

El "Caso de Guardia" en Cardiología

Conferencia dictada por el **Dr.**

MIGUEL JOSELEVICH (1)

Deseo ante todo agradecer a la "Asociación de Practicantes del Hospital Alvarez" por la invitación que me formulara para participar en este ciclo de conferencias y a su presidente por las amables palabras que acaba de pronunciar. Además, y antes de entrar en materia, deseo también explicar el significado del título de esta disertación y establecer la amplitud que me propongo dar a la misma.

Cuando tuve que resolver el tema que habría de desarrollar, me pareció conveniente elegirle entre los que pudieran ser de interés para los practicantes, dado que es a ellos que considero especialmente destinada esta conferencia. Y si bien "el caso de guardia" en Medicina* Interna es también un "caso de urgencia," considero que uno y otro no son exactamente iguales.

En efecto, el practicante puede ser llamado para atender a un cardíopata en cuatro circunstancias diferentes: en la vía pública, en el domicilio del enfermo, en el servicio de la guardia o en una de las salas del hospital. Algunas de esas circunstancias plantean situaciones de solución relativamente cómoda: el que se enferma en la vía pública es recogido y trasladado al hospital; el enfermo traído a la guardia puede ser examinado en caso necesario por los compañeros y el médico de turno; el internado tendrá su correspondiente historia clínica.

En cambio cuando se trata de un llamado a domicilio, la situación será muy diferente: el practicante deberá resolver el caso por sí solo, sin ayuda de nadie, sin los recursos y los conocimientos del médico, pero con igual y aun mayor responsabilidad que este último. De lo que haga en ese momento¹ dependerá a me-

indicación pre-operatoria, y causa indudablemente mejoras en los resultados finales de la cirugía. En un pequeño grupo de casos de lesiones inoperables de la mama y el tracto gastrointestinal, la administración de radicales resulta en una disminución de la infección secundaria e inflamación, y en reducción del tamaño del tumor el cual se convierte en una lesión técnicamente operable; pero esto raramente contribuye a mejorar el penoso pronóstico de estas lesiones.

Después de la intervención quirúrgica, pueden haberse quedado fragmentos microscópicos o inaccesibles al tacto, del tumor en el área operatoria, posibles metástasis regionales; pero la administración post-operatoria de una cantidad suficiente, de radiaciones, para esterilizar el tumor, es raramente posible, sobre áreas extensas y todo lo que sea menos de una dosis suficiente, será fútil in-

nudo la vida del enfermo; no podrá como el médico, solicitar una consulta o volver al cabo de unas horas'. Vernos, pues, que como lo dijimos, no es lo mismo hablar de "caso de guardia" y "caso de urgencia."

Así comprendido, nuestro tema resultaría tan amplio que excedería los límites de tiempo de una sola disertación. Para tratarlo convenientemente, deberíamos hacerlo, por lo menos, en un cursillo, por lo que nos concretaremos a exponerlo en forma general, destacando solo lo que consideramos indispensable conocer para el buen desempeño ante el "caso de guardia." Nos proponemos hablar en resumen de la actitud que debe asumirse ante ecos enfermes.

La conducta que corresponde en esas circunstancias, no se aparta mayormente de la habitual ante todos los pacientes: se debe interrogarlos, recogiendo así todos los antecedentes del caso; luego debe procederse al examen, tratando después de establecer el diagnóstico, formular el pronóstico y, por último, indicar o aplicar el tratamiento. Todo ello con las limitaciones que imponen las circunstancias y la urgencia del caso.

Los síntomas que motivan la llamada de urgencia pueden ser divididos en dos grandes grupos: 1) los aparentemente debidos a una enfermedad cardiovascular y 2) los aparentemente debidos a una enfermedad nocardiovascular. En base a esos grupos, dividiremos nuestra exposición en dos partes, la primera de las cuales tendrá lógicamente una amplitud mucho mayor que la segunda.

tentó en remediar lo irremediable. De acuerdo con la experiencia clínica, una radioterapia post-operatoria minuciosa se aconseja en tumores de ovario y en liposarcomas, siempre que exista evidencia razonable de que hayan quedado restos de tumor.

BIBLIOGRAFÍA

- Bargonie, J. y Tribondeau L.: **Interpretations** de quelques résultats de la radiothérapie et essai de **fixation** de un **technique** rationnelle, Comptes Rendues de la Société de Biologie 143: 983-985-1906. Citado por Renato.
- de Broglie, M.: Les Rayons X. A. Blanchard. editores París. ,
- Clunet, J.: Recherches experimentales sur les tumeurs malignes, Thesis, Faculté de Médecine de París 1910
- fraila, G.:** Dosage in Radium Therapy, Amer, Journ. of Roentgenology, 8: 674-685. 1921
- Ivy, A.: Orndoff, B., Jacoby, A and whitlow, J. F. Studies of the effect of X Rays on Glandular activity, Journ of Radiology, 4: 189-199, 1922. .
- Lacassagne, A.: Etude Histologique et Physiologique des. Effets Produits Sur l'Ovaire Parles Rayons X, Thesis. Faculty Medicine Of Lyons, 1913.
- Lampe, L.: The Radiation Therapist in contemporary Medicine Radiology 43-181-183-1944
- del Regato, J. A.: Roent-Cancer. Saunders-1947.

Tegucigalpa, D. C, Febrero de 1948.

SÍNTOMAS APARENTEMENTE DEBIDAS A UNA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Estos síntomas son: el dolor, la disnea, las palpitaciones, la opresión y la angustia; los tres primeros, mucho más importantes que los otros dos.

El dolor. Cuando somos llamados para atender a una enferma que se queja de dolores precordiales, debemos descartar ante todo la posibilidad de que esos dolores hayan sido producidos por una afección ajena al aparato cardiovascular.

En/efecto, el dolor en el pecho puede ser una manifestación de enfermedades de la pared torácica (fibrositis, neurosis o neuralgias intercostales, etc.), de enfermedades del aparato respiratorio (traqueobronquitis aguda, corticoupleritis, neumonía pleuritis, pleuresía, neumotorax, etc.), de la espina dorsal (reumatismo vertebral), etc. También puede haber sido provocado por una afección abdominal (úlcera de estómago, colecistitis, pancreatitis, etc.).

No insistiremos sobre la manera de diagnosticar cada una de esas afecciones; su eliminación nos colocará en la segunda etapa del diagnóstico: establecer el origen de los dolores precordiales propiamente dichos. En ese sentido deberemos tener en cuenta dos posibilidades importantes: la insuficiencia coronariana y las afecciones pericárdicas, porque los dolores precordiales de origen aórtico (rupturas aneurisma disecante son poco frecuentes y los por insuficiencia ventricular izquierda paroxística) ya no se aceptan en la actualidad.

Consideraremos, pues, por separado, las precordialgias de origen coronariano y pericárdico, pero como la isquemia de miocardio, es también la causa de los otros' síndromes dolorosos — angina de pecho o infarto— nos ocuparemos de estos últimos antes de hablar de las afecciones del pericardio.

El diagnóstico de la precordialgia simple suele presentar dificultades más o menos difíciles de vencer, por tratarse de una manifestación exclusivamente subjetiva. Aunque el enfermo presente antecedentes o signos de una afección orgánica que lo pudiera haber provocado, ese solo hecho no basta para afirmar la naturaleza también orgánica del dolor: suele hablarse de neurosis ante manifestaciones que después resultan ser de origen isquémico y otras veces se atribuye a esta última causa la responsabilidad de trastornos que en realidad son exclusivamente nerviosos.

Así es como Fishberg ha podido decir con razón: "No se podría hacer mayor daño a muchos enfermos que tratándolos como si todas sus molestias fueran de origen orgánico; la digital no cura el alma. Por otra parte, puede ser trágico, no sólo para el enfermo sino también para el médico, el pasar por alto las quejas bajo el demasiado fácil rótulo de un origen psicósomático; muchas trombosis coronarias se han presentado consecutivamente al veredicto que atribuía las molestias al nervosismo."