

## REFERATAS

K. A. C.

**1? ANESTESIA EN ENFERMOS CARDIOVASCULARES**, por el Dr. Carlos Enrique Carranza, publicado en la Revista Médica de Córdoba (Argentina) febrero 1953, año 41, volumen 41, N- 12.

El Dr. Carranza se refiere a la responsabilidad de los anestesistas al prodigar sus conocimientos a los pacientes con trastornos cardiovasculares que deben ser sometidos a la cirugía, del paciente, que conoce sus modos de reacción y puede aconsejar sobre la conducta a seguir en determinadas circunstancias.

A continuación el autor se refiere a la conveniencia de que se evite todo traumatismo psíquico, evitando si es posible que el paciente sepa que va a ser intervenido.

Una vez que el paciente esté en manos del anestesista, éste debe de contar con todo medio a su alcance para informarse del estado del enfermo; debiendo de recurrir a cuanto recurso auxiliar se disponga. Deberá coniar además con la rutinaria vigilancia de la respiración, pulso, presión arterial, el registro manométrico intraarterial, la oximetría, a veces con procedimientos rápidos del laboratorio con el hematocriío, y llegar cuando es necesario a la cardioscopía y cardiografía. Debe tener a su alcance los recursos necesarios para combatir situaciones de emergencia, debe contar con estimulantes y respiratorios, sangre, plasma y líquidos transfundibles.

Insiste luego el autor en que la mayor preocupación del anestesista debe ser observar al enfermo; lo que cobra doble valor en su trabajo con enfermos cardíacos. Hace resaltar la necesidad de reconocer precozmente cualquier tipo de anoxia ya que en los pacientes a que se refiere se cuenta con energía de reserva disminuida y con facilidad del juego de mecanismos que eleva la presión y aumentan el volumen minuto. Si se trata de una hipoxia leve y transitoria puede resultar únicamente una deuda de oxígeno simple. Pero si la hipoxia es más prolongada puede entrarse en una situación de gravedad. Dice: «Recordemos para ellos que en la fase anoxibiótica el Glucógeno produce ácido láctico y que en la fase oxibiótica, este reconstituye el Glucógeno en sus cuatro quintas partes y quinto restante se quema dando anhídrido carbónico y agua. Pero si falta oxígeno esta fase oxibiótica no se realiza normalmente: no se puede «Quemar» el ácido láctico, ni reconstituirse el Glucógeno en la proporción citada, con lo que aumenta la deuda de oxígeno. Además, el ácido láctico que pasa a la circulación desaloja al anhídrido carbónico de sus combinaciones para formar lactatos, con lo que disminuyen las reservas alcalinas y hay una desviación del pH

hacia las acidosis, lo que produce a la vez alteraciones en los capilares, condición que lleva al «Shock», el que significa anoxia y círculo vicioso».

Hace luego, consideración sobre el hecho de que el músculo cardíaco en condiciones de mala oxigenación en lugar de consumir ácido láctico, lo produce; y al hecho de que por la situación de anomalía se ponen en juego mecanismos de defensa a través del seno carotideo y con excitación del centro respiratorio; lo cual lleva a un mayor gasto de oxígeno, a la producción de taquicardia y aumento del volumen minuto. Como, además, se trata del miocardio en malas condiciones, existe la inminencia de una claudicación aún cuando no se pase por todas las fases señaladas. De manera profiláctica se necesita pues, administrar grandes cantidades de oxígeno y bajar el metabolismo general del paciente con la premeditación conveniente. El autor hace después consideraciones sobre algunas arritmias durante la anestesia, refiriéndose solamente a las de las anestésicas con ciclopropano. Una de las arritmias se deben a la acción vagotónica de este anestésico, a lo que se suma la acción de los barbitúricos. Morfina y Atropina que se han usado como premeditación. A la acción vagotónica citada se añade otra del mismo tipo en los sujetos digitalizados. Se refiere a la bradicardia o taquicardia brusca y a bloqueos y desplazamientos del marcapaso cardíaco. Para su tratamiento se refiere al Benthine o a la atropina por vía endovenosa. Menciona también las arritmias del ciclopropano por irritabilidad del tejido automático, las cuales son más frecuentes cuando la anestesia es más profunda. Se presentan también extrasístoles ventriculares y taquicardias ventriculares seguidas a veces de fibrilación ventricular. Por fortuna esas arritmias no indican trastornos cardíacos permanentes. Se tratan con disminución del anestésico y aumento del oxígeno. Muchas se dominan con inyección endovenosa lenta de novocaína o «Pronestyl»; se previenen dando quinidina o pronestyl por vía oral antes de la anestesia. Recuerda que las drogas mencionadas pueden producir efectos dañosos, como focos tópicos y fibrilación ventricular. Recuerda también el peligro potencial de inyectar quinidina cuando se administra Novocaína, porque la última potencia la toxicidad de la primera y llega a producir la muerte instantánea.

Menciona por último en este párrafo las arritmias del ciclopropano producidas por acidosis gaseosa por hipoxemia.

Termina el autor refiriéndose a las delicadas anestésicas en enfermos con estenosis mitral, en los cuales se pueden producir fácilmente edema agudo del pulmón por dificultad del paso sanguíneo al ventrículo izquierdo y aumento de la presión en el circuito pulmonar. A esto puede contribuir el aumento de retorno venoso debido al aumento del volumen minuto y al de la presión negativa intrapleurar. Por ello debe evitarse lo que produzca y prolongue tales efectos, como la aprehensión, la anoxia, el dolor, el acumulo de anhídrido carbónico, etc. Recuerda después que el ciclopropano y el éter aumentan el volumen minuto, y que es necesario elegir el agente anestésico adecuado y la técnica compatible con la situación.

**1 TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS**, por el Dr. Fernando Coalla, publicado en la Revista Médica del Hospital Español, México, D. F., volumen 11, N- 3. 1952.

El autor después de un estudio de documentación y de experiencia personal con el tratamiento de la sífilis, llega a las siguientes conclusiones: «Cualquier tratamiento que se use para la sífilis debe dirigirse primero a curar o a dar pacientes no infecciosos. Hoy estamos autorizados para decir que esto es posible con sólo Penicilina, que el uso de metales pesados o fiebre artificial no aumenta las curaciones o mejoría de la sífilis.

La malarioterapia debe recomendarse si los resultados con penicilina desde el punto de vista clínico o serológico, no han sido satisfactorios. La penicilina es la droga más eficaz para la prevención de la sífilis congénita. Los niños con sífilis congénita mejoran notablemente con la aplicación de penicilina, siendo menos favorables los resultados en los niños mayores.

En la sífilis latente; con persistencia de reacciones serológicas positivas en sangre, el uso de la penicilina no ha dado buenos resultados para negativizarlas, debiéndose usar grandes dosis de penicilina para evitar el desarrollo de sífilis tardía.

Las reacciones de intolerancia en la penicilina con mono-esterato de aluminio son muchos menores que con el uso de otras formas de penicilina. Los resultados terapéuticos son mejores cuando se logra tener una concentración baja de penicilina en la sangre por períodos largos que cuando se usan concentraciones elevadas por períodos cortos. La concentración tisular de penicilina es mucho eficaz que la concentración de penicilina en la sangre; mientras mayor tiempo se encuentra la penicilina a concentraciones suficientes, tiene mayor poder espiroqueticida.

Cuando un tratamiento con penicilina fracasa en un paciente no hay que sujetarlo a tratamiento con metales pesados sino insistir en el tratamiento con penicilina. Se recomienda por lo tanto, el uso de penicilina en esos enfermos en que ha fracasado ya algún tratamiento.

Hasta hoy, el mejor tipo de penicilina es la penicilina pio-caína con monestearato de aluminio».

**3^ EñITROBLASTOSIS FETAL EN DOS MELLIZOS**, estudio comparativo entre las ex-sanguíneos transfusión y el ACTH-Cortisone, Por los Dres. Abally, Barquet, Chevack y Villalon. Revista Cubana de Pediatría, Tomo 24, N° 10, octubre, 1952.

Como en las anemias hemolíticas adquiridas se ha informado de buenos resultados terapéuticos con la corticotropina y el Cortisone, y la eritroblastosis fetal es esencialmente una anemia hemolítica, se han ensayado los efectos de las mencionadas substancias con la idea de impedir la formación de isoaglutinación, o de bloquear la acción de éstas. Los autores dicen que las publicaciones

sobre los efectos obtenidos en la eritroblastosis fetal se han informado en publicaciones escasas y contradictorias. Los trabajos indican un efecto muy dudoso de los mencionados productos sobre la enfermedad. Los autores habían observado evoluciones totalmente favorables de varios casos de pronóstico suave, tratados por sanguínea transfusión en combinación con corticotropina, y decidieron continuar el estudio del problema. Se les presentó la oportunidad de observar dos mellizos con eritroblastosis, y trataron uno de ellos con exsanguíneo transfusión con 500 cc. de sangre y a las 19 horas después de la primera con 300 cc. de sangre. El otro mellizo fue tratado exclusivamente con Corticotropina y Cortisone. Se siguió la evolución del hemograma y de la prueba de Coombs en ambos casos. Para poner más a prueba el efecto de la Corticotropina se escogió al niño más débil para el tratamiento opoterapéutico exclusivo.

Ambos mellizos evolucionaron de manera análoga en su curso clínico. Desde el punto de vista hematológico, el tratado con ACTH mostró tendencia a mantener su anemia y cifras altas de reticulocitos; durante el tratamiento la prueba de Coombs directa persistió positiva a los 35 días de nacido, pero los indicios de hemólisis activa desaparecían desde 9 días, persistiendo discreta reticulocitosis y anemia. El mellizo tratado con exsanguíneo transfusión evolucionó clínicamente de la misma manera que el anterior; pero al mismo tiempo se verificó una mejoría hematológica, con prueba de Coombs negativa inmediatamente después de la segunda transfusión de reticulocitos que caen a niveles normales con cifra hemática también normal, y con bazo cuya palpación persiste 24 horas después que había dejado de palparse el bazo en el otro mellizo.

Los autores llegan a la siguiente conclusión: «1.—La exsanguíneo transfusión es el tratamiento de elección en los casos de eritroblastosis fetal. 2.—El ACTH y la Cortisone por su acción de inhibición de los mecanismos antígenos y anticuerpos se encuentran indicados en 3a eritroblastosis fetal, al igual que en todas las anemias hemolíticas adquiridas. 3.—Creemos que, en el momento presente, el ACTH ha de utilizarse, por las razones antes dichas, como coadyuvante de la exsanguíneo transfusión, como hemos venido realizando desde hace algún tiempo. 4.—Estudios posteriores y mayor número de estadísticas' podrán ampliar el horizonte de lo que acabamos de decir».

**LETALIDAD DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**, por el Prof. Viell y los Dres. Morales y Castro. Publicado en la Revista Médica de Chile, año 80, W 10, octubre, 1952.

Los autores han usado el procedimiento de la tabla de vida para la medición de la letalidad. Ese procedimiento iguala el tiempo de observación estableciendo el año persona y hace posible la medición del riesgo de muerte en individuos observados en diferentes plazos.

Se refiere a la literatura de la letalidad de la hipertensión arterial, trabajos que se refieren al enfermo ambulatorio u hospita-

lizado que ha llegado al conocimiento del servicio hospitalario al consultar por sintomatología derivada de su enfermedad fundamental. Representan por tanto un grupo seleccionado de hipertensos, además de tener hipertensión arterial tienen síntomas derivados de la afección. Los autores hicieron su estudio revisando los diagnósticos de hipertensión realizados en el Servicio Médico Nacional de empleados, equipo de Santiago, Departamento de Cardiología entre los años 43-47.

Consideran que la existencia de la ley de Medicina preventiva da la posibilidad de examinar el problema de la hipertensión sin el factor de selección que involucra el estudio en el consultante hospitalario, ya que el hipertenso sorprendido por el equipo de Medicina Preventiva es en la mayoría de los casos un asintomático. Influyeron en su estudio todos los individuos que tuvieron una presión diastólica de 9 o superior de 9 centímetros mercurio en un mínimo de 2 mediciones. Su trabajo se refiere al hecho de morir por cualquier causa, siendo portador de una hipertensión arterial, midiendo el riesgo en relación al tiempo transcurrido desde el momento del primer diagnóstico de la enfermedad. Llegan al siguiente comentario y conclusiones: «El análisis efectuado nos lleva a concluir que la letalidad es mayor en el sexo masculino que en el femenino, que es mayor mientras mayor sea la edad y que es mayor mientras mayor sea la magnitud de la tensión diastólica. Nos permite concluir además, que la presión sistólica y su tamaño cardíaco influyen el pronóstico de la hipertensión sólo en relación con la magnitud de la presión diastólica la cual comanda, pudiera decirse la existencia de estas dos condiciones. Puede concluirse además que el tipo constitucional del hipertenso no parece tener importancia pronóstica y habrían antecedentes para pensar que igual fenómeno ocurren con la menopausia y el climaterio en el sexo femenino.

El esfuerzo desplegado por la ley de la medicina preventiva para disminuir la letalidad de la cardiopatía redundó en beneficio, relativamente escaso, como lo revela el hecho que la letalidad observada es bastante similar a la que exhiben los trabajos extranjeros si se toma en consideración que estos autores la han medido en un grupo de hipertensos consultantes hospitalarios y por tanto, más averiados que el grupo de hipertensos estudiados por nosotros.

Quedan dudas de que el mejor pronóstico de la mujer se debe, a una distinta solución de la enfermedad en el sexo femenino o si se debe al hecho de que la mujer hipertensa se retira del trabajo activo en mayor proporción que el hombre hipertenso.

Para terminar queremos llamar la atención acerca de que la importancia que concedemos a esta modesta investigación, reside primordialmente en haber fijado la sobrevivencia de los hipertensos sometidos al tipo de tratamiento empleados antes del año 1951, lo cual puede servir de base para estudiar en el futuro la sobrevivencia de los hipertensos tratados con las modernas drogas hipotensoras y tener así un índice de la acción que estas drogas van a tener sobre el pronóstico de la enfermedad».