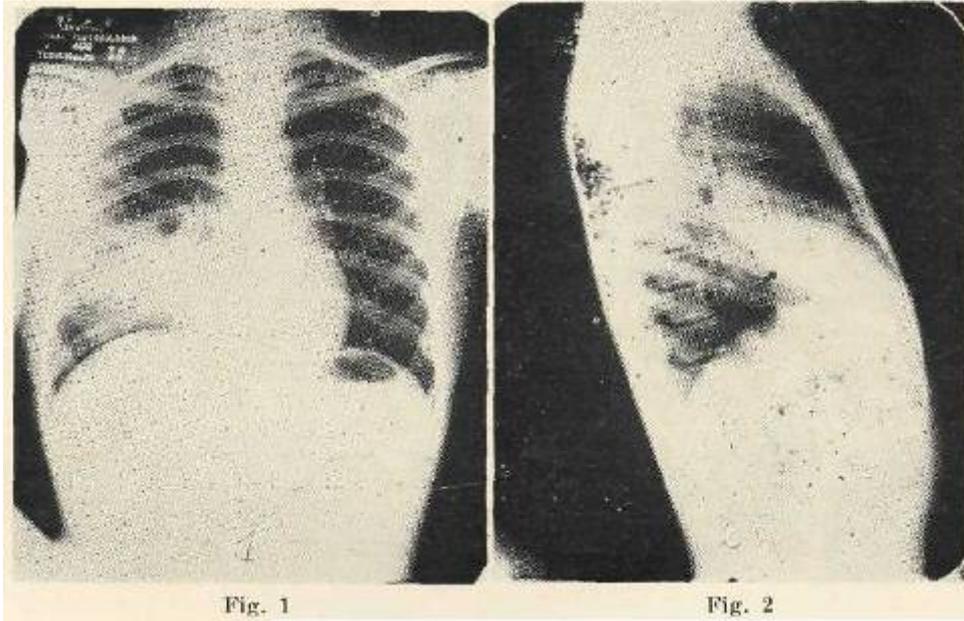
Al revisar la literatura sobre este accidente obstétrico, obviamente no pudimos encontrar casos similares, puesto que es casi imposible, que ésto pueda suceder en el ambiente hospitalario.

Finalmente, aunque los Obstetras de nuestros tiempos tengamos en nuestro haber los conocimientos para manejar y prevenir casos como el que apuntamos, el caso anterior nos indica que hay necesidad urgente de transmitir conocimientos básicos a las personas que actúan como parteras en el área rural del país. Solamente así nuestro nivel científico será igual a nuestra altura moral como galenos.

Diagnóstico Radiológico

Dra. Martha Membreño Padilla ()*

Este paciente de 18 años fue hospitalizado con historia de tos seca, pérdida de peso, febrículas de 3 meses de evolución. Las baciloscopias fueron negativas, la tuberculina positiva, la broncoscopia no aportó datos y un broncograma reveló obstrucción del bronquio del lóbulo medio en su aspecto inicial.



(*) Médico Neumólogo del Instituto Nacional del Tórax.

DISCUSIÓN

Se trata de un síndrome del lóbulo medio, con atelectasia parcial del lóbulo, como lo demuestra la radiografía lateral en la que no se observa la clásica imagen lineal del lóbulo retraído. A pesar de las baciloscopias¹ negativas, se inició tratamiento de prueba antituberculoso con lo que se obtuvo desaparición de los síntomas y permeabilización del bronquio obstruido después de un mes de tratamiento. Posteriormente los cultivos por B.K. *de* expectoración confirmaron la presunción diagnóstica.

El síndrome del lóbulo medio es un síndrome clínico radiológico de curso crónico caracterizado por hemoptisis a repetición, tos crónica y brotes febriles recidivantes.

Es causado por una estenosis inflamatoria del bronquio del lóbulo medio, con atelectasia del lóbulo y con evolución hacia retracción fibrosa del mismo.

La etiología es múltiple, encontrándose a la cabeza de la lista de causas, la TBC, enfermedad que puede llevar a la estenosis bronquial de diversas maneras como ser, una perforación gangliobronquial, una bronquitis caseosa o una adenopatía con alteraciones secundarias de la pared bronquial. Pero además de la TBC, el síndrome del lóbulo medio muchas veces puede ser producido por sarcoidosis, cuerpos extraños, bronquiolitis, tumores benignos, tapón mucoso, inflamación bronquial crónica de origen bacteriano,

La atelectasia del lóbulo medio tiene la particularidad de ser uno de los diagnósticos más fáciles de establecer en la radiografía lateral y uno de los más difíciles en la proyección P. A. Con la pérdida *de* volumen, las cisuras mayor y menor se aproximan dando origen a una imagen que en la proyección lateral (figura 2) aparece como una sombra lineal con anchura no mayor de 2-3 Mm. y que en la proyección P. A. (figura 1) puede no adoptar forma definida, siendo á veces el único signo de la enfermedad el "borramiento" de una porción del borde cardíaco derecho ("signo de la silueta") debido a la contigüidad de la aurícula derecha y el segmento¹ medial del lóbulo.

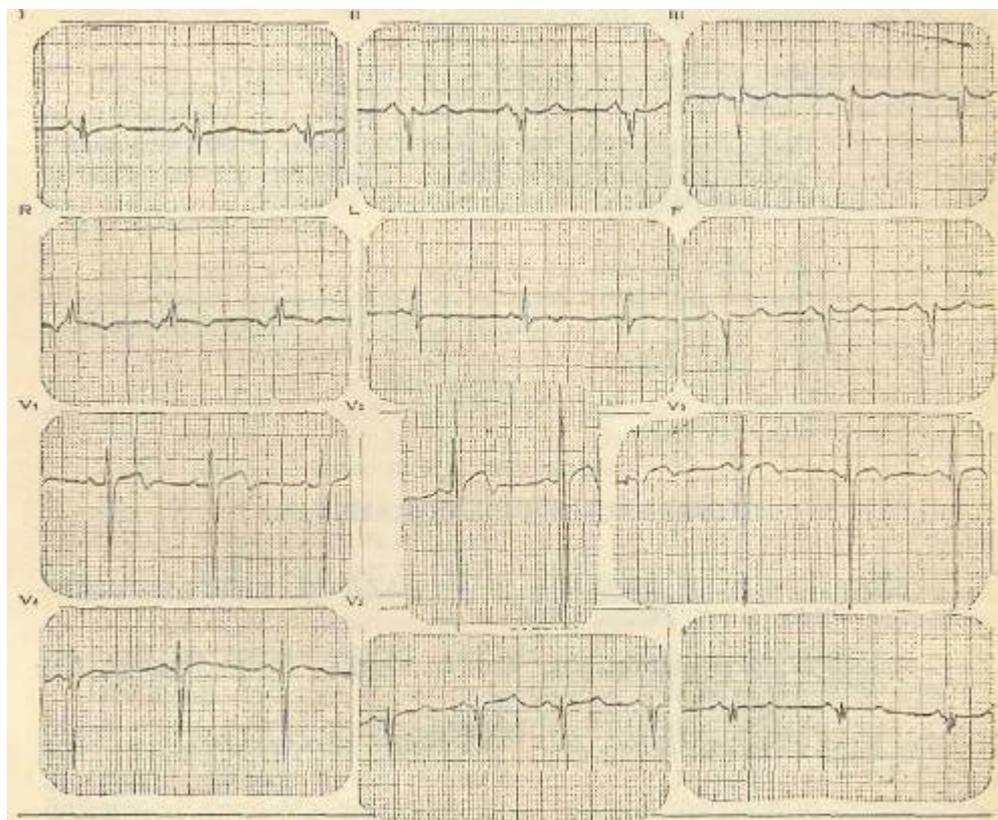
La broncografía (figura 3) proporciona un dato patognomónico: la estenosis bronquial que puede ser completa o incompleta y con bronquiectasias dístales por debajo de la estenosis.'

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—CROFTON, J.; DOUGLAS, A.: Enfermedades respiratorias. 1971.
- 2.—BLAJOT, I.: Radiología Clínica del Tórax, 1970.
- 3.—FRASER, R. G.; PARE, J. A.: Diagnóstico de las enfermedades del tórax, 1973.

Electrocardiografía Práctica

Dr. Marco A. Bográn
Clínica Centro Médico
Tegucigalpa, Honduras



Observe el Electrocardiograma ilustrado, el ritmo es sinusal con frecuencia de 65, segmento PR normal, 0.16 de seg., QRS normal, 0.09 de seg., el eje eléctrico es extremo izquierdo, menos 90 grados. Nótese pequeña onda Q en 1[^] L y V6.

Existen además ondas Q profundas en 2-3-F que miden más de 0.04 de seg. de duración y que nos obliga a hacer diagnóstico de infarto antiguo des pared inferior o diafragmática.

COMENTARIO

El Electrocardiograma en cuestión corresponde a un sujeto del sexo masculino de 28 años de edad, sin enfermedad cardíaca aparente.

Demuestra un ejemplo de hemibloqueo izquierdo anterior (eje eléctrico de menos 30 o más, ondas Q en I-L (1) con imagen de infarto de pared inferior,,

que puede acompañar al hemibloqueo (2) en un pequeño número de casos. La etiología del hemibloqueo izquierdo anterior (HIA) es múltiple; en pacientes mayores de 50 años, la causa más frecuente es un infarto de pared anteroseptal o anterolateral y menos frecuentemente una miocardiopatía isquémica difusa sin infarto electrocardiográfico (3, 4).

En pacientes jóvenes las causas más comunes son enfermedad valvular aórtica y las cardiomiopatías de diversa etiología. Se observa en niños, como secuela de miocarditis viral o reumática y como anomalía congénita de la conducción acompañando a otros defectos cardíacos.

Ocasionalmente se demuestra el HIA en sujetos normales y representa entonces una curiosidad electrocardiográfica (5, 6).

La importancia en este caso estriba en poder reconocer el HIA con imagen de infarto y no incurrir en el error de comunicar al individuo que ha sufrido un proceso isquémico agudo (2, 7).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—ROSENBAUM, M. B.; ELIZARI, M. V.; LAZZARI, J. O.: Los hemibloqueos. Buenos Aires, Pardos, 1968.
- 2.—Workshop in Electrocardiography, H. J. L. Marriott, Tampa Tracings, Florida, 1972, Pág. 134.
- 3.—The Heart, Chapter 32, 3er. Ed. J. W. Hurst; MacGraw-HM, New York, 1974.
- 4.—ROSEMBAUM, M. B.: Modern, concepts of cardiovascular disease, diciembre, 1970.
- 5.—GOLDREYER, B. N.: Intracardiac electrocardiography in the analysis and understanding of cardiac arrhythmias. *Ann. Int. Med.* 77: 117, 1972.
- 6.—Practical Electrocardiography. 5th. Ed. H. J. L. Marriot. Williams Wilkins, Co. Baltimore, 1974, página 86.
- 7.—BOGRAN, M A.: *Rev. Med. Hondur.* Vol. 42, N° 4, Pág. 270, 1974.

Perlas de la Historia de la Medicina

Por el Dr. Alfredo León Gómez

EL DR. ALONSO SUAZO, PROMINENTE MEDICO HONDURENO

Dedicamos esta sección en la Revista Médica Hondureña, a la excelsa personalidad del Dr. Alonso Suazo, notable médico que vivió a fines del siglo pasado y a comienzos del presente, y quien fue uno de los impulsores de la medicina moderna en el país. El Dr. Suazo es considerado como uno de los principales innovadores en Medicina Interna, en igual forma que Miguel Ángel Ugarte lo fue en cirugía.

El Dr Suazo nació en la ciudad de La Paz en 1871, siendo hijo de don Gregorio Suazo, quien participó en la política nacional, llegando a ser diputado al Congreso Nacional, y de doña Rosaura Orellana. Hizo sus estudios primarios en La Paz y los secundarios en San Salvador, pasando luego a Guatemala donde inicio estudios de medicina para graduarse en 1891 con las más altas notas y distinguiéndose por su claro razonamiento y por su hábil discernimiento en los problemas diagnósticos. En la **Facultad** de Medicina fue alumno notable del Dr. Juan J. Ortega, famoso médico guatemalteco.

En -1892 el Dr. Suazo regresó a Honduras radicándose en Comayagua, donde inició el ejercicio de la profesión. Ejerció también por algún tiempo en San Pedro Sula, destacándose por sus altas dotes de clínico astuto y de extraordinaria **personalidad**. A fines de 1896 el Dr. Suazo participó de lleno en política, siendo electo diputado por el departamento de Comayagua y **distinguiéndose** en el Congreso por su excelente oratoria y su acendrado amor al sucio patrio.

En el año 1898, en el mes de septiembre, falleció en Tegucigalpa el Dr. Miguel Ángel Ugarte, entonces Director del Hospital General y figura notable de la medicina nacional. El Dr. Suazo fue nombrado¹ su sucesor en la dirección del hospital, donde **se** destacó por las características de trabajo y dinamismo que imprimió al centro hospitalario así como por la introducción de diversas innovaciones en el ejercicio médico. Introdujo en el Hospital General las discusiones de casos clínicos y fue un ardiente y activo impulsor de la práctica de la autopsia.

En la Facultad de Medicina desempeñó cátedras de Clínica Médica, Anatomía Patológica, Patología Médica e introdujo la enseñanza de la Medicina Legal. Fue un verdadero maestro, de gran capacidad de trabajo e insaciable deseo¹ de conocimientos. Su influencia en la Escuela de Medicina se extendió hasta 1904, año en que llegó a ser Decano, pero por razones, políticas tuvo que salir emigrado debido a la persecución que le hizo el Presidente General Manuel Bonilla, su antiguo paciente y por haber sido médico y admirador de otro notable político el Dr. Policarpo Bonilla. La participación política del Dr. Suazo es extensa, pues fue un conspicuo miembro del Partido Liberal. Participó activamente y llegó a ser Secretario del Congreso Nacional cuando el Presidente lo era el notable hombre público don Alberto Uclés. Con ocasión de la formación de la llamada República Mayor de Centro América, tuvo una distinguida actuación en Managua, destacándose como un orador de nota y de ardientes ideales.

Fue el Dr. Suazo uno de los fundadores de la llamada Liga Anticlerical, fundada en Tegucigalpa a comienzos del siglo y que respondía en ese tiempo al apasionamiento por las ideas liberales. Fue además uno de los organizadores de la Asociación Médico-Quirúrgica, colaborando en su revista en la difusión de los conocimientos médicos de la época. Debe mencionarse además que el Dr. Suazo practicó la Medicina en Tegucigalpa con humanitarismo y devoción, llegando a tener el aprecio, la admiración y el cariño de toda la sociedad.

El Dr. Suazo contrajo matrimonio con doña Manuela Meza de Suazo, originaria de Comayagua, y con quien tuvo los siguientes hijos; Amalia, Manuela, María, Alicia y Alonso. Desgraciadamente el Dr. Suazo enfermó a edad prematura y falleció en 1920 en Comayagua a la edad de 49 años.

Del Dr. Suazo se expresó así el Dr. Ernesto Argueta: "Su vida fue como la esencia misma de los perfumes de alta calidad que se difunde presto en el ambiente que les rodea. Nosotros conservamos aún partículas tuyas en nuestra sangre que vivifica y fortalece el recuerdo de aquel grande hombre. . . que vive muerto; y que no obstante, así muerto vive en el pensamiento nuestro con resplandores de honda gratitud."

Que el recuerdo del Dr. Suazo sea ejemplo de las nuevas generaciones de médicos hondureños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—El Dr. Alonso Suazo, figura prominente de la Medicina en Honduras. Víctor Cáceres Lara. Tegucigalpa 1964.
- 2.—Bosquejo Histórico de la Farmacia y la Medicina en Honduras. José Reina Valenzuela, Tegucigalpa. 1947.

SECCIÓN GREMIAL

COMITÉ ELECTORAL

De conformidad con lo establecido por el Reglamento de Elecciones del "Colegio Médico de Honduras", vigente, la Junta Directiva emitió los nombramientos de los miembros del Comité Electoral del actual período, que se integró así:

Propietarios: Dres. Tulio Bertrand Anduray, Ricardo¹ Villela Vidal, Alfredo León Gómez, Carlos Arita Chinchilla y Luis A. Barahona Garay.

Suplentes: Dres. Gonzalo Rodríguez Soto, Hugo Castro Sierra, Danilo A. Alvarado Q., Ernesto A. Pinto y Alfredo León Padilla.

Los nombrados fueron juramentados en la sesión ordinaria del 24 de septiembre pasado, habiendo celebrado varias sesiones de trabajo. Los Dres. Tulio Bertrand Anduray y Alfredo León Gómez fungen como Presidente y Secretario, respectivamente, de este Comité.

Invitamos a los colegiados a iniciar los procedimientos normales reglamentarios para la selección de candidatos para los cargos de los organismos de gobierno de "Colegio Médico de Honduras" del período 1976-1977.

DATOS SOBRE EL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS"

Al tenor del Decreto Legislativo N° 73 por el cual se emitió la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria, la "Unión Médica Hondureña" en su Octava Asamblea General efectuada en la ciudad de La Ceiba, Atlántida, el 27 de octubre de 1962, aprobó constituirse en el "Colegio Médico de Honduras". Mediante esta resolución los médicos asistentes a la citada Asamblea suscribieron el Acta Constitutiva y eligieron en la misma fecha las autoridades que integraron los organismos de gobierno de la nueva institución, así:

JUNTA DIRECTIVA: Presidente, Dr. Gilberto Osorio Conteras; Vice Presidente, Dr. Virgilio Banegas M.; Secretario, Dr. Ramón A. Custodio L.; Pro-Secretario, Dr. Jorge Haddad Q.; Tesorero, Dr. Jorge A. Rivera Miyares; Pro-Tesorero, Dr. Enrique Aguilar Paz; Fiscal, Dr. Ignacio E. Midence; Vocal 1[^], Dr. Ángel D. Vargas y Vocal 2[^], Dr. Julio C. Batres. La Junta Directiva celebró su primera sesión el 8 de noviembre de 1962.

TRIBUNAL DE HONOR: *Propietarios:* Dres. Napoleón Bográn, Hernán Corrales Padilla, Gabriel Izaguirre, Roberto Lázarus, José Martínez Ordóñez, Eugenio Matute Cañizales y Zulema Canales Zúñiga. *Suplentes:* Dres. Manuel Bueso G y Gustavo Adolfo Zúñiga Díaz.

COMITÉ DE VIGILANCIA: Dres. César A. Zúñiga y José Gómez Márquez G.

— 0 —

La Ley Orgánica del "Colegio Médico de Honduras" fue promulgada por Decreto N° 94 del Jefe de Gobierno, Gral. Oswaldo López A., el 24 de junio

de 1964, publicado en el diario oficial "La Gaceta" N° 18.429 del día martes 24 de noviembre de 1964.

Para perpetuar la fecha de la fundación del "Colegio Médico de Honduras" y en ocasión de cumplirse el primer decenio de la misma, la Junta Directiva que, presidida por el Dr. Carlos Godoy Arteaga, fungió en el período 1972-1973, con la decidida colaboración de los Médicos Diputados al Congreso Nacional de la República solicitó y obtuvo la emisión del Decreto N° 70 mediante el cual se instauró el 27 de octubre de cada año como "Día del Médico Hondureño".

El Decreto N° 70 en mención, de fecha 25 de octubre de 1972, fue sancionado por el Poder Ejecutivo el 1° de noviembre del mismo año, siendo Presidente Constitucional de la República el Dr. Ramón E. Cruz.

Al 30 de noviembre de 1975 se registran 965 médicos colegiados, de los cuales 44 han fallecido.

— 0

13° ANIVERSARIO DE LA FUNDACIÓN DEL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS" Y "DÍA DEL MEDICO"

En el presente año, al conmemorarse el 13° aniversario de la fundación del "Colegio Médico de Honduras" y el "Día del Médico" entre los diversos puntos programados para celebrar ambos acontecimientos, descolla por su hondo sentido humano el homenaje tributado por la Junta Directiva de la Institución a los colegas que han cumplido cincuenta (50) años de ejercicio profesional y a la primera mujer graduada de Doctora en Medicina y Cirugía en la Universidad Nacional de Honduras; asimismo se premió al mejor alumno¹ de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el año académico de 1974.

En emotiva y sencilla ceremonia transmitida en el espacio del Programa "T.V. CIENCIA" por Canal 5 de Televisión, el domingo 26 de octubre de 1975 en presencia de la Junta Directiva en **pleno**, de los homenajeados y del Dr. Héctor Laínez N., Coordinador del Comité Organizador de Festejos del "Día del Médico", el Presidente en funciones de la institución, Dr. Virgilio Cardona L., destacó la personalidad e hizo entrega de Diplomas de Honor al Mérito a los siguientes colegas:

1.—DR. ADÁN BONILLA CONTRERAS

Nacido en Márcala, Departamento de La Paz, el 29 de junio de 1884, hizo sus estudios primarios y secundarios en la misma ciudad. Inició estudios de Medicina en la Escuela de Medicina de la Universidad de Honduras de 1900 a 1903, continuándolos en la Universidad de El Salvador, República de El Salvador de 1904 a 1907, graduándose el 28 de noviembre de 1907. Tiene 68 años de ejercicio profesional y continúa residiendo en Márcala.

Al recibir el diplomad Dr. Bonilla Contreras expresó que a los 91 años siente la satisfacción de haber sido fiel a su ideal; relató que a los 15 años dándose cuenta de los graves problemas de salud que confrontaba su ciudad natal y sus alrededores, agudizados por la falta de médicos y medicinas, se prometió a sí mismo "Ser Médico" y contribuir a remediar esta situación atendiendo a los

vecinos de Márcala y áreas cercanas. En el largo camino recorrido quedan plasmadas sus realizaciones en pos del ideal cumplido.

2.—DR. JOSÉ LEONARDO GODOY SANDOVAL

Nació en Santa Ana, República de El Salvador, el 2 de julio de 1890, hizo sus estudios primarios hasta 1901 en la misma ciudad; posteriormente se trasladó a San Salvador donde hizo estudios de Secundaria en el "Instituto Nacional" graduándose de Bachiller en Ciencias y Letras en enero de 1907. Realizó sus estudios profesionales en la Escuela de Medicina de la Universidad de El Salvador, graduándose de Doctor en Medicina el 4 de mayo de 1917. Tiene 58 años de ejercicio profesional, reside en La Ceiba, Atlántida.

El Dr. Godoy Sandoval hizo práctica en hospitales de París, Filadelfia y Rochester. Manifestó su satisfacción de haber vivido en Honduras, país en que fundó su hogar y en el que ha vivido gran parte de su existencia.

3.—DR. ARISTIDES GIRÓN AGUILAR

Nació en Nueva Armenia, Departamento de Francisco Morazán, el 15 de noviembre de 1896. Realizó sus estudios de Primaria e inició los de Secundaria en San Salvador, República de El Salvador, concluyó sus estudios de segunda enseñanza en Tegucigalpa, graduándose de Bachiller en Ciencias y Letras en 1914. Sus estudios profesionales los efectuó en la Escuela de Medicina de la Universidad de El Salvador, en la que obtuvo el título de Doctor en Medicina el 17 de noviembre de 1920. Posteriormente hizo estudios de postgrado en las Universidades de Francia, Austria, Polonia e Italia. Está reconocido por el "Colegio Médico de Honduras" como Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología. Tiene 55 años de ejercicio profesional, reside en Tegucigalpa, D. C.

Al agradecer el diploma que se le entregó manifestó sentirse hondamente emocionado por el honor que se le confiere en los postreros días de su vida, de la cual por razones políticas ha pasado gran parte en el ostracismo.

4.—DR. REGINALDO AGUILAR ANTUNEZ

Nacido en San Francisco de la Paz, Olancho, el 7 de febrero de 1897, estudió el 1er. Grado en la Escuela del mismo lugar, del 2º Grado al 4º Año de Bachillerato los cursó en el "Colegio La Fraternidad" de la ciudad de Juticalpa, cabecera del mismo Departamento, el 5º Año de Bachillerato lo hizo en el "Instituto Nacional" de Tegucigalpa. Sus estudios profesionales los realizó en la Escuela de Medicina de la Universidad de El Salvador, República de El Salvador, graduándose de Doctor en Medicina el 3 de marzo de 1923. Tiene 52 años de ejercicio profesional, reside en La Ceiba, Atlántida.

Al agradecer el homenaje que se le tributó, el Dr. Aguilar Antúnez manifestó sentirse más emocionado que el día en que culminó sus estudios de Medicina.

5.—DR. RAFAEL MARTÍNEZ VALENZUELA

Nació en San Pedro Sula, Cortés, el 25 de septiembre de 1897, ciudad en la que hizo sus estudios de Primaria. Recibió su educación secundaria en el "Instituto Nacional" de Tegucigalpa, graduándose de Bachiller en Ciencias y Letras

en 1918. Hizo sus estudios profesionales en la Escuela de Medicina de la Saint Louis University, de la ciudad de Saint Louis, Missouri, Estados Unidos de América, graduándose el 10 de junio de 1924. Realizó estudios de especialización en Gineco-Obstetricia en la Universidad de Stanford de 1925 a 1927. Tiene 51 años de ejercicio profesional, reside en San Pedro Sula, su ciudad natal.

El Dr. Martínez Valenzuela fue Ministro de Salud Pública y Asistencia Social durante el gobierno constitucional presidido por el Dr. Ramón Villeda Morales, de 1957 a 1963, durante su gestión dio un formidable impulso a los programas de sanidad y a la construcción de centros de salud en todo el país. En este período se construyó el Hospital Materno Infantil de la ciudad de Tegucigalpa que cumple magnífica función social, científica y de docencia. El Dr. Martínez Valenzuela no pudo asistir a la ceremonia, siendo representado por el Dr. Manuel A. Paredes, quien en su nombre agradeció el homenaje de que se le hizo objeto.

6.—DR. LEANDRO SALOMÓN PAREDES REGALADO

Originario de Trinidad, Santa Bárbara, nació el 13 de marzo de 1899, hizo sus estudios primarios en la misma ciudad y la Secundaria en el "Colegio La Independencia" de la ciudad de Santa Bárbara, de 1912 a 1914 y en el "Instituto Nacional" de Tegucigalpa de 1915 a 1916, año este último en que se graduó de Bachiller en Ciencias y Letras. Hizo sus estudios profesionales en la siguiente forma: Escuela de Medicina de la Universidad de San Carlos, República de Guatemala, en 1917. Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de Honduras, República de Honduras, 1918 y 1919. Escuela de Medicina de la Universidad de Tulane, Nueva Orleans, Estados Unidos de América, de 1920 a 1924.

Se graduó el 11 de junio de 1924, tiene 51 años de ejercicio profesional y reside en Tegucigalpa, D. C., ha desempeñado importantes cargos diplomáticos.

Al agradecer el homenaje el Dr. Paredes Regalado en forma clara y concisa manifestó que se siente orgulloso de ser médico, profesión a la que debe grandes satisfacciones.

— 0 —

Correspondió al Dr. Rubén Villeda B., Secretario del "Colegio Médico de Honduras", presentar a la Dra. Martha Raudales de Midence, a quien en el "Año Internacional de la Mujer" se rinde tributo como la primera mujer egresada de Doctora en Medicina y Cirugía de la Universidad Nacional de Honduras, el 16 de agosto de 1947. El Dr. Villeda B. exaltó los méritos de la Dra. de Midence que desafiando prejuicios y con espíritu de superación contribuyó a promover la igualdad de derechos entre hombres y mujeres.

La Dra. de Midence agradeció el azafate de plata grabado y el ramo de flores que se le entregó, haciendo una síntesis de sus luchas por culminar sus estudios de Medicina, profesión en cuya práctica y la gama de sentimientos que ello involucra, ha encontrado grandes compensaciones proporcionadas por el deber cumplido.

Para concluir el acto el Dr. Héctor Laínez N. entregó el Diploma de Honor al Mérito y Libros de Medicina al Br. Donald Díaz Zelaya, acreedor a este premio por haber sobresalido como el mejor alumno de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en 1974, homenaje

que hace el "Colegio Médico de Honduras" como estímulo a las nuevas generaciones de galenos de nuestra Patria.

El homenaje tributado a los ilustres colegas finalizó con cena que les ofreció la Junta Directiva en el Country Club de esta ciudad, durante el transcurso de la que se hicieron gratas remembranzas de las experiencias vividas por los homenajeados que con su vocación y ciencia al servicio de Honduras contribuyeron en épocas difíciles, en las que no se contaba con la valiosa ayuda de los laboratorios ni con productos tan maravillosos como las sulfas y los antibióticos, a salvaguardar la salud de nuestro pueblo y que en las diarias faenas al servicio de sus semejantes descubrieron la grandiosa sencillez que implica el "Ser Médico".

— 0 —

EVENTOS

—XVI Congreso Médico Centroamericano, del 9 al 14 de diciembre de 1975, en San Salvador, República de El Salvador.

—•Asamblea General de la Federación de Colegios de Médicos y Cirujanos de Centro América, 9 de diciembre de 1975, en San Salvador, República de El Salvador.

—XX Congreso Médico Nacional, San Pedro Sula, Cortés, del 11 al 14 de febrero de 1976.

—XVIII Curso Intensivo de Especialización en Enfermedades Reumáticas y XII Curso Intensivo de Perfeccionamiento Reumatológico, ambos para postgraduados, del 23 al 28 de febrero de 1976 en el Instituto Poal de Reumatología, Barcelona, España.

— 0 —

Con el N° 4 del Volumen 43 correspondiente a la presente edición, la "Revista Médica Hondureña" cierra un nuevo año de labores.

La Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras" a través de la Sección Gremial saluda a todos los colegiados formulando votos por su felicidad en Navidad y Año Nuevo.

¡SALUD COLEGAS!

OBITUARIO



DOCTOR JESÚS SOSA VIDAL

Nacido en Comayagüela, D. C. el 23 de octubre de 1930. Graduado el 2 de agosto de 1956 en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Registro de Colegiado N° 032. Falleció el 27 de septiembre de 1975.



DOCTOR JULIO SEAMAN REYES

Nacido en San Juancito, Depto, F. M. el 4 de enero de 1930. Graduado el 18 de diciembre de 1957, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Registro de Colegiado N° 132. Especialidades reconocidas por el Colegio: Neumología y Salud Pública. Falleció el 24 de noviembre de 1975. Edad: 45 años.

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

Registro de Colegiados hasta el 30 de Noviembre de 1975
con exclusión de los fallecidos.

Abadie García, César Augusto	244	Avila Solís, José Edgardo	893
Abarca Guzmán, Justo	610	Ayala Avila, Saúl	322
Abastida Alvarez, José Luis	822	Ayes Mejía, Gustavo Adolfo	588
Abud Handal, César Roberto	200	Ayestas López, Claudio Leonardo	225
Abularach Sabat, Francisco	169	Ayestas López, Juan Francisco	355
Agüero Vega, René	302	Ayestas López, Guillermo	393
Aguilar Aguilar, Rafael Antonio	448	Ayestas López, Santos Darío	481
Aguilar Antúnez, Reginaldo	274	Azcona del Hoyo, Fernando F.	374
Aguilar Alemán, César	583	Bados Mendoza, Leonel Armando	483
Aguilar A., José Trinidad	315	Baltodano Mejía, Federico	208
Aguilar Barrientos, Gabriel R.	059	Banegas Chavarría, Martha E.	859
Aguilar Paz, Enrique	003	Banegas Montes, Virgilio	049
Aguilera Romero, Rolando	453	Barahona C., J. Rodrigo	044
Aguilera Ponce, Rolando Alonso	473	Barahona Coello, Adán	046
Aguiluz Berlioz, Oscar	012	Barahona, Edmundo Alejandro	498
Agurcia Membreño, Carlos	317	Barahona Garay, Luis Alonso	095
Alas de Chávez, Argentina	944	Barahona Rodríguez, Leonel F.	609
Alcerro Castro, Mario	424	Bardales Renderos, Gustavo A.	558
Alcerro Castro, Ramón	303	Bardales, Armando	630
Alcerro Díaz, José Carlos	767	Barnica Alvarado, Víctor Hugo	921
Alcerro Oliva, José Napoleón	168	Barrientos Valle, Juan	096
Alemán Claros, Elías	017	Barrientos Ventura, Oscar Rodolfo	367
Alemán Quiñónez, Armando	243	Barralaga, Nelson Eddy	796
Almendares Bonilla, Juan	430	Banegas de Handal, Maritza	800
Almendares Iriás, Juan Bautista	468	Batres Pineda Julio César	051
Alonso Medina, Edgardo	011	Blanco Chinchilla, Oscar Mauricio	946
Alvarado Echeverría, Marcio A.	819	Blanco Sagastume, Rafael	876
Alvarado Lozano, Carlos Alberto	223	Beaumont L., Austin Augustus	047
Alvarado Lozano, Hugo	082	Benavides G., Juan Pablo	210
Alvarado Lozano, Rigoberto	081	Bendeck Maradiaga, Jorge	675
Alvarado Matute, Tito	886	Bekker Guzmán, Luis Felipe	757
Alvarado Quezada, Danilo A.	601	Bendaña Medal, Luis Tirso	100
Alvarado Medina, Leonardo	620	Bendaña Medal, Renato	090
Alvarado Ramírez, Enrique E.	574	Bendaña Meza, Arturo	154
Alvarado Selgado, Francisco R.	113	Bendaña Meza, Guillermo	356
Alvarado Sagastume, Rómulo	417	Bendaña Meza, René	361
Alvarenga Maradiaga, Oscar R.	545	Bendaña Meza, Sergio	048
Alvarez Martínez, Arturo	702	Bendeck Nimer, Alberto C.	363
Alvarez Molina, Gustavo Adolfo	543	Bendeck Sansur, Ricardo	753
Alvarez Santos, Manuel Efraín	504	Bendaña Ulloa, Carlos Alberto	230
Amador Ponce, Lorenzo	542	Bennaton G., Carlos Alfonso	058
Andino Matamoros, Armando	161	Benítez Arriaga, José Anibal	693
Andonie Fernández, Juan A.	071	Berlioz Simón, Sady Edgardo	534
Andrade Amador, Ramón	804	Bermúdez Bográn, Roberto	060
Andrade Ordóñez, Héctor W.	899	Bermúdez Milla, José Antonio	066
Andrade Tejada, Rolando	308	Bertrand Anduray, Tulio	242
Angeli Mejía, Fernando	892	Betanco Maradiaga, Jorge Antonio	961
Antúnez Cardona, Elia Felícita	662	Boesch Matute, Raul Fernando	379
Argueta Aguilar, Angel Ernesto	457	Bográn Idiáquez, Marco Antonio	488
Argueta Ariza, Ernesto	371	Bondenbender de Baker, Joyce A.	811
Argueta Reyes, Wilfredo	902	Bonilla Contreras, Adán	313
Arita Chinchilla, Carlos A.	535	Bonilla Durán, Víctor Orlando	653
Arias Chicas, José Santos	639	Borjas V., Ernesto A.	089
Arriaga Chinchilla, José R.	528	Boza Zerón, Adán	050
Arriaga Iraheta, Edgardo	061	Brevé Martínez, Roberto	153
Aronne Guillén, Edwin	962	Bueso Arias, Juan Angel	357
Aronne Guillén, Marcio	680	Bueso Arias, Luis	358
Arzú Cayetano, Gilberto	836	Bueso Bueso, Saady Oscar	742
Avila Panchamé, Adalberto	701	Bueso Cáceres, Arturo	436

Bueso Castillo, José Antonio	354	Coello Cortés, Ramiro	896
Bueso Gómez, Manuel	042	Coello Mejía, Olban	735
Bueso Pineda, Arnulfo	287	Coello Núñez, Ramiro	408
Bueso Rodríguez, Fernando	613	Coello Oliva, Miguel Humberto	114
Bueso Rodríguez, Julio César	609	Colindres Delgado, Vilma Lillian	628
Bueso, Julio César	190	Collart Valle, Juan Ramón	062
Bulnes M., Ricardo Ernesto	768	Contreras Rosa, Roberto Antonio	760
Bustamante Canales, María C.	079	Córdova Santos, Gabino	593
Bustamante Pineda, Luis Alonso	460	Corea Molina, Jorge Alberto	529
Bustillo Rivera, Emilia	293	Corleto Moreira, Herman	860
Boquín Nolasco, Ramón Ernesto	634	Corrales Cáliz, Gustavo Adolfo	947
Caballero Mejía, Lucas	490	Corrales Padilla, Cornelio	268
Caballero R., Armando	191	Corrales Padilla, Hernán	026
Cabrera Sabillon, Servio Danilo	764	Cortés de Villeda, Marta	204
Cáceres Mendoza, César Augusto	700	Cortés Padilla, Luis Arturo	582
Cáceres Vijil, Manuel	163	Cousin Boquín, Luis Alejandro	349
Cáceres Rivas, Marco Antonio	746	Cruz Alvarado, Camilo	553
Calderón R., Manuel Antonio	068	Cruz Aragón, Justiniano	766
Calderón Escobar, Nelson Nicolás	815	Cruz Campos, Wilfredo	788
Cáliz Hernández, Roberto	427	Cruz López, Carlos Alirio	756
Cáliz Mejía, Raúl Felipe	739	Cruz Moreno, Enemecio	511
Cáliz Solís, Ubence	607	Cruz Torres, Gustavo	603
Calderón Salinas, Rolando	725	Cuestas Chinchilla, Luis A.	533
Callejas Zelaya, Luis	217	Cueva Recinos, Juan Ramón	513
Cámbar Ramos, Pablo José	564	Cueva Villamil, José Adán	151
Caminos Díaz, Carlos	428	Cuevas B., Pablo José	289
Canahuati Mitri, Jamal Emilio	439	Cuéllar Alvarenga, Rigoberto	847
Canahuati, Shibli M.	360	Cuéllar Martínez, Raúl	015
Canales Zúniga, Zulema	118	Custodio López, Ramón	006
Cañenguez Pinto, Hugo Armando	883	Cruz Gavidia, Roberto	635
Cárcamo Tercero, Oscar Jacobo	092	Cruz Moncada, Enrique Adolfo	640
Cárcamo Tercero, Tito Humberto	069	Chavarría Isaula, José Wilfredo	813
Cardona Bonilla, Juan	573	Chavarría Mejía, José Adrián	778
Cardona Chinchilla, Herlindo	394	Chavarría Rodríguez, Santiago R.	312
Cardona López, Virgilio	186	Chavarría Suazo, Gilberto	057
Cardona de Herrera, Hena	222	Chávez Arias, Pedro Emilio	618
Carranza Díaz, Marco Tulio	576	Chávez Romero, Julio César	691
Carranza Velásquez, René	027	Chávez Quan, Manuel Armando	516
Carias Donaire, Gustavo	328	Chiang Santos, Armando	871
Carias Oviedo, Rolando	093	Chiang Sánchez, Moisés	745
Carrasco Flores, Manuel	063	Chirinos Velásquez, Manfredo	375
Cassia Assaf, Lincoln Geo	556	De Jesús Castellanos, Luis Marel	953
Castejón, Mario Germán	589	Del Cid López, Juan Rafael	404
Castellón Tercero, Esteban	363	De León Paz, Carlos	330
Castellón Tercero, Prisciliano	413	Del Gallo Larios, Elia Marina	910
Castellanos Figueroa, César	638	Delgado y Aguirre, Ricardo	432
Castellanos Delgado, Plutarco	414	Delgado González, Carlos A.	116
Castillo Antúnez, Mario	126	Delgado Pineda, Juan	220
Castillo Espinoza, Luis Alonso	696	Da Costa Zelaya, Carlos Miguel	709
Castillo Handal, Selim	189	Delgado Zepeda, Armando Nicolás	462
Castillo Milla, José Joaquín	652	Díaz Bonilla, José Manuel	040
Castillo Molina, Danilo	456	Díaz Lobo, Alfonso	288
Castillo Moncada, Armando	115	Díaz Maestre, Luis	245
Castillo Ochoa, José de Jesús	475	Díaz Montoya, Rafael	550
Castillo Ochoa, Rafael Antonio	891	Díaz Salinas, René	324
Castillo de Ynestroza, Martha N.	848	Díaz Santos, Pablo	221
Castillo Zúñiga, Randolpho	619	Díaz Sarmiento, Mario Tito	865
Castro Alemán, Lombardo	600	Díaz Sosa, Donald	870
Castro Reyes, José	155	Díaz Zelaya, Juan de Dios	587
Castro Sierra, Hugo	922	Díaz Zelaya, Salvador	743
Cerna Salgado, Félix	408	Dickerman K., Samuel	595
Cerrato Zelsya, Ciro Randolpho	479	Domínguez Barahona, Alicia C.	888
Cervantes Gallo, René	282	Domínguez de Murillo, María E.	509
Cisne Reyes, Luis Humberto	862	Domínguez R., José Refugio	052
Claros Fortín, Honorio	008	Domínguez Córdova, Humberto	720
Cleaves Tomé, Francisco	649	Domínguez Gross, Marja Ivette	763

Downing Chavarria, Alberto	039	Galo Puerto, Ramón	344
Dox Guillén, Francisco	463	Gálvez Rovelo, Carlos Máximo	260
Duarte de Laffite, Olga	273	García Becerra, Guillermo	067
Duarte de Núñez, Flora C.	463	García Castellanos, Guillermo	795
Dubón Martínez, Rodolfo	321	García Cruz, José Raúl	631
Durón Bustamante, Carlos Alberto	777	García Erazo, Tomás	305
Durón Martínez, Raúl A.	054	García, Donald L.	170
Echeverri Mendoza, Victoriano	359	García Guevara, Jacinto R.	406
Echeverría Fong, Justo Manuel	301	García Guevara, José de la Cruz	577
Eguigurens Rivera, Gabry M.	930	García Maradiaga, Rogelio	924
Elvir Aceituno, Carlos	362	García Martínez, Jorge Alberto	597
Elvir Girón, Luis Ramón	527	García Martínez, Rubén F.	826
Enamorado Castro, Edgardo	461	García Rivera, Jorge Alberto	894
Erazo Caballero, Servio Tulio	311	García Rodas, Gloria Margarita	875
Erazo Rodríguez, Mario Roberto	927	García Velásquez, Carlos Ramón	769
Escobar Molina, Arturo	678	García Cáliz, Miguel Angel	816
Escorcía Hernández, Rafael de J.	327	García Rivas, Rolando Francisco	831
Escoto Mendoza, Ezequiel	500	García, Yanuario	873
Escoto Umanzor, Cornelio	874	Gauggel Cardona, José Eduardo	334
Espinoza Mourra, Dagoberto	440	Gavidia Reynaud, Ricardo A.	659
Estrada Domínguez, Anarda	280	Girón Aguilar, Aristides	253
Estrada Duarte, Rafael	464	Girón Flores, Edgardo	744
Fajardo Aguirre, Modesto	272	Girón Mena, Edgardo	139
Fajardo Bueso, José Salomón	832	Girón Pérez, Francisco Octavio	960
Fajardo Cabrera, Danilo Hernán	142	Girón Rodríguez, Miguel Angel	451
Fajardo H., Jerónimo	072	Glynn de Hernández, Vilma Y.	672
Faraj Rischmawy, Elías A.	076	Godoy Sandoval, José Leonardo	108
Férez Illa, Marcio César	474	Godoy Arteaga, Carlos	185
Ferguson Luna, Arturo	198	Gómez Alvarado, Vicente	426
Fernández Matamoros, F. José	715	Gómez Hernández, Nery	540
Fernández Paredes, Alfredo	903	Gómez-Márquez Gironés, José	224
Fernández Rápalo, Merlin	679	Gómez Núñez, Concepción	194
Ferrera Andino, Claudina M.	670	Gómez Rivera, Daniel	345
Fiallos Fonseca, Ernesto Narciso	152	Gómez Padilla, César Alberto	136
Fiallos Medina, Pedro Oriando	526	Gómez Robelo, Roberto	101
Fiallos Montero, Dennis	502	Gómez Suazo, Mario León	844
Fiallos Salgado, Julián Federico	001	Gómez Urtecho, Reynaldo Abilio	686
Figueroa de Espinoza, Virginia	441	González Ardón, Oscar	552
Figueroa Rodezno, Ramiro	320	González Arriaga, Oscar Arturo	920
Figueroa Sarmiento, José Pablo	532	González de Cámbar, Martha Y.	563
Flores de Almendares, Rosario J.	629	González Colindres, Jorge Aníbal	605
Flores Fiallos, Armando	340	González Herrera, Carlos H.	297
Flores Fiallos, Raúl	135	González Navarro, Milton Amán	929
Flores Flores, José René	497	González Ortiz, Julio Augusto	248
Flores Flores, José Crisanto	758	González Rosa, Virgilio	064
Flores Varela, Hiram	628	Guevara Gutiérrez, Javier E.	748
Flores Zúñiga, Jorge Eliseo	846	Grinspan Korper, Salomón	807
Florentino P., Guillermo	080	Guerrero Máximo, Guillermo	912
Fortín Inestroza, Alfredo	684	Guillén Aguilar, Jorge Alberto	543
Fortín Midence, Benjamín	198	Guillén Pinel, Humberto	335
Ferrufino Ortiz, Ramón	088	Gúnera Aguilar, Napoleón	226
Fúnes Torres, Julio César	615	Gutiérrez González, Carlos E.	776
Fortín Inestroza, Marco Antonio	687	Gutiérrez López, Rodrigo	307
Fonseca Carballo, Oscar Armando	641	Gutiérrez Villafranca, Roberto	275
Galeas Agurcia, Jorge Tulio	876	Guzmán Banegas, Alberto	276
Gale Guillén, Juan Francisco	801	Haddad Quiñónez, Jorge	080
Gallardo Aguilar, Carlos Enrique	799	Haddad Quiñónez, Jaime	519
Gamero Sosa, Raúl Amílcar	853	Handal Handal, Alberto Elías	138
Gámez Rodríguez, Jorge Alberto	797	Handal Handal, José Elías	390
Garay Andrade, Juan Antonio	718	Handal Handal, Nasry Kamal	759
Galeano Ramírez, José Hernán	586	Handal Handal, Oscar Alfredo	943
García Díaz, Samuel Francisco	719	Handal Nasser, Eddie	810
García Díaz, Héctor Patricio	731	Henríquez Izaguirre, César A.	525
Galeano de Turcios, Betty Najul	578	Henríquez García, Ronaldo	572
Galo, David Abraham	319	Hernández Canales, Miguel Angel	370
		Hernández Cañadas, Vicente	539

Hernández, Ciro Gilberto	681	López Pineda, Camilo	568
Hernández Dubón, Erdulfo David	829	López Nieto, Marco Antonio	588
Hernández Linares, Wilfredo	602	López de Pineda, Martha Irene	791
Hernández Rodríguez, René	343	López R., Jaime Armando	814
Hernández Meléndez, Pable	295	López Tábora, Roberto Ricarte	881
Hernández Santos, Francisco A.	515	López Villa, José Antonio	184
Henríquez Espinoza, René A.	663	López Zelaya, Alejandro	158
Herrera Arrivillaga, Víctor	134	Lozano Caballero, César	010
Herrera Cruz, Oscar Leonel	410	Lozano Matamoros, Ramiro H.	105
Herrera Cruz, Santiago	409	Lorenzana Sosa, Dagoberto	541
Herrera Salinas, Daniel	861	Lovo López-Villa, Salvador	581
Hilsaca H., Fernando	323	Machado Valladares, Rolando	830
Hiza Kury, Salvador	407	Madrid Lizardo, Ricardo Teodoro	787
Inestroza Zelaya, Javier	372	Madrid Zelaya, Germán R.	202
Interiano Rodríguez, Manuel	382	Magarín Rosales, Julio César	449
Interiano Rodríguez, Pompilio	477	Maldonado Robles, Humberto	900
Interiano, Rodolfo Eugenio	087	Manheim de Gómez, Eva	201
Irías Cáliz, Héctor Armando	841	Maradiaga Vilches, Arturo A.	632
Irías Miralda, Marco Tulio	493	Marcy Truesdell, Perla Carlota	732
Irías Miralda, Miguel Angel	687	Martín Aguilar, Juan Bautista	833
Irías Zelaya, Nicolás	785	Marx Lincke, Samuel Benno	751
Izaguirre Carranza, Gustavo A.	726	Mateo Rodríguez, Servio Tulio	942
Izaguirre Romero, Carlos Alberto	911	Mariona Mejía, Antonio	438
Izaguirre Santos, Wilfredo A.	887	Márquez Cerrato, Antonio	016
Javier Santos, Carlos Alberto	131	Martel Guillén, Pedro	148
Javier Zepeda, Carlos Alberto	658	Martínez Boquín, Gustavo E.	469
Jiménez Dubón, Reniery Augusto	809	Martínez Funes, José	452
Jiménez Leiva, Salvador	296	Martínez Castillo, Carlos	486
Jiménez Navarro, Rodolfo	270	Martínez Castillo, Tristán	772
Joya Moncada, Pablo Ulises	809	Martínez Guillén, Andrés Arturo	339
Joya Cardona, Pablo Ulises	689	Martínez Matamoros, Oscar	386
Juárez Pereira, Leonardo	522	Martínez Meza, Luis Edgardo	544
Kawas O'Riely, Homer Javier	842	Martínez Ponce, Tomás	645
Lacayo Sánchez, Alfonso	442	Martínez Pinel, Carlos Alfredo	237
Laffite Martínez, Enrique	112	Martínez Ordóñez, José	205
Lagos Lagos, Wilberto	478	Martínez Schult, Rodrigo Ernesto	909
Lainez Matamoros, David A.	710	Martínez Valenzuela, Rafael	259
Lainez Núñez, Héctor	053	Martínez Zelaya, Salvador A.	730
Lainez Paredes, René	879	Maloff Fléfil, Ricardo	656
Lamelas Salinas, José Manuel	825	Mass Bonilla, Franklin Douglas	612
Lara Claros, Rolando Antonio	596	Matamoros Flores, Benjamin	020
Lara López, Alejo	282	Matute Alvarez, Roberto A.	484
Lara Pineda, José Armando	834	Matute Canizales, Eugenio	167
Lara Zepeda, Juan	174	Mayes Huete, Santos Eduardo	450
Larach Jamis, César	029	McKinney, Mariano B.	342
Larios Bonilla, Manuel Enrique	233	Mazariegos Garcia, José Vicente	802
Larios Contreras, Ramón	401	Medal, Mario Santos	236
Larios Hernández, Saúl Enrique	491	Medrano Díaz, Héctor Alfredo	145
Larios Ulloa, Jerónimo	447	Medrano Martínez, Raúl A.	487
Lanza Sandoval, Mario Duilio	353	Medina Nolasco, Anibal	094
Lázarus Bernhard, Roberto	097	Medina Nolasco, René	471
Leiva Hawkins, Manuel Alfredo	828	Medina Rodríguez, Carlos A.	716
Leiva Vivas, José María	181	Melara Murillo, Reynaldo Alfredo	940
Lejarrata de Portillo, María M.	856	Mejía Antúnez, Cornelio	316
León Gómez, Alfredo	009	Mejía Castro, Cándido	141
León Gómez, Francisco	007	Mejía Coto, Mario Jacob	918
Leva Bulnes, Antonio Ramón	901	Mejía Del Cid, Armando	298
Lezama Castellanos, Rolando	567	Mejía Durón, Roberto	235
Lezcano de García, Regina A.	651	Mejía Galo, René	889
Linares Santos, María del T.	770	Mejía Mejía, Miguel Angel	018
Lobo Cerna, José Rafael	604	Mejía Napky, Félix Javier	868
López Aguilar, Alirio	864	Mejía Palacios, Arnulfo	664
López Canales, Gustavo Ernesto	575	Mejía Valladares, Enrique	428
López Canales, José Rubén	565	Mejía Valladares, Mario Andrés	740
López Lagos, Rigoberto	378	Membreño Marín, Héctor	290
López Herrera, Heberto	571	Membreño Padilla, Alejandro	431

Membreño Padilla, Marta E.	569	Odeh Nasralla, Nahim	803
Mena Baide, Benjamín A.	507	Odeh Nasralla, Nicolás	014
Mena Diaz, Carlos	269	Oliva Aguilar, Marco Tulio	561
Mencia Salgado, Daniel	179	Oliva Barralaga, Roberto	346
Mendoza Fiallos, José Trinidad	146	Oqueli Colindres, Miguel Rafael	624
Mendoza Carias, José Ernesto	957	Oqueli Cárcamo, José	695
Mendoza Valdez, Clemente	411	Ordóñez García, Andrés	707
Mendoza Portillo, Marco A.	705	Ordóñez de Madrid, Nohemí Isabel	792
Mendoza Guillén, Jorge	733	Orellana, Carlos Alberto	338
Merino Zaldívar, Orlando	443	Orellana Manglioni, Jesús H.	333
Meza Galeas, Ramón	278	Orellana, Sara	872
Meza Palma, José Modesto	843	Ortega Matamoros, Julio César	546
Midence Hernández, Marco A.	838	Ortega Ordóñez, León Adalid	501
Midence Moncada, Ignacio E.	002	Ortiz Sevilla, Roberto	937
Midence Vallecillo, Alfredo C.	077	Orellana, Héctor Mauricio	747
Milla Caballero, Rigoberto	585	Osejo de Errázuriz, Gloria	326
Milla Galeano, Horacio	019	Osejo Santos, Jorge Alberto	923
Milla Villeda, Reynaldo Humberto	752	Osoño Contreras, Gilberto	004
Miranda Quezada, María del C.	890	Oviedo Cubas, Raúl Gabriel	258
Mojica Zúñiga, Rafael Antonio	952	Oviedo Meza, Lisandro	400
Molina Castro, Rafael	212	Oviedo Padilla, Guillermo	318
Molina Martínez, Carmen Suyapa	711	Oviedo Pineda, Antonio	492
Molina Martínez, Marco Antonio	851	Oyuela Martínez, Luis Antonio	882
Molina Mendoza, Esteban	789	Pacheco Banegas, Emérito	824
Molina Molina, Oscar Antonio	774	Pacheco Reyes, Jorge Alberto	150
Molina Ortiz, Juan	557	Padilla Hernández, Alfredo León	749
Molina Sánchez, Richard Leo	914	Padilla Ramírez, Leonidas	665
Moncada Amador, Miguel Rafael	119	Palma Molina, Jacobo	206
Moncada Ramírez, Miguel R.	120	Paredes Alemán, Alfredo Adolfo	617
Moncada Medrano, Lucas G.	028	Paredes Castillo, Gilberto	590
Moncada Irias, José Máximo	380	Paredes Escoto, Marco Antonio	434
Molina Molina, José Rodolfo	688	Paredes P., Francisco Otomán	399
Montes Guerrero, Francisco	149	Paredes P., Manuel Armando	252
Montes Guerrero, José Anibal	306	Paredes Paz, Juan de Dios	866
Montes Guerrero, Nicolás de J.	647	Paredes Toro, Salvador Ramón	271
Montes Zepeda, Francisco Javier	542	Paredes Toro, Salvador	523
Montoya Alvarez, Juan	238	Paredes Regalado, Leandro S.	160
Montoya Fiallos, Juan	591	Paredes, Mauricio Antonio	727
Morales San Martín, Ramón	421	Pascua Leiva, Herman	034
Moradel Barahona, Miguel A.	951	Pastor Zelaya, Rodolfo	107
Morel Altamirano, Simón	771	Pavón Aguilera, Armando	166
Moreno Perdomo, Eduardo	512	Pavón Gale, Leonel	666
Moreno Perdomo, Dagoberto	017	Pavón Lagos, Héctor Eduardo	566
Munguía Alonzo, Luis	106	Pavón Leiva, Rafael Antonio	124
Munguía Alonzo, Salomón	104	Pavón Moncada, Mario	418
Munguía Padilla, Carlos Elpidio	465	Paz Barahona, Miguel	616
Murcia Pinto, Héctor Francisco	841	Puz Madrid, Juan Adalberto	934
Murillo Córdova, Allan Francisco	955	Paz Paredes, Arturo	667
Murillo Elvir, Sergio Arturo	508	Paz y Paz, José Arnold	697
Murillo Escobar, Francisco	364	Paz Rápalo, Salvador Reynaldo	614
Murillo Escobar, Edgardo Anibal	444	Paz Rivera, José Trinidad	352
Murillo Selva h., Francisco	180	Paz Rivera, Juan	480
Muñoz Mendoza, Miguel Rafael	159	Peña Zelaya, Guillermo	036
Muñoz Muñoz, Carlos Miguel	397	Peraza Casaca, J. Antonio	035
Navarro Melghem, Edgardo	724	Peraza Zelaya, Mario Augusto	606
Nelson Durón, Marco Antonio	627	Perdomo Lanza, Nelson Adalberto	898
Nelson García, Francisco	648	Pereira Aguilar, José Ramón	820
Nieto Landa, Tulio Rigoberto	925	Pereira, J. Ramón	074
Núñez Flores, Laura Helena	959	Pérez Estrada, Alberto Vicente	449
Núñez Ortiz, Joaquín Angel	324	Pérez Hernández, José Leonel	741
Núñez Zúñiga, Antonio Roberto	536	Pérez Izaguirre, José Antonio	247
Ochoa Alcántara M., Ricardo S.	412	Pérez Izaguirre, Manuel de J.	377
Ocano C., Guillermo Alfredo	798	Pérez Inestroza, Luis Mauricio	677
Ochoa Durón, Vicente Gabriel	734	Pineda Argüello, Sergio Boris	782
Ochoa Reina, Efraín	264	Pineda Cobos, José Rubén	950
Ochoa Valle, José María	560	Pineda Coello, Mario	254

Pineda Contreras, Octavio	355	Rivera Rodríguez, Homero Moisés	941
Pineda Escoto, José David	455	Rivera Vallecillo, M. de Jesús	286
Pineda Fasquelle, Constantino	257	Rivera Williams, Carlos	129
Pineda Figueras, Alan Leonel	722	Rivera Suazo, Edgardo	489
Pineda Montes, Jorge Alberto	734	Rivera Zelaya, Diana Carolina	931
Pineda Muñoz, Carlos Alberto	162	Rodríguez A. Reinaldo Antonio	111
Pineda Paredes, Mario Federico	849	Rodríguez Barahona, Gonzalo	672
Pineda Santos, F. Humberto	395	Rodríguez Banegas, José Edgardo	706
Pineda Tábora, Manuel	065	Rodríguez Flores, Jonathan	805
Pino Montes de Oca, Emilio Roy	402	Rodríguez Guerrero, Benjamín	256
Pinto González, Ernesto Antonio	435	Rodríguez Guifarro, Francisco A.	655
Pinto Mejía, José	195	Rodríguez Izaguirre, Rigoberto	433
Ponce de Avalos, Reynaldo	429	Rodríguez Lainez, César	683
Ponce de García, Olga María	654	Rodríguez Lainez, Oscar A.	694
Ponce Ochoa, Marcial	219	Rodríguez Leiva, Saúl	446
Ponce Ochoa, Marco Antonio	086	Rodríguez Morales, José Inés	723
Ponce Pagoda, Luis Alberto	762	Rodríguez O., Conrado Ernesto	213
Ponce Pagoda, Roberto	754	Rodríguez Martínez, Angel Rubén	644
Portillo Núñez, Pedro Reniero	728	Rodríguez Paz, Miguel Angel	808
Portillo Guifarro, Carlos F.	123	Rodríguez de Siercke, Dolores E.	827
Pineda Montoya, Gustavo N.	692	Rodríguez Sosa de Tábora, Yelba	739
Portillo Portillo, Andrés Abelino	855	Rodríguez Soto, Gonzalo	216
Ramírez Alfaro, Rigoberto	075	Rodríguez Trejo, Mario H.	877
Ramírez Castañeda, Miguel O.	517	Rodríguez Zapata, José Rafael	837
Ramírez, Marco Antonio	467	Romero Madrid, Manuel	178
Ramos Funes, Carlos Ventura	459	Romero Madrid, Raúl Manuel	199
Ramos Molina, Jorge Aníbal	854	Romero Solís, Carlos Alfonso	905
Ramos Paz, Ferrufino	904	Romero Pavón, Reyna Suyapa	919
Ramos Reina, Luis Vidal	127	Romero Rovelo, Antonio	737
Rápalo Herrera, Jorge Augusto	690	Rosales Colindres, Martín Ulises	530
Rápalo Paredes, Marco Antonio	885	Rubí Avila, Elmer Antonio	611
Ráquel Sánchez, Pompeyo	091	Rubí, Marta Lidia	598
Raudales Alvarado, Rodolfo A.	157	Ruiz Leiva, José Rafael	388
Raudales Barahona, Oscar	187	Sabillón Leiva, Juan	110
Raudales de Midence, Martha	128	Sabillón Rivera, Oscar Orlando	476
Reyes Berlioz, Rodolfo	099	Salgado Díaz, German Emilio	698
Reyes Caballero, Eliseo	956	Salgado, Noemí Isabel Alvarez de	699
Reyes Díaz, Bessy Arlit	857	Salgado Molina, César Rodolfo	503
Reyes Mazzoni, Raúl Gregorio	685	Salinas Portillo, José Luis	524
Reyes Mata, José María	906	Salomón Aguilera, Domingo David	817
Reyes Noyola Godoy, José	780	Salvadó Aguilar, Ramón	033
Reyes Orellana, Raúl Humberto	897	Samayoa M., Enrique Octavio	445
Reyes Quesada, José Lisandro	325	Samra Saykaly, Luis	373
Reyes Ticas, Jesús Américo	781	Sánchez Guevara, Angel Porfirio	084
Reyes Rosa, Olga	041	Sánchez Munguía, Lucio	948
Reyes Rodríguez, Román Eduardo	908	Sandoval Calix, Wilfredo	420
Reyes Soto, Joaquín	209	Sandoval Díaz, Rafael Roberto	721
Reyes Vásquez, Jorge Isaac	543	Sandoval Pineda, Manuel A.	073
Riera Hotta, Abraham	192	Santos Alvarado, Jacobo	594
Rivas Alvarado, Carlos	130	Santos de Avilés, María	673
Rivas Bustamante, Gustavo A.	137	Santos López, Neftalí	736
Rivas Chávez, Luis Gonzalo	755	Sarmiento Acosta, Luis Alonso	496
Rivas García, José Armando	482	Sarmiento Soto, Manuel	183
Rivas Muñoz, Oscar Rolando	895	Sarmiento Soto, Marco Antonio	518
Rivas Pérez, Mario Catarino	250	Sarmiento Soto, Marcio	633
Rivera Cáceres, José Augusto	231	Sarmiento Soto, Ramón Alberto	470
Rivera Domínguez, Presentación	485	Saybe Cabús, Jorge Martín	331
Rivera Fajardo, Elio	350	Saybe Barnica, Víctor	936
Rivera Henry, Julio C.	196	Segura Godoy, Angel	818
Rivera Meza, Mario Guillermo	935	Sequeiros Verde, Manuel	267
Rivera Medina, Carlos Humberto	183	Sevilla Rivera, Marco Antonio	494
Rivera Miyares, Jorge Alberto	147	Sibrián Corea, Laudelino	336
Rivera Núñez, José Benjamín	284	Sierra Andino, Carlos	203
Rivera Reyes, Manuel de Jesús	037	Sierra García, Donald	415
Rivera Reyes, Armando	133	Sierra Lagos, Rafael Enrique	329
Rivera Reyes, Roberto	376	Sierra Martínez, Edgardo	472

Sierra Martínez, Jorge Alberto	765	Varela Ramos, José Mauricio	608
Sierra Martínez, Miguel Angel	547	Vargas Fúnes, Angel Donoso	031
Sierra Medina, Julio	580	Vargas Pineda, Sergio Rodolfo	783
Sikaffy Talamás, Jesús	266	Vaquero Muñoz, Luis	056
Silva de Rivas, María Helena	505	Vásquez Aguilar, José Octavio	562
Silva Godoy, José Luis	514	Vásquez Alvarado, José Arturo	878
Solis Pinto, Carlos A.	570	Vásquez Casanova, Pompeyo	671
Soriano Pizzati, Víctor Manuel	840	Vásquez Cueva, Jesús Alberto	368
Sosa Alvarado, Manuel Esteban	055	Vásquez Valladares, Marco Tulio	963
Sosa García, Marco Antonio	907	Vásquez Zelaya, Rosalpina	629
Sosa Mendoza, Roberto Pascual	850	Velásquez Cruz, Danilo	392
Sosa Vidal, Marco Antonio	391	Velásquez García, Nelson	779
Soto Alcerro, Aristides	786	Velásquez García, Orison	954
Suárez Turcios, Luis	761	Velásquez Laínez, Armando	025
Suazo Búlnes, Aristides	369	Velásquez García, José Ramón	279
Suazo Córdova, Roberto	122	Velásquez Rodríguez, Mario R.	869
Suazo Mejía, Antonio	650	Velásquez Suazo, Fausto	249
Suazo Ruiz, Gustavo	579	Venegas Flores, Arturo Joaquín	171
Suazo Vásquez, Herminio	852	Viana Matute, Elio L.	646
Suazo Urquía, Manuel Octavio	622	Vidal Soto, César Antonio	551
Suazo Zacapa, Raúl	863	Vides Turcios, Marcial	396
Suazo Zacapa, Mauro Darío	958	Vides Turcios, Oscar	660
Stefan Hode, René	704	Villafranca Soto, Terencio	291
Táborá Bautista, José Eliseo	115	Villalobos Castillo, Juan R.	366
Táborá Flores, José Eduardo	657	Villanueva Doblado, Jorge A.	176
Táborá Solares, Jorge Alberto	821	Villotoero Laínez, Francisco S.	928
Táborá Táborá, Rolando	823	Villela A., Miguel Angel	332
Talavera Westin, Eduardo	085	Villela Chinchilla, Roberto	263
Tejada Díaz, Rothman	835	Villela Sagastume, Oscar R.	674
Tercero Flores, Víctor Manuel	884	Villeda Bermúdez, Rubén Antonio	713
Tercero Mendoza, Rafael A.	211	Villeda Soto, Juan José	083
Tinoco Araya, Eduardo	337	Villela Vidal, Ricardo	227
Tinoco, Roberto Obdulio	712	Vijil González, Max Alonso	554
Toledo Herrera, Antonio	750	Vijil Osorio, Julio César	537
Tomé Abarca, Fernando	520	Vindel Serrano, Ramón Pedro	555
Trejo Tercero, Rigoberto	913	Vittetoe Bustillo, Kenneth	703
Tróchez Pineda, Hilton Bruno	625	Voto Delgado, José	028
Tróchez Sabillón, Gonzalo	255	Waimín Ramos Guillermo Gerardo	790
Torres Padilla, Benjamín	458	Wolfovich Alvarado, José A.	584
Torres Willis, Manuel Antonio	165	Yacamán Flores, Antonio A.	915
Tovar López, Pedro	932	Yacamán Yacamán, Víctor R.	621
Turcios García, José María	949	Younberg, Stephen Aaron	389
Turcios Raudales, Manfredo	807	Ynestroza Urrutia, Wilfredo	636
Ulloa Donaire, Miguel Antonio	294	Yuja Abdelnour, Raouf Elías	916
Ulloa Vásquez, Ernesto	486	Zambrana Castillo, Mario A.	283
Ulloa P., Angel Augusto	314	Zavala Castillo, Octavio	173
Urbina Guerrero, Nicolás	794	Zavala Castellón, Rosalío Roberto	880
Valdés Laínez, Mario Guillermo	829	Zavala Chirinos, Alejandro	218
Valenzuela A., Juan Ramón	351	Zavala Rubio, Hugo	714
Valenzuela Castillo, Renate	853	Zavala Sandoval, Reynaldo O.	549
Valenzuela Guerrero, Rodolfo	425	Zelaya Appel, Julio Antonio	521
Valerio Damas, José Edgardo	806	Zelaya Bonilla, Pedro Guillermo	945
Valerio Pazzetti, José René	184	Zelaya Flores, Juan Evangelista	013
Valeriano, Marcial Rodolfo	845	Zelaya de Lobo, Rina Isabel	933
Valladares Lemaire, Juan René	024	Zelaya Lozano, Emilsio Adalberto	729
Valladares Rivera, José Erasmo	022	Zapata Dubón, Roberto	738
Valladares Valladares, Evandro	775	Zelaya Martínez, Gilberto	592
Valle Mejía, Carlos Aristides	215	Zelaya Martínez, Rafael	281
Valle Sigui, Héctor Augusto	454	Zelaya Pinel, Arturo	229
Vallecillo Molina, Gaspar	773	Zelaya Ramírez, Angel	103
Vallecillo Toro, Gaspar	214	Zelaya Reyes, José Francisco	938
Vallecillo Toro, Octavio	240	Zelaya Smith, Jorge Manuel	078
Vallejo Larios, Victor Manuel	531	Zelaya Táborá, José Enrique	661
Vallejo, Gustavo Adolfo	939	Zepeda Raudales, Adán	144
Van Eyl, Olga Johanna	668	Zepeda Turcios, Roberto	182
Varela Mejía, Fausto José	265		

Zepeda V., Francisco Salomón	241
Zerón Ortega, Roberto	419
Zúniga, César Augusto	098
Zúniga Alemán, Alfonso	812
Zúniga Alemán, Gustavo Adolfo	416
Zúniga Amador, Darío	506
Zúniga Carias, Luis Manuel	926
Zúniga Díaz, Gustavo Adolfo	140
Zúniga Lagos, Alejandro	287
Zúniga Durón, Silvio Renato	021
Zúniga Ortega, Raúl Enrique	277

COLEGIADOS FALLECIDOS

Eduardo Fernández Selva	038
Guillermo Bustillo Oliva	043
José Antonio Bobadilla	045
Atilio González Flores	070
Marco Tulio Burgos	102
Miguel A. Sánchez	121
Cristóbal Núñez C.	125
Octavio Valladares E.	143
Carlos Arturo Torres Wills	156
Amado M. Mendoza Alvarado	175
Rodolfo Figueroa Rosa	228

Teodoro Valle M.	239
Emigdio Mena Q.	246
Felipe Ponce Tejeda	251
Pablo V. Moncada	262
Ramón Reyes Ramírez	285
José Harold Casco Mazier	288
Martín A. Bulnes	292
Manuel Castillo Barahona	299
Juan V. Moncada	304
José Ramón Villeda Morales	347
Joaquín Romero Méndez	348
Vicente Mejía Colindres	384
Manuel de Jesús Echeverría	398
Antonio Ramón Amaya Bográn	422
Carlos Alberto Reyes Navarro	433
Luis Ynestroza López	510
Juan Miguel Fiallos Castillo	599
Jacinto Octavio Moreno	261
José Atuán Simón	495
Leopoldo Montenegro Peña	310
José Ramón Durón Rivera	005
Edgardo Eugenio Dávila Recinos	708
Andrés H. Barnica Alvarado	717
Raúl Chirinos Velásquez	300
Roberto Eiuschitz S.	207
José Manuel Dávila	197
Francisco Dubón Doblado	559
Isidoro Acosta Guifarro	172
Humberto Salgado Martínez	177
Victor Manuel Velásquez	109
Jorge A. Durón García	381
Jesús Sosa Vidal	032
Julio Seaman Reyes	132

Lista de Médicos Especializados reconocidos por el "Colegio Médico de Honduras"

Hasta el 15 de Noviembre de 1975

ESPECIALISTAS EN PEDIATRIA TEGUCIGALPA

Dr. Armando Andino Matamoros
Dr. Alberto C. Bendack N.
Dr. Adán Zepeda Raudales
Dr. Carlos A. Delgado
(Cirugía Pediátrica)
Dr. Carlos Rivera Williams
(Ortopedia Pediátrica)
Dr. Carlos Máximo Gálvez
Dr. Carlos Godoy Arteaga
Dr. Danilo Castillo Molina
Dr. Danilo Hernán Fajardo C.
Dr. Fernando Tomé Abarca
Dr. Francisco Salomón Zepeda
Dr. Francisco Cleaves Tomé
Dr. Gilberto Osorio Contreras
Dr. Juan Pablo Benavides
Dr. José Eliseo Tábora
Dr. Juan Barrientos Valle
Dr. J. Radegundo García
Dr. Manuel Enrique Larios Bonilla
Dr. Oscar González Ardón
Dr. Rafael Tercero Mendoza
Dr. René Hernández
Dr. Roberto Mejía Durón
Dr. Salvador Lovo López Villa
(Cirugía Pediátrica)
Dr. Tristán Martínez Castillo
Dr. Luis Alonso Barahona
Dr. Roberto Rivera Reyes
Dr. Enrique Ernesto Alvarado
Dr. Saady Oscar Bueso Bueso
Dr. Armando Delgado Zepeda
Dr. Angel Porfirio Sánchez
Dr. José Octavio Vásquez
Dr. Armando Alemán
Dr. Rodolfo Valenzuela
Dr. Armando Paredes
Dr. Leonidas Padilla
Dr. Elmer Antonio Rubí

SAN PEDRO SULA

Dr. José Elías Handal
(Cirugía Pediátrica)
Dr. Elio L. Viara
Dr. Juan Sabillón Leiva
Dr. Mario Duilio Lanza
Dr. Benjamín Matamoros
Dr. Salvador Paredes Toro
Dr. Roberto Cáliz Hernández
Dr. Luis Bueso Arias
Dr. Edgardo Arriaga Iraheta
Dr. Miguel Angel Irías Miralda
Dr. Nasry Kamal Handal

Dr. Roberto Villela Chinchilla
Dr. Manuel Antonio Calderón
Dr. Jesús Humberto Orellana
Dr. Pablo Hernández M.
Dr. Jorge Augusto Rápalo Herrera

LA LIMA

Dr. Arturo Joaquín Venegas
Dr. Carlos A. Javier Santos
Dr. Jorge A. Guillén

LA CEIBA

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

SANTA ROSA DE COPAN

Dr. Juan Bautista Almendares Irías

EL PARAISO

Dr. Mario Santos Medal

EXTERIOR

Dr. Juan de Dios Díaz Zelaya

TELA, ATLANTIDA

Dr. Wilfredo Chavarria Isaula

COMAYAGUA

Dr. Wilberto Lagos

ESPECIALISTAS EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TEGUCIGALPA

Dr. Mario Pavón Moncada
Dr. Enrique O. Samayoa
Dr. Joaquín Angel Núñez
Dr. Humberto Rivera Medina
Dr. Elías Alejandro Faraj R.
Dr. Octavio Zavala Castillo
Dr. Ramiro Figueras Rodezno
Dr. Marcial Vides Turcios
Dr. Mario Alfredo Zambrana
Dr. Alejandro Zúñiga Lagos
Dr. Ramón Velásquez García
Dr. Mario Alcerro Castro
Dr. Ricardo Ochoa Alcántara
Dr. Manuel Sequeires Verde

Dr. Benjamín Fortín Midence
 Dr. René Díaz Salinas
 Dr. Gaspar Vallecillo Molina
 Dr. Carlos Martínez Castillo
 Dr. Julio César Batres
 Dr. Miguel Ángel Mejía
 Dr. Carlos A. Medina
 Dr. Antonio Romero Rovelo
 Dr. Jorge A. González C.
 Dr. Manuel Armando Chávez Quan

SAN PEDRO SULA

Dr. Sergio Bendaña Meza
 Dr. César R. Abud
 Dr. Benjamín Alirio Mena Baide
 Dr. Julio César Bueso C.
 Dr. Marco Antonio Sosa Vidal
 Dr. Guillermo Ayestas
 Dr. Mario Augusto Peraza Zelaya
 Dr. Elio Rivera Fajardo
 Dr. José Trinidad Aguilar
 Dr. Antonio Abraham Yacamán Flores
 Dr. Juan Ramón Cueva Recinos
 Dr. José René Valerio Pazzetti
 Dra. María del Tránsito Linares

LA LIMA

Dr. Raúl Manuel Romero Madrid
 Dr. Ángel Zelaya Ramírez

LA CEIBA

Dr. Jesús Alberto Vásquez Cueva
 Dr. César Rodríguez Lainez
 Dr. Juan Montoya Alvarez
 Dr. Fernando Azcona del Hoyo

EL PROGRESO

Dr. Adalberto Avila Panchamé

CHOLUTECA

Dr. Marco Antonio Rápalo Faredes

EXTERIOR

Dr. René Carranza Velásquez

ESPECIALISTAS EN CIRUGIA GENERAL

TEGUCIGALPA

Dr. José Gómez Márquez G.
 Dr. Gustavo Adolfo Zúñiga Díaz
 Dr. Virgilio Banegas Montes
 Dr. Ángel D. Vargas
 Dr. Ramiro H. Lozano
 Dr. Silvio R. Zúñiga D.
 Dr. Juan Andoní Fernández
 Dr. Cándido Mejía Castro
 Dr. Rigoberto Arriaga Chinchilla

Dr. Mario German Castejón
 Dr. Salvador Hiza Kury
 Dr. Alejandro Adán Membreno P.
 Dr. José David Pineda Escoto
 Dr. Claudio Ayestas
 Dr. Eugenio Matute Canizales
 Dr. Lincoln Cassis Kawas
 Dr. Miguel Orlando Ramírez Castañeda
 Dr. Ángel Ernesto Argueta A.
 (Cirugía del Cáncer)

SAN PEDRO SULA

Dr. Pedro Martíell Guillén
 Dr. Luis Alejandro Cousin
 Dr. Guillermo Florentino Pineda
 Dr. Guillermo Bendaña Meza
 Dr. Rigoberto Milla Caballero
 Dr. Andrés Arturo Martínez G.
 Dr. Francisco Murillo Escobar
 Dr. Juan Ramón Collar Valle
 Dr. Ramón Laríos Contreras
 Dr. Luis Vaquero Muñoz
 Dr. José Arnold Paz

LA LIMA

Dr. J. Armando Caballero R.
 Dr. Julio César Rivera Henry

LA CEIBA

Dr. Rigoberto Rodríguez Izaguirre
 Dr. Humberto Domínguez Córdova
 Dr. Wilfredo Sandoval Cáliz

COMAYAGUA

Dr. Rodolfo Reyes Berlíoz

JUTICALPA

Dr. José Manuel Díaz Bonilla

CHOLUTECA

Dr. Rodrigo Gutiérrez

SANTA ROSA DE COPAN

Dr. Fernando Hilsaca Hilsaca
 Dr. Rodolfo Interiano

EXTERIOR

Dr. Nahin Hode Nasralla
 Dr. Gustavo Adolfo Ortez Colindres
 Dr. Marco Antonio Cáceres Rivas
 Dr. Raúl G. Reyes
 Dr. J. Antonio Bermúdez Milla

ESPECIALISTAS
EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR

TEGUCIGALPA

Dr. José David Pineda Escoto
Dr. Pedro Fiallos Medina

ESPECIALISTAS
EN MEDICINA INTERNA

TEGUCIGALPA

Dr. Manuel de Jesús Rivera Reyes
Dr. Héctor Alfredo Medrano
Dr. Armando Flores Fiallos
Dr. Jorge Alberto Pacheco
Dr. Rafael Zelaya Martínez
Dr. Jacobo Palma Molina
Dr. Gustavo Adolfo Zúñiga Alemán
Dr. Carlos Sierra Andino
Dr. Francisco Rolando García Rivas
Dr. Alfredo León Gómez
Dr. Marco Antonio Bográn
Dr. Hugo A. Álvarez Godoy
Dr. Sergio Murillo Elvir (Reumatología)
Dr. Antonio Roberto Núñez Zúñiga
(Neumología)
Dra. Flora Crescencia Duarte de Núñez
(Hematología Oncología)
Dr. Plutarco E. Castellanos

SAN PEDRO SULA

Dr. Shibly Canahuati
Dr. Roberto Bermúdez B.
Dr. César J. Larach
Dr. Rodrigo Martínez
Dr. Aníbal E. Murillo

LA LIMA

Dr. Juan José Villeda Soto
Dr. Hugo Alvarado

EXTERIOR

Dr. Jorge A. Táhora
Dr. Raúl Oviedo Cubas
Dr. Enrique Martínez Boquín

CHOLUTECA

Dr. José Antonio Bueso C.

ESPECIALISTAS EN SALUD PUBLICA

TEGUCIGALPA, D. C.

Dr. Manuel A. Sandoval
Dr. Angel Porfirio Sánchez
Dr. Arturo Zelaya Pinel
Dr. Benjamín Rivera
Dr. Carlos A. Bendaña

Dra. Anarda Estrada Domínguez
Dr. Rigoberto Alvarado Lozano
Dr. Carlos Fidencio Portillo
Dr. Hilton Bruno Tróchez P.
Dr. Julio A. González Ortiz
Dr. Ernesto Antonio Pinto
Dr. Carlos Godoy Artesga
Dr. Jacobo Santos Alvarado
Dr. Alberto Guzmán Banegas
Dr. Carlos Alirio Cruz López
Dr. Danilo Velásquez Cruz
Dr. Luis Felipe Bekker Guzmán
Dr. Roberto Cruz Gavidia
Dr. Rafael Lobo Cerna
Dr. Gustavo Bardales Renderos
Dr. Aristides Suazo Bulnes
Dr. Francisco Javier Montes
Dr. Napoleón Gúnera Aguilar

EL PARAISO

Dr. Reynaldo O. Zavala Sandoval

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
Dr. Roberto Gutiérrez Villafranca
Dr. Merlyn Fernández Rápalo

NACAOME

Dr. Oscar Antonio Molina Molina

SANTA ROSA DE COPAN

Dr. Francisco Alberto Hernández Santos
Dr. Arnulfo Bueso Pineda

COMAYAGUA

Dr. Fausto Varela Mejía

JUTICALPA

Dr. Ubence Cáliz S.

EXTERIOR

Dr. Alonso Aguilera Ponce
Dr. Carlos A. Pineda Muñoz

ESPECIALISTAS EN EPIDEMIOLOGIA

TEGUCIGALPA, D. C.

Dr. Napoleón Gúnera Aguilar

**ESPECIALISTAS
EN ADMINISTRACION DE HOSPITALES**

LA LIMA

Dr. Julio César Rivera Henry

TEGUCIGALPA

Dr. Jacobo Santos Alvarado

ESPECIALISTAS EN NEUROLOGIA

TEGUCIGALPA, D. C.

Dr. Francisco León Gómez
Dr. René Valladares Lemaire

SAN PEDRO SULA

Dr. Roberto Zerón Ortega (Infantil)

**ESPECIALISTAS
EN TRAUMATOLOGIA Y ORTOPIEDIA**

TEGUCIGALPA

Dr. Rigoberto Ramírez Alfaro
Dr. Aristides Girón Aguilar
Dr. Adán Boza Zerón
Dr. Luis Samra
Dr. Francisco Montes Guerrero
Dr. Honorio Claros Fortín
Dr. César A. Zúñiga
Dr. Saúl Laríos H. (Ortopedia Pediátrica)

EXTERIOR

Dr. Antonio Bermúdez Milla

SAN PEDRO SULA

Dr. Jorge Martín Saybe Cabus
Dr. Raúl Cuéllar M.
Dr. Antonio Márquez
Dr. German Salgado D.
Dr. José Enrique Zelaya Tábora

**ESPECIALISTAS
EN OTORRINOLARINGOLOGIA**

TEGUCIGALPA, D. C.

Dr. Oscar Martínez Matamoros
Dr. José Castro Reyes
Dr. Enrique Aguilar Paz
Dr. Gonzalo Rodríguez Soto
Dr. Armando Mejía Del Cid
Dr. José Vicente Mazariegos G.
Dr. José Oquellí Cárcamo

SAN PEDRO SULA

Dr. Donaldo Sierra García
Dr. Dagoberto Moreno Perdomo
Dr. Manuel Interiano Rodríguez
D. Orlando Merino Zaldivar

ESPECIALISTAS EN NEUROCIRUGIA

TEGUCIGALPA, D. C.

Dr. Rafael Molina Castro
Dr. Carlos G. Mena Díaz
Dr. René Valladares Lemaire
Dr. Jorge Alberto García Martínez

EXTERIOR

Dr. Armando Bardales Rodríguez

ESPECIALISTAS EN DERMATOLOGIA

TEGUCIGALPA, D. C.

Dr. Hernán Corrales Padilla
Dr. Héctor Láinez Núñez
Dr. Ramón Sarmiento Soto
Dra. Virginia Aurora de Espinoza
Dr. Miguel Angel Girón
Dra. Nohemí Isabel Alvarez de Salgado

SAN PEDRO SULA

Dr. José Trinidad Paz Rivera
Dr. Alberto Elías Handal
Dr. Alberto Domning Chavarría

ESPECIALISTAS EN UROLOGIA

TEGUCIGALPA, D. C.

Dr. Ignacio E. Midence
Dr. Salomón Munguía Alonzo
Dr. Rigoberto López Lagos
Dr. Allan Leonel Pineda F.

SAN PEDRO SULA

Dr. René Bendaña Meza
Dr. Andrés Arturo Martínez G.
Dr. Victor R. Yacamán

ESPECIALISTAS EN OFTALMOLOGIA

TEGUCIGALPA, D. C.

Dr. Nicolás Odch Nasrala
Dr. Renato Bendaña Medal
Dr. Luis Callejas Zelaya
Dr. Héctor Valle Siguí
Dr. Ramón Vindel Serrano
Dra. Vilma Lilian Colindres Delgado
Dr. Armando Sánchez A.
Dr. Edgardo Navarrete Melghem

SAN PEDRO SULA

Dr. Efraín Ochoa Reina
Dr. Carlos Elvir Aceituno

LA CEIBA

Dr. Luis Alberto Ponce P.

ESPECIALISTAS EN ENDOCRINOLOGIA

Dr. Manuel de Jesús Rivera Reyes
Dr. Marco Antonio Sarmiento Soto
Dr. René Augusto Henríquez Espinoza

ESPECIALISTAS
EN CIRUGIA TORACICA

TEGUCIGALPA, D. C.

Dr. Daniel Mencia Salgado
Dr. Francisco Murillo Selva
Dr. Cándido Mejía Castro

SAN PEDRO SULA

Dr. Rigoberto Milla Caballero
Dr. Ramón Larios Contreras

EXTERIOR

Dr. Marco Antonio Cáceres Rivas

ESPECIALISTAS EN RADIOLOGIA

TEGUCIGALPA

Dr. José Ramón Pereira
Dr. Jorge A. Villanueva
Dr. Jorge Rivera Miyares
Dr. Cernelio Corrales Padilla
Dr. Rubén Antonio Villeda B.
Dr. Conrado E. Rodríguez
Dr. Jaime Haddad Quiñónez
Dr. Alfredo C. Midence

SAN PEDRO SULA

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

LA CEIBA

Dr. Roberto Zepeda Turcios
Dr. Rolando Andrade Tejeda

ESPECIALISTAS EN ANESTESIOLOGIA

TEGUCIGALPA

D. René Cervantes Gallo
Dr. Oscar Armando Rivera R.
Dr. Justo Manuel Echeverría F.
Dra. Zulema Canales Zúniga
Dr. Alejo Lara López
Dr. Ramón Boquín Nolasco
Dr. Alfredo Fortín Ynestroza
Dr. Santos Darío Ayestas
Dr. Jorge Alberto Corea
Dr. Vicente Hernández Cañadas
Dra. María Elena Domínguez de Murillo
Dr. Nicolás Montes Guerrero
Dr. Marco Antonio Midence H.

SAN PEDRO SULA

Dr. José Trinidad Aguilar
Dr. Antonio Mariona Mejía
Dr. Ramón Valenzuela
Dr. Ricardo Gavidia Reynaud

LA CEIBA (ATLANTIDA)

Dr. Randolpho Castillo Zúniga
(Anestesiología Pediátrica)

ESPECIALISTAS EN PSIQUIATRIA

TEGUCIGALPA

Dr. Francisco León Gómez
Dr. Asdrúbal Raudales
Dr. Alfredo León Padilla
Dr. Dagoberto Espinoza Mourra
Dr. Rodolfo Dubón Martínez
Dr. Manuel Esteban Sosa
Dr. Jorge Isaac Reyes
Dr. Marco Antonio Sevilla Rivera
Dr. Alejandro López Zelaya
Dr. Jorge Manuel Zelaya Smith
Dra. Elia Felicita Antúnez de Reyes

SAN PEDRO SULA

Dr. Hiram Flores V.
(Psiquiatría Comunitaria)

EXTERIOR

Dr. Ramón Alcerro C.
(Psiquiatría Infantil y Salud Pública)

ESPECIALISTAS EN PATOLOGIA

TEGUCIGALPA

Dr. Raúl Durón Martínez
Dr. Virgilio Cardona López
Dr. Ramón Custodio López
Dr. Carlos Ventura Ramos Fúnes
Dr. Carlos A. Javier Zepeda
Dr. Danilo A. Alvarado Quezada

EXTERIOR

Dr. Raouf E. Yuja

ESPECIALISTAS
EN PATOLOGIA CLINICA

TEGUCIGALPA, D. C.

Dr. Selim Castillo H.
Dr. Ronaldo Henríquez G.

ESPECIALISTAS
EN ANATOMIA PATOLOGICA

TEGUCIGALPA, D. C.

Dr. Rolando A. Tábora
Dra. Claudina Ferrera
Dr. J. Adán Cueva V.

SAN PEDRO SULA

Dr. Oscar Raudales

ESPECIALISTAS EN HEMATOLOGIA

Dr. Tomás Martínez Ponce

ESPECIALISTAS EN CARDIOLOGIA**TEGUCIGALPA**

Dr. Armando Flores Fiallos
 Dr. Carlos Sierra Andino
 Dr. Arturo Alvarez Martínez
 Dr. Ernesto Argueta Ariza
 Dr. José Lisandro Reyes Quezada
 Dr. Alfredo León Gómez
 Dr. Marco Antonio Bográn
 Dr. Marcio Sarmiento Soto
 Dr. Oscar Cárcamo Tercero

SAN PEDRO SULA

Dr. Francisco Dox Guillén
 Dr. César J. Larach
 Dr. Roberto Bermúdez B.

ESPECIALISTAS EN NEUMOLOGIA**TEGUCIGALPA**

Dr. Alberto Guzmán Banegas
 Dr. Joaquín Reyes Soto
 Dra. Eva Manheim de Gómez
 Dr. Luis Munguía Alonzo
 Dr. Raúl Flores Fiallos
 Dr. Manuel Sarmiento Soto
 Dr. Federico Baltodano Meija
 Dra. Marta Membreño Padilla
 Dr. Rigoberto Alvarado Lozano
 Dr. René Flores Flores

SAN PEDRO SULA

Dr. Erasmo Valladares
 Dr. Carlos Caminos Díaz

CHOLUTECA

Dr. Roberto Oliva Barralaga

**ESPECIALISTAS
EN GASTROENTEROLOGIA****TEGUCIGALPA**

Dr. César Lozano Caballero
 Dr. Armando Rivas García
 Dr. Edgardo Alonzo Medina
 Dr. Jorge Haddad Quiñónez
 Dr. Lorenzo Amador Ponce

SAN PEDRO SULA

Dr. Shibly Canahuati
 Dr. Pompeyo Raquel Sánchez

**ESPECIALISTAS EN CIRUGIA
PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA****TEGUCIGALPA**

Dr. César Henríquez Izaguirre
 Dr. Ednardo Talavera Westin
 Dr. Oscar Aguiluz Berlioz

**ESPECIALISTAS
EN CITOLOGIA EXFOLIATIVA****TEGUCIGALPA**

Dra. Hena Cardona de Herrera
 Dra. Emilia Bustillo

ESPECIALISTAS EN ONCOLOGIA**TEGUCIGALPA**

Dr. René Medina Nolasco
 Dr. Juan Evangelista Zelaya

**ESPECIALISTAS EN MEDICINA
FISICA Y REHABILITACION****TEGUCIGALPA**

Dr. David Abraham Galo
 Dr. Ramiro Coello Núñez

ESPECIALISTAS EN NUTRICION**TEGUCIGALPA**

Dr. José Pablo Figueroa S.

ESPECIALISTAS EN ANGIOLOGIA**TEGUCIGALPA**

Dr. José Gómez Márquez G.

SAN PEDRO SULA

Dr. German Rigoberto Madrid

ESPECIALISTAS EN FISIOLOGIA**TEGUCIGALPA**

Dr. Francisco Alvarado Salgado
 Dr. Juan Angel Almendares Bonilla

**ESPECIALISTAS
EN CIENCIAS BASICAS****TEGUCIGALPA**

Dr. Samuel Dickerman K.

**ESPECIALISTAS EN NEFROLOGIA
EXTERIOR**

Dr. Gustavo Enrique Martínez Boquín

ESPECIALISTAS EN FARMACOLOGIA**TEGUCIGALPA, D. C.**

Dr. Pablo José Cámbar

ESPECIALISTAS EN ACUPUNTURA**SAN PEDRO SULA**

Dr. Roberto A. Contreras Rosa