



REPUBLICA NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

DEPARTAMENTO DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA  
BIBLIOTECA MÉDICA NACIONAL

Tercera Edición, D. C., Méndez C. S.

# REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

Órgano de la  
Asociación Médica Hondureña

\*

Director:  
Dr. Humberto Díaz

## SUMARIO

	Pág.
Página del Director .....	67
Reacciones adversas Asociadas a la Administración de Sangre Total, Derivados Sanguíneos, Soluciones cristaloides y material similar .....	69
<b>Por el Dr. J. Federico J. Fiallos</b>	
Informe acerca de las actividades de la Segunda Reunión de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y del IV Congreso Mundial de Salud Mental .....	80
<b>Por el Dr. Ramón Alcerro Castro</b>	
Los Siete Pecados de la Medicina .....	89
<b>Por Richard Asher, M. D.</b>	
La Ascariidosis como factor etiológico de la obstrucción intestinal en los niños .....	95
<b>Por el Dr. José Gómez Márquez Cironés</b>	
Apuntes de Patología Médica para Enfermeras .....	98
<b>Por el Dr. Martín A. Bulnes B.</b>	

**Marzo y Abril de 1952**

# Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director: Dr.

**HUMBERTO DÍAZ**

Redactores: Dr. JOSÉ

**GÓMEZ MÁRQUEZ**

Dr. FEDERICO J. FIALLOS S.

Dr. JOAQUÍN REYES SOTO

Secretario:

Dr. CESAR A. ZUNICA

Administrador;

Dr. MARTIN A. BULNES B.

---

Año XXII Tegucigalpa, D. O, Honduras, C. A. Marzo y Abril, 1952 159

PAQUINA DEL DIRECTOR

## Un impulso QUE SE FRUSTRÁ

*Hace poco más de un año, la Asociación Médica Hondureña lanzó la muy plausible iniciativa de celebrar un Congreso Médico en nuestro país, el cual a pesar de haberse bautizado con el nombre de Primer Congreso Médico Nacional, no lo habría sido, ya que las Jornadas Médicas de 1934 representan el primer jalón que, en ese sentido, se ha realizado en Honduras.*

*Pero no es nuestro propósito discutir razones de nomenclatura entre esos eventos científicos, uno de ellos frustrado y el otro que alcanzó plena realización. Lo que nos parece que sí interesa es considerar o tratar de establecer las razones por las cuales, el noble y desinteresado esfuerzo de la Asociación Médica Hondureña, exteriorizado hace un año —poco más o menos— se desvaneció en un clima de completa indiferencia.*

*No es nuestro deseo tampoco, formular cargos de tipo personal, los personalismos no nos interesan ni nos han interesado jamás, máxime cuando se trata —como en el presente caso— de problemas nacionales que por su espíritu mismo, deben ser abordados con la mayor serenidad y sensatez.*

*Así, ante la cruda realidad de los hechos, cabe por lo menos preguntarse: ¿Por qué a la iniciativa de la Asociación Médica Hondureña, le salió al paso el desdén o la indiferencia? ¿Es que esa entidad no tiene la suficiente personalidad en Honduras para respaldarla? ¿Es que la forma en que lo hizo fue lo suficientemente incorrecta para que mereciera el silencio del gremio? ¿Es que el temario que propuso no corresponde en manera alguna a la importancia de los problemas de orden médico-social, que han venido gravitando tradicionalmente sobre nuestro pueblo?*

*No hemos podido encontrar, hasta la fecha, una razón justa y eficiente que explique el hecho que ahora apuntamos; porque todas las interrogaciones antes formuladas corresponden a respuestas que hablan en favor de nuestra vieja y prestigiosa agrupación.*

*Porque la Asociación Médica Hondureña — en veintitrés años de existencia — ha conquistado un honroso nombre, dentro y fuera de Centro-América; por su buena organización, por su obra cultural, por su obra asistencial y aun por su plataforma económica.*

*Porque el -procedimiento que siguió para llegar a la realización del Congreso, nos parece que fue lo suficientemente amplio para evitar resquemores de cualquier naturaleza. Recuérdese que fue por medio de una encuesta dirigida a todos los colegas de la República --- a la cual muy pocos contestaron---, que se recogieron las distintas ideas que servirían para estructurarlo.*

*Porque el temario que llegó a formularse, contenía distintas faces de varios de los grandes problemas nuestros dentro de la esfera hipocrática y social. Se pretendía, entre otros, el enfoque del problema de la Tuberculosis Pulmonar; el de las Enfermedades Parasitarias, especialmente El Paludismo. El problema de la Nutrición del hondureño. El problema de la Sífilis. El problema de la Mortalidad Infantil. La posición social del Médico en Honduras y otros más que por el momento se nos escapan.*

*Empero, estas líneas no son sólo de reproche, porque aun cuando dejamos constancia de querer creer que el hecho se ha debido a simple incuria, a ese alejamiento a las actividades culturales que nos imponen los ajetreos de la vida- cotidiana, ellas tienden a un nuevo llamamiento. No debemos adoptar una posición derrotista, día vendrá en que el esfuerzo tenga que superar a todos los obstáculos. Recuérdese que todo signo de inactividad en el asunto que hemos venido apuntando, desdice en forma elocuente del sentido de responsabilidad y del grado de madurez cultural de nuestro gremio.*

## Reacciones adversas asociadas a la Administración de Sangre Total

Derivados sanguíneos, soluciones cristaloides i] material similar

Por él Dr. Federico J. Fiallos

(Trabajo leído por su autor en el seno de la "Asociación Médica Hondureña").

(Concluye)

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS REACCIONES HEMOLITICAS Y PIROGENAS QUE SIGUEN A LA TRANSFUSIÓN DE PLASMA O SANGRE TOTAL:

El diagnóstico diferencial entre las reacciones hemolíticas y pirógenas es de especial importancia en vista de la naturaleza seria de la anterior. Es esencial que se haga un diagnóstico correcto y que se determinen las causas, si tales accidentes quieren ser evitados en lo futuro.

Los síntomas y signos clínicos de las reacciones hemolíticas y pirógenas, no son usualmente distintas para permitir un diagnóstico diferencial exacto, por lo menos al principio de la reacción. Consecuentemente cualquier síntoma de una reacción adversa, **con la excepción posible de una urticaria leve**, siempre que el paciente no esté bajo narcosis, demanda la interrupción inmediata de la infusión. Una reacción hemolítica seria puede no mostrar más que un ligero escalofrío como síntoma. En el caso de que tal escalofrío aparezca en el curso de una transfusión, no hay clinico o transfusionista que sea suficientemente experto para sentar un diagnóstico exacto sobre la base del hallazgo clínico. Han habido muchas ocasiones en que se ha permitido que continúe la transfusión de sangre a pesar de la ocurrencia de escalofríos leves porque alguien presumió de juzgar que la reacción no era suficientemente severa para autorizar la interrupción de la misma. En algunos de estos casos los receptores han sufrido una lesión severa del riñón. Estas precauciones rígidas no se aplican a la infusión de plasma si se sabe que el material ha sido correctamente combinado. Tal plasma tiene una titulación de aglutininas suficientemente baja de tal manera que no producirá una hemólisis significativa de los glóbulos del paciente. Por otro lado, puede suceder que un frasco de plasma no combinado pueda contener suficientes anti-cuerpos para causar una hemólisis severa si se le administra a pacientes del grupo A, B o AB.

El diagnóstico diferencial, de las reacciones hemolíticas y pirógenas asociadas con la transfusión de sangre o plasma requieren un estudio' profundo. Las líneas de investigación deberán incluir un recuento detallado de los aspectos clínicos de la reacción

y varias pruebas de laboratorio. **Dolor en los ángulos costovertebrales y una sensación de opresión en el pecho sugiere» una acción hemolítica.**

Las investigaciones del laboratorio deben, proseguirse así:  
1) Guárdese el frasco de sangre o plasma lo mismo que los aparatos que han servido para administrarlos. Asegúrese de no contaminar el material y juego de transfundir. Siémbrese y cultívese una muestra de sangre o plasma si la reacción no se explica por otros estudios.

2) Tómese una muestra de sangre de la vena del paciente inmediatamente después de la reacción y absolutamente dentro de los 30 minutos. Úsese una jeringa limpia, estéril y seca. Evítase una estasis indebida removiendo el torniquete antes de sacar la sangre. Déjese coagular la sangre y sepárese el suero. Nótese cualquier evidencia de hemoglobina libre o un aumento de bilirrubina en el contenido del suero. Una impresión bastante exacta puede ser obtenida por la comparación visual de los colores de los sueros de post-reacción y el usado para la prueba cruzada, aunque un análisis químico es siempre deseable. Si en el suero no hay señales de hemoglobina libre o un aumento de bilirrubina, la reacción hemoglobina es descartada casi con certidumbre. Si la hemoglobina libre está presente o la tasa de bilirrubina se eleva es muy posible que una reacción hemolítica haya ocurrido. Ocasionalmente un aumento leve de la bilirrubina del suero (1 a 1.5mg. x 100) puede ser notado después de que una sangre compatible haya estado almacenada por más de 14 días.

3) Recójase y analícese una muestra de la primera orina secretada después de iniciarse la reacción. Los hallazgos normales casi descartan una reacción hemolítica. La presencia de un color castaño obscuro, una prueba positiva de bencidina o la presencia de glóbulos rojos y cilindros hemáticos sugieren fuertemente una reacción hemolítica.

4) Tómese una muestra de sangre del paciente aproximadamente 4 horas después de la reacción y determínese el contenido de bilirrubina. Cada reacción hemolítica es seguido por un aumento de la bilirrubina del suero. Una muestra del suero previa a la transfusión del receptor deberá ser usada como testigo. Si cualesquiera de las pruebas anteriores da una evidencia de reacción hemolítica procédase a investigar su causa.

5) Cotéjese nuevamente el grupo de sangre del receptor con la muestra de post-reacción y con la sangre del frasco del donador, esto puede revelar el origen de la causa de la reacción. Algunas veces se cometen errores al marbetar los tubos pilotos y los frascos de los donantes. De aquí que es necesario tomar el grupo de sangre directamente del frasco del donador y una nueva muestra del receptor.

6) Revísense las pruebas cruzadas. Úsese especímenes de prerreacción " post-reacción del suero del receptor y crúcense con la sangre del frasco del donador. Las pruebas cruzadas deberán incluir pruebas en porta-objetos (slide test) del suero del receptor

con la sangre del frasco del donador. Si la compatibilidad se demuestra y los grupos son compatibles en referencia al grupo ABO, procédase a probar por diferencias de sub-tipos.

7) Determinése el factor Rh del donante y del receptor. Debe recordarse que las pruebas hechas con pacientes Rh negativos quienes han recibido transfusiones de sangre Rh -positiva dentro de pocas semanas pueden mostrar glóbulos rojos Rh positivos, aunque la mayoría serán Rh negativos. Esta posibilidad deberá ser considerada en cada prueba, de tal manera que un Rh negativo no sea marcado Rh positivo. Un error de este tipo ha conducido muchas veces a desenlaces fatales.

8) Si el receptor es Rh negativo y el donante es Rh positivo, pruébese la muestra de suero de pre-reacción para investigar la presencia de anticuerpos Rh.

9) Si no hay evidencia de diferencias de Rh (o Hr) puede ser necesario probar el receptor por los antígenos M, MN. Si es de tipo N procédase a probar el suero del donante con el grupo O, tipo M y células tipo N por la posibilidad de aglutininas anti-M.

10) Si el donador pertenece al grupo de sangre A, B o AB y ha recibido, sangre o plasma del grupo O al tiempo de la reacción titúlese el plasma del donador con los glóbulos rojos del receptor. La reacción puede ser debida a la administración de plasma con un contenido muy alto de aglutininas.

11) Centrifúguese una muestra del frasco de sangre del donador y determinése la presencia o ausencia, de hemólisis. Esto servirá para determinar si la sangre administrada está o no marcadamente hemolizada.

12) Si la reacción no puede ser explicada por los resultados de las pruebas mencionadas anteriormente o si algunas pruebas no son posibles porque la sangre del donador ha sido descartada, será de una gran ayuda titular el suero de post-reacción del receptor con glóbulos rojos del tipo A y B y repetir la titulación, dentro de 4 a 7 días. Si el receptor recibió glóbulos rojos que eran incompatibles a causa de las diferencias de los grupos ABO, él mostrará casi siempre un marcado aumento en la titulación contra el grupo que ha causado la reacción; por ejemplo: un paciente del grupo A puede recibir sangre del grupo B y sufrir una reacción. Inmediatamente después de la reacción, su suero mostrará un título relativamente bajo de aglutininas anti-B; si sobrevive por una semana, su suero mostrará un título extremadamente alto de aglutininas anti-B.

El esbozo hecho anteriormente para la investigación de las reacciones de la transfusión, puede parecer pesado y engorroso. En la práctica actual, el estudio termina generalmente al mostrar la ausencia de hemoglobina libre y el no aumento de la bilirrubina en el suero del receptor, lo que prueba que la reacción no fue de naturaleza hemoglobina. Si hay evidencia de una reacción hemolítica, la mayoría de los casos prueban ser el resultado de la transfusión hecha por un error en los grupos ABO o a incompatibilidad del factor Rh.

Cuando una reacción se demuestra que es de naturaleza hemolítica y su causa es explicada, los procedimientos correctivos son obvios. Si el paciente es Rh negativo, que reaccionó con sangre Rh positiva y muestra, anti-cuerpos Rh en el suero, deberá dársele exclusivamente sangre Rh negativa. Si recibió por error sangre de cualesquiera de los grupos ABO, tal procedimiento/ deberá evitarse en el futuro. El sistema de marbetar los tubos pilotos, frascos, etc. deberá ser corregido. Debe recordarse que si un frasco de sangre del Banco demuestra que se ha **cometido** un error en los tubos pilotos agregados a él, los otros tubos pilotos han sido probablemente agregados a otro frasco de sangre; consecuentemente, todos los frascos de sangre, deberán ser reagrupados y marbetados conforme a las muestras tomadas directamente de los frascos de sangre.

En el caso de que una reacción de escalofríos y fiebre se demuestre no ser de naturaleza hemolítica y el cuadro clínico sea razonablemente característico, se puede presumir que el trastorno fue causado por pirógenos. No es práctico ni necesario intentar generalmente una completa investigación para explicar cada reacción pirógena, sin embargo, si la reacción es severa o si el número de reacciones se eleva sobre el 1 o 2% de todas las infusiones, es necesario investigar más cuidadosamente. Generalmente, el error puede ser encontrado en la preparación incorrecta de los aparatos de transfusión. Menos a menudo, el agua destilada es pirógena debido a un destilador inadecuado o porque el agua se contamina después de la destilación. Ocasionalmente, la sangre o el plasma pueden ser contaminados, es necesario examinar siembras coloreadas del material centrifugado, como también el verificar cultivos. Ocasionalmente, un frasco de plasma puede contaminarse moderadamente y aún no mostrar crecimiento en los medios de cultivo. En algunos de estos casos, numerosas bacterias muertas pueden ser vistas en siembras coloreadas. Obviamente, estas bacterias muertas pueden causar una reacción severa cuando se inyectan endovenosamente.

#### **REACCIONES ALÉRGICAS:**

Las manifestaciones alérgicas se pueden presentar durante o después de la transfusión de sangre total, plasma y aún de preparaciones de albúmina sérica humana si ellas no son absolutamente puras. Este tipo de reacción puede manifestarse como un edema angioneurótico, urticaria o asma. El edema de la laringe, el cual puede dar lugar a una terminación fatal, es muy raro.

La urticaria es con mucho, la más común de las complicaciones; responde rápidamente a la administración subcutánea de 0.3 mg. por dosis, de epinefrina y no produce resultados; serios. La presencia de urticaria no significa necesariamente que la infusión deba ser interrumpida, pero el paciente debe ser tratado pronto y **vigilarse constantemente.**

El asma y Los signos de un edema laríngeo indican una pronta interrupción de la infusión y un tratamiento rápido con epinefrina. Las reacciones alérgicas, presumiblemente, son debidas a una respuesta, en parte, del receptor a los alérgenos contenidos en la sangre o plasma del donante; por esta razón, se prefiere el uso de donadores en ayunas, cuando ello es posible. Es **también** posible transferir la sensibilidad pasivamente por la transfusión de sangre o plasma. El receptor que ha sido pasivamente **sensibilizado** por una transfusión de sangre o plasma de una persona alérgica, puede mostrar una respuesta alérgica si ella contacta con los alérgenos específicos; la alergia transferida pasivamente puede persistir por varias semanas; por esta razón, debe tomarse mucho cuidado cuando se usa sangre de donadores que han **sufrido** de grandes alergias. En nuestra práctica deshechamos todos los donantes en cuya ficha médica encontramos antecedentes alérgicos. Estas reacciones no pueden ser evitadas enteramente por la **transfusión** de sangre o plasma.

#### REACCIONES DEBIDAS A **SOBRE-CARGA CIRCULATORIA** (SFEED REACTION)

En relación a la velocidad en que deban administrarse los **líquidos** por vía endovenosa, lo más seguro es atenerse a la experiencia práctica y a los trabajos experimentales de Altschule y Gilligan que, si la concentración del material es isotónico, un régimen de 20 cc, por minuto es perfectamente seguro y bien tolerado si el corazón está normal y si el total de líquido a transfundir no es mucho mayor de 1000 cc. Sin embargo, esta cantidad puede ser alterada; ya sea sobre o por debajo, dependiendo de la necesidad o de un reemplazamiento más rápido de la volemia, de las condiciones cardíacas del paciente o de la naturaleza de los líquidos. Así, en pacientes en estado de shock severo, es necesario administrar líquidos por vía endovenosa, particularmente plasma: o sangre, a una mucho mayor velocidad que la que justamente se ha mencionado. Es así como 500 c.c. de material pueden ser administrados en un período de 10 minutos, más allá, de esta cantidad no es generalmente aconsejable aumentar el régimen de administración.

Por otra parte, en pacientes en quienes se sospecha una debilidad cardíaca, el régimen de administración del líquido deberá aconsejarse no exceder de 5 c.c. por minuto. En estos pacientes, la administración de sangre total deberá ser observada cuidadosamente por su elevada viscosidad. Dentro de estos límites, es razonable suponer que el peligro de reacción por la velocidad de administración no tendrá lugar; sin embargo, si el paciente está actualmente en estado de descompensación cardíaca, la infusión puede ser acompañada por algún peligro o riesgo, y el máximo régimen de administración no deberá exceder de 2 a 3 c.c. por minuto.

La tolerancia a la velocidad de administración es afectada en una, extensión grande por la naturaleza de los líquidos; de esta manera, líquidos altamente viscosos, el volumen, el cual es rete--



nido en la circulación, será obviamente menos bien, tolerado que el de los líquidos de baja viscosidad.

Soluciones de líquidos hipertónicos, tales como el plasma o albúmina concentrados, acarrearán rápidamente agua dentro del sistema vascular. Este fenómeno debe tenerse siempre in-mente, y por consiguiente la cantidad a administrar debe ser reducida; de esta manera 200 c.c. de plasma tres veces más concentrado acarreará rápidamente dentro del torrente circulatoria 400 . c.c. de agua adicional procedente de los tejidos. Téngase presente ésto, ten los casos de edema de naturaleza carencial, pues se debe dar plasma sanguíneo a una concentración elevada. 25 gramos de albúmina sérica purificada humana en 100 c.c. de solución verterá rápidamente dentro del sistema vascular 400 c.c. de agua aproximadamente. Si el paciente está en estado de shock, el rápido aumento de la volemia es ventajoso; sin embargo, si está sufriendo también de una hemorragia, el rápido aumento del volumen sanguíneo circulante puede resultar en un aumento del sangramiento si todos los vasos no han sido ligados perfectamente. Atención particular debe ponerse en la posibilidad de un aumento del sangramiento en pacientes que tienen heridas perforantes del pecho. Cuando se administra plasma o albúminas concentradas a los niños se debe tener el cuidado de inyectarles lentamente; un régimen no mayor de 2 c.c. por minuto es aconsejable. El régimen de otras infusiones deberá también disminuirse en relación con los recomendados para los adultos.

La excesiva velocidad de las transfusiones no debe considerarse como una fuente de reacción a menos cuando hay un aumento de la volemia. La velocidad es un factor muy importante en la determinación del régimen y severidad de las reacciones transfusionales debidas a factores químicos contenidos en los líquidos a transfundir. De esta manera, si los productos pirógenos están presentes a una baja concentración y el régimen de la transfusión es **lento**, ninguna reacción puede resultar. Pero con un aumento en el régimen, la concentración de los pirógenos puede y en cualquier momento dado elevarse suficientemente y causar graves reacciones. Se ha notado también que, si el régimen es lento, la transfusión puede ser interrumpida antes de que la reacción se vuelva muy severa. Al menos en dos casos de transfusión de sangres incompatibles en la experiencia de Strumia y MacGraw, las reacciones fatales fueron evitadas probablemente porque el régimen era lento, y los síntomas se presentaren solamente cuando una pequeña cantidad relativa de sangre había sido transfundida; ésto permitió que la transfusión se interrumpiera a tiempo para impedir mayores lesiones serias. Las reacciones vasomotoras con globina humana modificada pueden ser reducidas a un minimum insignificante si el régimen de administración es mantenido por bajo de 10 c.c. por minuto. Lo mismo se aplica generalmente para las soluciones aminoácidas si el régimen es mantenido a una tasa de por lo menos de 5 c.c. por minuto.

### REACCIONES EMBOUCAS:

La sangre y el plasma deberán ser rutinariamente filtrados inmediatamente antes de su administración para remover algunas partículas que puedan estar presentes. Esta práctica es tan ampliamente aceptada y de allí que haya pocos informes de reacciones embarazosas que siguen a la administración con filtración. La filtración es particularmente esencial cuando el plasma es mantenido en refrigeración al estado líquido; esta es una práctica que deberá ser desaprobada.

Las embolias gaseosas pueden producir resultados fatales. El aire puede ser introducido en la circulación si el tubo de transfundir no está completamente lleno con el líquido antes de que la ven/puntura sea efectuada más a menudo, las embolias gaseosas se presentan cuando la sangre o el plasma es transfundido bajo presión. El uso de transfusiones a presión ha tenido una gran aceptación y está justificada en algunos casos. Nunca debe recurrirse a ella a menos que una persona responsable esté constantemente presente. La presión debe abandonarse tan pronto como el frasco de sangre o plasma está casi vacío. Resultados graves se han obtenido en los casos cuando la presión fue aplicada, la sangre entra violentamente en el torrente circulatorio y el aire remanente en el frasco pasa dentro de la vena del receptor. Ya que no existe ningún tratamiento satisfactorio para la embolia gaseosa mucho cuidado debe tenerse para evitar tales accidentes.

Algunos autores acusan a las embolias, las cuales son formadas como un resultado de una aglutinación masiva que se asocia con una transfusión de sangre incompatible, ser las causantes de la formación de infartos fatales tanto en el cerebro como en el corazón.

### TROMBOSIS Y NECROSIS TISULAR:

Las lesiones locales, tales como una trombosis de índole venosa y, o necrosis tisular, pueden ser el resultado de inyecciones endovenosas, subcutáneas o aún intramusculares de ciertos líquidos.

La trombosis venosa en el sitio de la inyección es muy frecuente; ella puede resultar después de infusiones repetidas de líquidos comunes o después de una simple inyección de sustancias irritantes. En el primer caso, la trombosis es probablemente el resultado del trauma repetido en las paredes de la vena; en el último caso, existe muy poca duda de que las soluciones irritantes producen ellas mismas suficiente trauma para producir la trombosis. Las trombosis que siguen a las inyecciones endovenosas repetidas de soluciones no irritantes, isotópicas, tales como solución de cloruro de sodio al .85% deben ser evitadas, en la mayoría de los casos, por el uso de agujas afiladas y de un calibre relativamente pequeño. Intermitentemente, más bien que un uso constante de la misma vena aminorarán la probabilidad de una trombosis. Un ope-

rador diestro encuentra esta complicación mucho menos a menudo que una persona inexperta.

La inyección endovenosa de soluciones irritantes, hipertónicas, tales como, las de dextrosa al 50%, frecuentemente producen trombosis aún cuando la operación se haya verificado con sumo cuidado. La inyección lenta es mucho menos apta **para**, producir trombosis que la inyección rápida; ésto parece paradójico pero es muy cierto.

Las trombosis venosas como resultantes de infusiones son raramente serias y generalmente no requieren un tratamiento específico. Están generalmente limitadas a un segmento pequeño de la vena y muy raramente producen embolias. Raramente una flebitis puede ser el resultado, pero ésto es más común cuando las venas han sido abiertas y canuladas y las cánulas con dejadas por más de 24 horas.

La necrosis tisular puede resultar cuando soluciones hipertónicas, las cuales son relativamente **innocuas** por vía endovenosa, se escapan de la vena y se depositan alrededor de ella o cuando son inyectadas expresamente por vía subcutánea. Accidentes de este tipo son un peligro verdadero en todos los hospitales. Se debe tener **mucho** cuidado en instruir a los internos residentes y a todas aquellas personas que deban administrar líquidos de los cuales muchas soluciones **parenterales** usadas comúnmente no deben ser administradas por hipodermoclasia. La **hipodermoclasia** debe ser limitada a las inyecciones de soluciones de cloruro de sodio al .85% o 2.5% de dextrosa en soluciones de cloruro de sodio al .85%. Soluciones más concentradas de cloruro de sodio, dextrosa y lactato de sodio en solución molar al sexto han causado graves escaras "cuando se han dado bajo la piel. Es aconsejable **marbetar** las **soluciones** isotónicas de cloruro de sodio» y la de dextrosa al 2.5% en **solución** isotónica de **cloruro** de sodio "Para uso intravenoso o subcutáneo". Las otras deberán **marbetarse** claramente "Para uso endovenoso solamente", "no se administre subcutáneamente".

El tratamiento de pacientes que han recibido soluciones hipertónicas subcutáneamente no está bien definido. La inyección, de agua destilada en y alrededor del área parece reducir el daño al minimum si se hizo rápidamente. Una vez que la escara está formada el tratamiento se reduce como a cualquiera otra lesión similar.

La necrosis tisular puede ser producida por la administración subcutánea de soluciones no irritantes de cualquier clase si ellas están contaminadas con ciertos organismos vivos. Aquí otra vez, la administración subcutánea es probablemente más peligrosa, en la mayoría de los casos que la inyección intravenosa. Ordinariamente el cuerpo puede soportar inyecciones endovenosas de un pequeño número de bacterias vivas pero, la inyección subcutánea es muy apta para la supervivencia y multiplicación de los organismos con producción de abscesos y otras enfermedades específicas. La gangrena gaseosa ha sido producida por la hipodermoclasia en varios casos. En estos casos, no es siempre posible decidir

si la bacteria estaba en la solución, en el juego, o simplemente en la piel del paciente antes de la inyección.

#### REACCIONES **NIXKITOIBES**:

Un tipo de reacción puede ocurrir después de la administración de suero humano el cual ha sido preparado frescamente y de sangre fresca. A falta de un nombre mejor puede ser llamado "crisis o reacción **nitritoide**".

Ocurre generalmente durante o inmediatamente después de una inyección endovenosa. Los síntomas consisten en una sensación de constricción en el pecho, dolor en la región lumbar y frecuentemente náusea, vómito, una elevación de la temperatura y cefalalgia. La reacción pasa generalmente en unas pocas horas y no parece causar una lesión permanente. Se ha sentado la hipótesis de que un exceso de trombina, la cual está presente en la sangre recientemente coagulada, puede ser la causa de las legaciones. Tales hechas, sin embargo, han sido notados después de transfusiones con sangre fresca citratada, con plasma comercial seco o deshidratado combinado, con proteínas hidrolizadas (amigen) y con soluciones de albúmina purificada humana.

Estas reacciones que subsiguen a pequeñas cantidades de plasma, solución de albúmina humana y amigen son similares aquellas que han sido notadas después de inyecciones de penta-nucleótidos para aliviar la neutropenia maligna. La exacta naturaleza de este agente excitante o agentes, y el mecanismo de estas reacciones son desconocidas; afortunadamente, son sumamente raras.

#### REACCIONES **VASOMOTORAS**:

Hay algunas reacciones que están generalmente asociadas con la administración de productos derivados de las proteínas animales o humanas que han sido sometidas a una degradación parcial. La naturaleza de éstas reacciones no está muy bien definida, pero parecen producir una alteración de mecanismo vasomotor.

Las varias proteínas clasificadas producen casi invariablemente una reacción caracterizada por cefalalgia, rubor, náusea y vómito si son administradas muy rápido. La mayoría de los productos comerciales no deben administrarse a un régimen mayor de 1000 cc. en 3 horas. Algunos pacientes requieren aún un régimen menor. Si el régimen está correctamente regulado, habrá algunas reacciones, pero estas serán muy pocas.

#### TOXSCIOAB DEL OITEATO:

El valor que tienen las transfusiones masivas en ciertas condiciones ha sido apreciado solamente de unos pocos años pasados a esta parte. El uso incrementado de tales soluciones ha revivido el interés en la posibilidad de la toxicidad del citrato. El anti-coagulante más ampliamente usado proporciona 2 gramos de ci-

trato" de sodio por cada 500 c.c. de sangre total o 250 c.c. de plasma. Esta cantidad es inferior a la dosis tóxica y no existe ningún peligro en las transfusiones electivas rutinarias. Es así mismo seguro decir, que existe muy poco peligro de toxicidad cuando las transfusiones masivas son usadas. Pero este problema merece una más amplia discusión. Presumiblemente, los efectos tóxicos del citrato de sodio están relacionados con la propiedad fijadora del ion calcio para el ion citrato. Síntomas de tetania, una caída rápida de la presión sanguínea y la muerte pueden seguir a la inyección de una cantidad suficientemente grande. La dosis letal para el hombre *no* ha sido definida con exactitud. Cualquier intento para estimar la dosis letal debe tomar en cuenta la velocidad de administración, desde que ha sido demostrado que el ión citrato es removido de la corriente sanguínea a una velocidad muy rápida. Newhof y Hirshfeld intentaron modificar el tiempo de coagulado a de .pacientes adultos por inyecciones endovenosas de citrato de sodio al 20%. Sus observaciones se indicaron que es posible que una inyección de 5 gramos dada muy rápidamente provocará una reacción seria, pero que 8 o aún 12 gramos no produjeron síntomas significantes porque la inyección fue dada en un período de 10 a 15 minutos. La dosis equivalente para las transfusiones serían de 2000 a 3000 c.c. de sangre o a 1000 a 1500 c.c. de plasma dadas en menos de 15 minutos.

Recientes estudios sobre la toxicidad del citrato en perros han sugerido que más de la mitad del volumen sanguíneo de los pacientes tendría que ser reemplazado con sangre citratada en 5 minutos aproximadamente para alcanzar la dosis letal del anticoagulante. Observaciones cuidadosas de una serie de pacientes, quienes recibieron transfusiones mayores de 7000 c.c. en períodos que fluctuaron entre 2 a 6 horas, no demostraron ninguna evidencia de envenenamiento por el citrato. El único informe clínico de tal envenenamiento con que Strumia y colaborado! es están familiarizados, es con el de Hill y Muirhead, quienes observaron la tetania en niños después de la inyección de plasma concentrado a una velocidad muy rápida. Velocidades normales en la infusión no son seguidas de tales reacciones. Inyecciones de cloruro de calcio y gluconato de calcio han demostrado ser efectivas en el tratamiento o prevención de la toxicidad del citrato..

Es sumamente claro, que de la breve discusión presentada arriba, no se puede extraer una evidencia suficiente que permita rendir una decisión final con relación a la posibilidad de la toxicidad del citrato en todos los casos. Sin embargo, es cierto que hay muy pocas condiciones que requieran grandes transfusiones en tal corto período de tiempo, en que la toxicidad del citrato pueda ser una complicación del tratamiento. Las hemorragias muy graves, las cuales no pueden ser controladas rápidamente, es un ejemplo de estas condiciones". Bajo de un punto de vista empírico, puede ser mejor limitar las transfusiones en los adultos de manera que no más de 8 gramos de citrato de sodio deben ser dados

en 15 minutos; 16 gramos en 30 minutos o 24 gramos en una hora. Las dosis para los niños deberán ser más bajas proporcionalmente. Actualmente, es un procedimiento técnico muy difícil administrar tales cantidades de sangre o plasma a un régimen tan rápido. Si alguna evidencia de toxicidad por el citrato es notada, la infusión deberá disminuirse el régimen o interrumpirse, y el cloruro y gluconato de calcio deberá ser inyectado endovenosamente; estos agentes no deberán agregarse al frasco de sangre o plasma:

#### REACCIONES POR LOS LÍQUIDOS FRÍOS:

Hace algún tiempo, era práctica muy común calentar los líquidos aproximadamente a la temperatura del cuerpo antes de transfundirlos. El uso extensivo de sangre tomada directamente de las refrigeradoras ha probado, para satisfacción de los transfusionistas, que esto no es necesario en el promedio de los casos. Aún cuando la sangre ha sido inyectada con rapidez no se ha mostrado ninguna evidencia de que la temperatura baje o cause algún disturbio. Nosotros hemos observado solamente una pequeñísima sensación de frío en el trayecto de la vena, cuando el régimen de administración sobrepasa de las 80 gotas por minuto. En la práctica actual, en la mayoría de los casos, la sangre permanece a la temperatura del cuarto por 30 a 60 minutos, mientras las preparaciones son hechas para la transfusión. No se recomienda transfundir en el promedio de los casos grandes cantidades de soluciones cristaloides frías a una velocidad rápida. Sin embargo, es aconsejable definitivamente no calentar la sangre total antes de la transfusión. Han existido casos en los cuales la sangre ha sido accidentalmente calentada por encima de 37 grados centígrados y reacciones serias han resultado inmediatamente después de que la transfusión ha empezado. No puede aconsejarse transfundir sangre fría en pacientes que han mostrado una evidencia de hiperhemólisis y cuyos sueros contienen aglutininas frías en alta titulación.

## Informe acerca de las actividades de la Segunda Reunión de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y del IV Congreso mundial de Salud Mental

Por el Dr. Ramón Alcerro Castro.

Delegado de la Universidad Nacional de Honduras.

El Sr. Presidente de la República me honró por medio de acuerdo N<sup>o</sup> 1170 nombrándome Delegado de la Universidad de Honduras a la **Segunda Reunión de la Asociación Psiquiátrica de América Latina**, a celebrarse en México del ocho al doce de diciembre de 1951. Para ese efecto me trasladé a ciudad México el seis de ese mes por la tarde. Al día siguiente, varios delegados tuvimos una reunión previa en casa del entonces Secretario de la Asociación, Dr. Raúl González Enríquez.

Principiando el desarrollo del programa previamente fijado, el día ocho a las diez de la mañana, el Auditorium del Instituto Mexicano del Seguro Social el Sr. Rector de la Universidad Nacional Autónoma Dr. Luis Garrido inauguró la reunión, figurando en la mesa directiva de esa sesión, como Presidente el Dr. Eduardo Vasco Gutiérrez, de Colombia.- y como Srio. el infrascrito, delegado de Honduras. Como miembros de honor estuvieron el propio Dr. Garrido, el representante del Instituto Mexicano del Seguro **Social**, Dr. Mario Quiñónez; el representante de Acción Cultural de la O. E. A., Dr. José Luis Patiño y el representante de la Federación Mundial de la Salud Mental, Dr. Eduardo Krapf. **Asistieron** a la sesión delegados **de** Argentina, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Guatemala, Honduras, Panamá, Perú, República Dominicana, Venezuela y México.

En esta sesión La Secretaría General de la A. F. A. L. presentó su informe sobre el año anterior de labores y la delegación de Cuba, a quien se le había designado la presentación de ponencia para esa sesión, la presentó sobre el tema previamente fijado: "Puntos y Términos Generales de la **Educación** Psiquiátrica en la Escuela *de* Medicina y Enseñanza Graduados". En fecha posterior la Secretaría General nos enviará copia de este informe, de esta ponencia y las otras presentadas, así como de las actas de las sesiones, documentación que con gusto pasaré a la Universidad nuestra. Fue la opinión unánime de los delegados que en Latinoamérica también debemos prontamente introducir el concepto de la personalidad total en el estudio de la medicina humana y no descuidar por más tiempo en los países que lo hayamos hecho la enseñanza de la importancia **de** la vertiente psíquica de la persona; debemos propender a destruir el prejuicio dominante de que la psiquiatría debe de estudiarse sólo de pasada en uno de los cursos de

la carrera. Los países avanzados en este sentido educan a los futuros médicos en el entendimiento de la mente normal y enferma en cuatro de los cursos de la carrera, enseñando en uno la psicología general, en otro la psicología médica, en otro psicopatología y patología psicosomática y un cuarto y último la clínica psiquiátrica. La recomendación formal sobre la enseñanza antes y después de graduados los médicos, sin embargo, se dejó para la próxima reunión de la A. P. A. L.

La segunda sesión se llevó a cabo también en ciudad México en el Aula de Observación de Hombres en el Manicomio General. Estuvo presente en ella el Director General de la Asistencia Psiquiátrica de México, Dr. Velasco Suárez. Presidió la sesión el representante de Chile, Dr. Nassar y la Secretaría fue desempeñada por el Representante de Costa Rica, Dr. Quiros Madrigal. En esta sesión se llevó a cabo la lectura de las modificaciones al estatuto de la A. P. A. L., se discutió mucho y se terminó redactando una resolución aceptando provisionalmente los estatutos y encargando a cada país su estudio detenido con el objeto de que sean finalmente discutidos y aprobados definitivamente en la próxima reunión de la A. P. A. L. Se eligieron después los nuevos directivos de la Asociación. Después los representantes de Centro América y Panamá expusimos nuestro propósito de constituir una Asociación Psiquiátrica de Centro América y Panamá, lo cual se consideró no reñido con la A. P. A. L., aún cuando, ésta no la prohiere ya que para ella estos países entran en los componentes de la zona México Caribe.

En la noche del nueve de diciembre nos trasladamos en coches camas a la ciudad de Jalapa, de la que firmes declarados Huéspedes de Honor en Pergaminos entregados por el Gobernador del Estado de Veracruz, Lic. Marco Antonio Muñoz. El diez tuvo lugar, después de visitar al Rector de la Universidad Veracruzana la tercera sesión de la A. P. A. L. en el local de la misma Universidad, bajo la presidencia de Panamá, representado por el Dr. Górriz y de la Secretaría de Santo Domingo, representada por el Dr. Paxtot. El Perú a través de sus delegados Drs. Seguin y Majluf, presentó según programa su ponencia: "Puntos Fundamentales Para Una Psiquiatría Social en América Latina", la cual fue ampliamente discutida por los asistentes, recordando entre otros a los Drs. Nassar, Nin, Alcerro-Castro, Ponce Ramírez, Salazar, etc. El once tuvo lugar la última sesión presidida por Cuba, representada por el Dr. Reymondes y actuando en la Secretaría Guatemala, representada por el Dr. Campo. Después de la Sesión el Gobernador del Estado de Veracruz, clausuró la Segunda Reunión de la A. P. A. L.

Los delegados de todos los países asistentes fuimos finalmente atendidos por los colegas mexicanos y jalapeños, presentándose nos múltiples oportunidades para conocer ambas ciudades, la Zona arqueológica de Teotihuacán, etc.

Mientras terminaba en Jalapa la Segunda Reunión de la A. P. A. L. se inauguraba en México el IV Congreso Mundial de Sa-



lud Mental, cuyas sesiones de trabajo se iniciaron al día siguiente doce de diciembre, y a las cuales asistimos la mayoría de los Delegados de la A. P. A. L., la mayoría con representación oficial de sus respectivos países o sociedades. Honduras no había sido invitada oficialmente pero teniendo el derecho de asistir, me inscribí a mi regreso de Jalapa. El Congreso trabajó intensamente, mañana y tarde los días doce, trece, catorce, quince, diecisiete y dieciocho de diciembre. La Sesión Plenaria del doce se dedicó al tema: "Contribuciones de las diversas profesiones y de las Naciones Unidas a la Salud Mental", siendo oradores los Drs. Fusoni, Hargreaves, Fromm, Millán, Carson Ryan, y Line. El Dr. Fromm disertó sobre la contribución de las ciencias sociales a la Higiene Mental, diciendo entre otras cosas: "La salud mental es principalmente un problema social, económico, político y ético, y por lo tanto, uno que puede ser abarcado adecuadamente sólo por medio de la cooperación de todos los científicos sociales". . . nuestra sociedad occidental contemporánea, no obstante su progreso material, intelectual y político, conduce cada día menos a la salud mental, y tiende a minar la seguridad interna, la felicidad, la razón y la capacidad de cada uno en el individuo ." Propone dos tareas en el movimiento actual de higiene mental:

1) Investigar en detalle los problemas que se relacionan con este asunto. . . . 2) Sobre las bases de estas investigaciones, los que se ocupen de higiene mental deberán atreverse a tener imaginación para proponer en nuestra organización política y social los cambios que pudieran ser la base de salud mental, una práctica de la vida en la que el hombre sea un fin en sí mismo y cese de ser un autómata prefabricado. Desde este punto de vista es obvio que el psiquiatra y el psicólogo deben armonizar su trabajo con el del economista, el sociólogo, el antropólogo y el político científico y también con el del estudiante de filosofía y ética, para poder presentar aún las más tentativas sugerencias para la organización de una sociedad más encaminada al desenvolvimiento humano y a la producción y armonía; esto es, a la salud mental". El Dr. Line dijo en una parte de trabajo: "El siglo XX podría ser nuestro si se hiciera un cuidadoso estudio del hombre del cual emergería una filosofía social vibrante, viril y universal, basada en nuestro mayor entendimiento del proceso de la vida en el infante, el niño, el joven, el adulto".

El 13 por la mañana hubo tres sesiones técnicas: a) sobre "Enseñanza y Conclusiones del Congreso Internacional de Psiquiatría, París, 1950, en la que fueron oradores los Drs. Rümke y Millán. b) Salud Mental y Salubridad Pública, en la que fueron oradores los Drs. Hargreaves y Caravedo, y c) Salud Mental y Relaciones entre las Razas", de la que fueron oradores los Drs. Klineberg y Zilboog. Dijo el Dr. Klineberg: "La Federación Mundial de la Salud Mental declara que la meta de la salud mental es ayudar a la gente a vivir juntos, en armonía, en el mundo. Esto se aplica no solamente a las relaciones internacionales sino también a las relaciones raciales. De hecho esto son dos aspectos ele

t

1

un mismo problema, puesto que las **relaciones** entre los grupos étnicos dentro de una misma nación son "de gran importancia en las relaciones entre las diversas naciones" "... los prejuicios contra las minorías se determinan por la personalidad de aquellos que sustentan el prejuicio. Esto quiere decir que a mayor salud mental, menor prejuicio y discriminación en contra de otros grupos".

El 13 por la tarde hubo una sesión plenaria dedicada a "La Salud Mental de los niños". Fueron oradores, la Doctora Recca, el Dr. Lemkau y la Dra. Norvig. Dijo la Dra. Recca: "No puede concebirse una obra de higiene mental en América Latina separada de una acción tendente al mejoramiento de las condiciones de vida, vivienda y salud de la familia latinoamericana. Por otra parte, las formas de vida, que incluyen tipos de vivienda, alimentación, trabajo, cuidado de salud, etc. No depende sólo de condiciones materiales: forma parte de complejos culturales de motivación y origen múltiple. En consecuencia, antes de intentar modificarlas, ha de preocuparse como ser su razón de ser, para actuar en forma adecuada y **sincrónica**". La doctora Norvig: "Para sentir la necesidad de crear, dentro de las clases, una atmósfera democrática y saludable, los maestros necesitan experimentar la democracia en sus relaciones profesionales. Esta responsabilidad descansa **principalmente** en la administración. Para el logro de un ambiente social saludable en las aulas los psiquiatras y psicólogos deben aliarse con los maestros, para exigir una política; clara y democrática dentro del programa escolar". "... La salud mental en la educación depende de nuestros conocimientos sobre modelos de cultura dentro de los cuales el niño debe desarrollarse de nuestros conocimientos de las **condiciones** para el desarrollo de una personalidad sana, y de nuestros conocimientos de los requisitos que deben tener los educadores".

El 14 por la mañana hubo las siguientes sesiones técnicas: a) El Médico General y la Medicina Psicosomática", en la que fueron oradores los Drs. English y Alonzo; b) Servicios Médicos Escolares y Salud Mental en la que fueron oradores los Drs. Alford y Treviño, c) Transplante de Trabajadores y Salud Mental en la que fueron oradores los Drs. Tyhurst y Buentello. El Dr. Alonzo expresó: "La Medicina Psicosomática es un campo común de trabajo de todos los médicos y debe tener como base fundamental una patología personal, fundada a su vez en la antropología". El Dr. Alford: "La importancia de los médicos escolares capacitados para reconocer un desequilibrio emocional, en su período inicial, son de suma importancia para iniciar el tratamiento psiquiátrico antes que la desadaptación se vuelva seria o tenga profundas raíces. Para hacer frente a esta necesidad el servicio de guía infantil debe ser incorporado en todos los servicios médico escolares". El Dr. Treviño: "La Higiene Mental Escolar debe adquirir categoría de programa nacional, cuyos **lineamientos** han de ser, abarcar todos los factores involucrados en los problemas escolares (alumnado, familias, maestros, servicio médico), poseer cu,-

rácter netamente profiláctico y colectivo, para complementarse con asistencia médica o social del escolar o su familia en casos individuales; concatenar técnicamente los diversos organismos gubernamentales descentralizados, relacionados con atención de niños escolares o sus familias, para constituir un efectivo equipo de trabajo".

En la sesión plenaria del 15 por la tarde el tema fue "Salud Mental en las ocupaciones rurales e industriales", siendo los oradores los Drs. Line y Pacheco e Silva. Expresó esto último. "Recientes estadísticas recogidas en varios centros industriales del mundo han venido a demostrar que cerca del 20% al 25% de los obreros, después de corto plazo, se vuelven incapaces de prestar servicios eficaces tanto por causas transitorias como por crónicas, figurando las nerviosas entre las principales". . . . "Por eso representa una verdadera ventaja para las grandes industrias la presencia de un psiquiatra en su cuerpo médico. A este se le debe atribuir una tarea de indiscutible importancia, el examen psiquiátrico y psicológico de los recién admitidos, también como la observación de la conducta de los obreros, con el objeto de descubrir, en sus principios las enfermedades mentales incipientes y aquellas que habiendo permanecido en su estado latente, vuelven a reincidir". Las sesiones técnicas de la mañana del sábado 15 de diciembre se dedicaron a: a) "Asistencia Psiquiátrica (Servicios Psiquiátricos, asistencia hospitalaria, legislación y problemas asistenciales). Fueron oradores los Drs. Nerio Rojas y Karl Bowman. Expresó el Dr. Bowman: ". . . .Se ha llegado finalmente, a la conclusion que la enfermedad mental es un problema médico y debe considerarse de la misma manera que la sociedad considera todos los otros problemas de la enfermedad y la salud" ". . . .Los conceptos modernos de la psiquiatría han agrandado enormemente el campo todo del cuidado y la educación psiquiátricos" ". . . . al tratar de problemas tales como el del alcohólico, el adicto a drogas y el desviado sexual, encontramos a la psiquiatría haciendo importantes contribuciones para su comprensión. . ." ". . .Las admisiones voluntarias a los hospitales **psiquiátricos** aumentan progresivamente y hay muchos hospitales psiquiátricos que aceptan solamente pacientes que lleguen voluntariamente y que firman voluntariamente requisiciones de admisión. Algunos, de estos hospitales tienen al presente largas listas de espera lo cual indica un marcado cambio en la actitud de la sociedad en general, comparado con la actitud de no hace muchos años cuando los pacientes enviaban a los hospitales psiquiátricos solamente como último recurso cuando su condición se consideraba sin esperanza". El Dr. Rojas "Propongo pues, las Sigüientes conclusiones para ser aprobadas como declaración de este Congreso: 1) La asistencia de los alienados debe ser obligatoria. Ella puede efectuarse en establecimientos públicos o privados o en el domicilio personal, bajo control de su realizaron. 2) Debe abandonarse .o reducirse el sistema de establecimientos con gran cantidad de enfermos, y propiciarse el régimen abierto para ciertos casos, los hospitales psiquiátricos y les consultorios pre-

ventórios. 3) Es conveniente crear "Patronatos" de protección para estos enfermos, los cuales ayudarán también para su readaptación social después de curados. 4) Deben dictarse leyes especiales de protección jurídica, que concilien la libertad individual (internación), y la seguridad social (peligrosidad). 5) Debe realizarse una obra de educación pública para destruir en el pueblo los prejuicios sobre la locura, que dificultan a los médicos y a las autoridades la oportuna y eficaz asistencia de los enfermos.

b) "Salud Mental del niño hasta los seis años" en la que fueron oradores la Dra. Roudinesco y el Dr. Peinado Altalde. La Dra. Roudinesco dijo: "Resulta de este estudio que, en la actualidad debe darse la prioridad a una formación básica de los agentes de salubridad pública, asistentes sociales, enfermeras y pediatras, especializadas en higiene mental. Esta formación que comprende la psiquiatría debe ser práctica y tender hacia una mejor comprensión de las necesidades efectivas de los niños y de los factores que perturban las relaciones entre los padres e hijos y que tanto influyen en la formación de la personalidad", c) "Influencia de las Neurosis en los Trabajadores Industriales", en la que fueron oradores los Drs. Griffin y Quiroz Cuarón. Dijo el Dr. Griffin. Por estudios de estas clases se hace cada vez más aparente que aún entre las más ilustradas y progresistas organizaciones industriales, la fuerte corriente de competencia asociada con el sistema de empresas libres traen consigo ciertas dificultades que en la actualidad se compensan solamente en forma parcial con los programas de relaciones humanas que tienen éxito. Hay pruebas que sugieren que el individuo, en las posiciones medias de la gerencia puede ser el que más sufra puesto que soporta presión de arriba, de su mismo interior y de los subordinados a sus órdenes".

Las sesiones técnicas del 17 de diciembre: a) "Métodos aplicables a grupos en la prevención y tratamiento de las enfermedades mentales", en la que fueron oradores los Drs. Thompson y Hulse. Dijo el último: las nuevas direcciones resultantes de la investigación en la terapia de grupo tienen gran significación para las metas que se extienden más allá de la higiene mental. Su influencia se extiende a la educación y a la sociología y finalmente, tiene efecto en la completa estructura de las relaciones nacionales e internacionales. Los individuos tratados con éxito por medio de la terapia de grupo aprenden a atender y a controlar simpatías personales, y a usar en las relaciones humanas las realidades unificadoras del presente en vez de las fantasías divisorias del pasado. En una comunidad compuesta por miembros heterogéneos aprenden los principios del buen vivir juntos".

d) "Salud Mental y niños desadaptados" en la que hablaron los Drs. Soddy y Solís Quiroga. Expresó el Dr. Soddy: "La principal tarea de la higiene mental en este campo es de prevención. La sociedad puede lograr mucho mediante una acción multidisciplinada para evitar las influencias nocivas, sociales o económicas, pero la verdadera obra consiste en asegurar una generación de padres emocionalmente maduros y estables" "...Las medidas

curativas —las técnicas de guía infantil— deben dirigirse hacia la rehabilitación de las relaciones familiares en general, y socialmente pueden ser efectivas mediante un trabajo cooperativo interprofesional".

El Dr. Solís Quiroga: "... 6. Existiendo no menos de 30.000 niños débiles mentales entre las escuelas primarias del Distrito Federal y mucho más en toda la República Mexicana y en todos los países, se propone que el IV Congreso Internacional de Salud Mental sugiera a los Gobiernos de los países en él representados que multipliquen los centros de educación especial para débiles mentales ..... 7. Como los ejes de la adaptación, social de los niños anormales mentales de este tipo son los médicos y los maestros especializados y en Méx'co existe desde el año 1943 la Escuela Normal de Especialización, nos permitimos pedir también que el Congreso invite a los Gobiernos de los países latinoamericanos para que envíen a México, para que hagan sus estudios, a maestros distinguidos e interesados en el programa, así como a médicos que deseen especializarse.

c) La Salud Mental y consecuencias del Proceso Técnico en la Población Rural", sesión en la que fueron oradores los Drs. Lewis y Krapf. En su disertación **dijo** el Dr. Krapf: "El autor reconoce los grandes beneficios que resultan para las poblaciones rurales del progreso técnico **manifestando** en la realización del trabajo, la facilitación de las comunicaciones y la mejor provisión en que se refiere a **higiene** física. Insiste, sin embargo, en que la liberación así obtenida produce a menudo severas angustias intrapsíquicas, a su vez responsables para la aparición de mecanismos patológicos de defensa, a saber, trastornos psicopáticos y **psicosomáticos**. Examina estos fenómenos en la esfera **social** o individual e indica como factor causal más importante la paulatina disolución de las estructuras de familia.

En la sesión plenaria de la tarde del 17, se trató el tema "Problemas de Salud Mental en los individuos transplantados", siendo oradores los Drs. Caplan y del Roncal. El primero dijo: "... 2) Las experiencias de los trabajadores de salud mental con inmigrantes en Israel, se han estudiado con respecto a tres niveles de **contribución** para ayudar a los **inmigrantes** en sus dificultades de adaptación, a) la clínica psiquiátrica, b) servicio de consulta técnica para los administradores y jefes de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales; ... c) Servicio de consejo para el trabajador no profesional de bajo nivel que atiende a las necesidades **diarias** de los inmigrantes y cuya importancia con respecto a su higiene mental se pone de relieve. ..."

El Dr. del Roncal: "se establecen las normas de higiene mental para el inmigrante. Dichas normas dependen de cuatro elementos: 1. el propio individuo, 2. las instituciones de carácter social, 3. el Estado y 4. los organismos internacionales".

Las sesiones técnicas del 18 se dedicaron: a) Servicios de Psicoterapia y preparación del Psicoterapeuta", en la que fueron oradores los Drs. Kiskind y Brown. Fueron palabras del Dr. Kis-

kind: "En ninguna parte del mundo para ningún grupo considerado en gran escala se llenan las necesidades psicoterapéuticas de sus individuos de acuerdo con los conceptos más elevados de salud mental. Esto enfatiza la necesidad universal para un grupo variado y flexible de psicoterapias y de psicoterapeutas (terapias breves, superficiales, intensivas y profundas; terapeutas especialistas y no especialistas)... La experiencia del autor con un programa de entrenamiento práctico para preparar médicos en el doctrinación de la profesión médica en los conceptos de la salud mental en una base universal, es cosa factible".

b) "Salud Mental y Adolescencia" en la que fueron oradores los Drs. Kirpatrick y Ballesteros. El primero dijo: cualquier presentación de los problemas de la adolescencia en la cultura anglo americana tiene que reconocer la importancia del patrón cultural; y esto mismo se aplica a los adolescentes en todas partes" "... (el adolescente) trae consigo a la adolescencia los restos de sus enfermedades emocionales de la niñez, y llevará a la madurez las cicatrices acumuladas en la adolescencia" "... el camino que él recorre debe de ser más o menos familiar por haberlo recorrido antes. Nuestra preocupación por sus hostilidades no debe ser demasiado grande, pues su conducta se determina por mecanismos que pueden identificarse y comprenderse. . . . Lo peor que podría acontecerle á nuestra sociedad sería que los niños adolescentes abandonaran la lucha sin oponer resistencia y transaran con la vida. No lo han hecho tan mal aprendiendo a seguir adelante en un mundo algo caótico.

c) "Relaciones entre la conducta familiar del niño y los patrones culturales", en la que fueron oradores los Drs. Nassar y Henry.

La sesión plenaria del 13 en la tarde se dedicó a "Esfuerzos de la comunidad en la higiene mental", siendo oradores los Drs. Repond y Stevenson. Expresó el Dr. Repond: "La mente humana ha sido siempre la más codiciada posesión de todo aquel que pretende conducir a la gente, desde el jefe de la familia, hasta los líderes políticos, religiosos y sociales de la comunidad. Hay gran competencia en este ramo. La higiene mental no posee una filosofía o una metafísica propias, y debe cuidarse de causar la impresión de querer romper las viejas tradiciones, los modelos culturales y modos de vida a la cual la gente está acostumbrada..... Los conocimientos, los métodos y la aplicación de la higiene mental están aún en sus comienzos, pero lo poco que sabemos nos da a todos aquellos dedicados a su difusión, la seguridad de que al fin será uno de los más importantes factores en el desarrollo y mejoramiento del género humano".

Las sesiones plenarias del 19 en la mañana y en la tarde fueron dedicadas\* a la lectura de informes la primera, y a la de conclusiones y agradecimientos la última, clausurándose así un Congreso de arduas tareas de cerca de ochocientos asistentes.

Dos días después me trasladé a la ciudad de Houston en el Estado de Texas E. U. A. en donde; durante ocho semanas hice estu-

dios de prácticas de electroencefalografía, y en donde tuve oportunidad de asistir a la reunión anual de la Sociedad de Neurología de Houston, que tuvo lugar los días 8 y 9 de febrero de 1952; y en la cual se presentaron los siguientes trabajos: 1) Organización Funcional de la Corteza Cerebral por el Dr. G. von Bonin, de la Universidad de Illinois; 2) El prototipo mamífero del signo de Babinski; por el Dr. H. E. Hoff de la Universidad de Baylor; 3) Electronomicroscopía del tejido **nervioso**; por el Dr. D. Duncan de la Universidad de Texas; 4) Enzimas del líquido céfalo-raquídeo, por el Dr. W. W. Nowinski, de la Universidad de Texas; 5) Nematodiasis Epizootica Cerebro-espinal, por el Dr. J. Innes, de la Fundación de Investigación Aplicada de San Antonio Texas; 6) Ataques del Lóbulo temporal, por el Dr. Jorge A. Picaza, de Habana, Cuba; 7) Anastomosis **Meningo** ureteral en la hidrocefalia, por el Dr. Wooley, de San Luis Missouri; 8) Diagnóstico y tratamiento de los tumores de glomus jugulares, por el Dr. E. Sach, de la Universidad de Tulane, New Orleans; 9) Pubertad precoz con lesión hipotalámica comprobada, por el Dr. J. Walker de Temple; 10) Leucotomía Transorbitaria, por el Dr. R. Goodall, de Houston; 11) Ruidos arteriales de la subclavia en los síndromes neurovasculares de las extremidades superiores, por el Dr. G. Ehni, de la Universidad de Baylor; 12) Electroencefalografía en el diagnóstico de las lesiones cerebrales que ocupan espacio por el Dr. P. Kellaway, de la Universidad de Baylor; 13) El Hibicon en el tratamiento de la Epilepsia; 14) El tejido cerebral in vitro, por el Dr. C. M. Pomerat, de la Universidad de Texas; 15) Discusión, sobre las discinesias por los Drs. Kellaway, sobre fisiología; Hauser, sobre neurología; Bradford sobre neuro-cirugía y **Brown**, sobre psiquiatría, Réstame solamente informar que durante mi permanencia en México y en compañía de los arquitectos Francisco Prats y Luis Ulloa visitamos los servicios hospitalarios psiquiátricos de la ciudad de México, con el fin de adquirir información sobre la estructura y dinámica de los hospitales psiquiátricos modernos para hacer la planificación de **Hospital** Psiquiátrico Nacional de Honduras en la construcción del cual está empeñado nuestro Gobierno.

Tegucigalpa, D. C. 10 de Abril de 1952.

Crónicas, Variedades y Comentarios

## Los Siete Pecados de la Medicina

Por RICHARD ASHER, M. D. (Londres).

Hay un sinnúmero de pecados médicos, pero voy a comentar siete de ellos en la esperanza de que los estudiantes que deseen evitarlos puedan hacerlo, y que los que quieran entregarse a ellos puedan ampliar su repertorio o mejorar su técnica. Los siete pecados son: oscuridad, crueldad, malos modales, superespecialización, amor a lo raro, estupidez y pereza.

**OSCURIDAD**

El estilo claro y las frases cortas son lo ideal en la escritura y en la lectura. La oscuridad hace difícil la comprensión, confundiendo con profundidad de ideas, de la misma manera como un charco pantanoso puede parecer profundo. He aquí un ejemplo de un artículo reciente, en que los autores quieren decir: "Nosotros juzgamos la salud de los hombres por sus ambientes de trabajo y por sus hogares", pero ellos para decirlo usan esta otra frase: "Está en general aceptado que la evaluación del estado de nutrición de una comunidad debería comprender una valoración de las condiciones del medio ambiente en que cada miembro vive y trabaja". Como ha señalado Ivor Brown (1), semejante escrito es un lento goteo de palabras en lugar de una argumentación enérgica y clara.

La reiterada negativa es un modo frecuente de dificultar la comprensión de una manifestación, como cuando leemos: "No quiere decir que sea frecuente que la ausencia del bacilo tuberculoso no sea invariablemente investigada". Pocos de nosotros podemos decir si el bacilo está presente o no (ni nos preocupamos).

Prevengo a los estudiantes que levantan historias clínicas, que no cambien el lenguaje simple de sus pacientes por la jerigonza de sus libros de texto. Si un paisano dice: "Cuando voy subiendo una montaña, a mitad de camino siento que estoy listo". Convendría escribir estas mismas palabras en vez de: "El paciente se lamenta de que durante un paseo, en moderada subida, sufre una sensación de muerte inminente".

**CRUELDAD**

A-Crueldad mental.—Este es probablemente el más importante y predominante pecado de la lista que he elegido. En general es debido al descuido y no deliberado. La crueldad mental es común y se presenta de tres maneras: 1) diciendo demasiado; 2) diciendo demasiado poco; 3) olvidándose del paciente.



1) Diciendo demasiado, a menudo cargamos al paciente con una ansiedad que se añade a la enfermedad que queremos aliviar. Muchas veces he visto pacientes que se sentían bien hasta que se les dijo que tenían una presión alta o soplo cardíaco, y desde entonces estuvieron afligidos por varios síntomas penosos, recogidos en rumores, en anuncios de medicamentos "patentados" o en "El médico en casa". Antes de hablar al paciente de su enfermedad, es esencial considerar si se lo ayudará o se lo dañará, y con un poco de práctica se aprende lo que conviene decir.

2) Diciendo demasiado poco se le puede inculcar el temor de lo desconocido; los vacíos pueden ser llenados con suposiciones alarmantes o con supersticiones. Por ello hay que dar alguna explicación al enfermo. Verá que sus temores eran infundados y además, si cae bajo el cuidado de otro médico, podrá referirle más o menos bien lo que ha tenido. El doctor debiera saber que los temores y supersticiones son comunes entre los pacientes de modo que puede aquietarlos y evitar la crueldad mental. Por ejemplo: Un paciente con herpes zoster casi siempre ha oído decir a su abuela que "si se unen en la línea media uno se muere", y no puede sentir mucho alivio con la idea de que esto ocurra. Pacientes con lgera artritis están aterrados por temor de quedar "lisiados con reumatismo", como otros con bronquitis temen la tuberculosis. En estos casos la tranquilidad es más importante que la medicina, y es tarea del médico eliminar esos temores, si es posible.

3) Olvidando al paciente. Me refiero a la enseñanza y discusión junto al lecho del enfermo, donde éste es considerado como inconsciente, o discuten como si el paciente estuviera ya tendido en la mesa de autopsia. Hay que acordarse que los pacientes tienen oídos, y que los murmullos "sotto voce" sobre enfermedades polisilábicas son duros alfilerazos en su corazón.

**B-Crueldad física.**—El exceso de investigación es una forma de crueldad física. Si un pobre hombre ~~se~~ está muriendo con múltiples metástasis de un cáncer primitivo que pronto será descubierto en la necropsia, es cruel hacerle penoso los últimos días jugando a "la caza del primitivo" como si se jugara al "pañuelo escondido", en sociedad con radiólogos y patólogos. Los pacientes que están muriendo del corazón son menos infelices sin sondeos cardíacos, sin pinchazos arteriales y otras pruebas que entusiasman a los que juzgan a un enfermo del corazón por su potencia cardíaca en litros por minuto más bien que por el número de pedaños que puede subir.

Hay otras crueldades menores que pueden evitarse fácilmente.

No administre diuréticos mercuriales a la tardecita para no tener al paciente orinando toda la noche. No haga pruebas de comida fraccionada a un paciente con anemia perniciosa cuya hemoglobina ande alrededor de 20%; déle primero un tratamiento de hígado, y su aclorhidria no se irá, pudiéndose dar el gusto de investigarla concienzudamente después. No juegue a "empujar al parkinsoniano". Hay otros síntomas, sin entretenerse en agregar-

lo por detrás, para ver si se tambalea para adelante. No ponga tira emplástica sobre miembros velludos: puede fácilmente hacerlos afeitar previamente. No ponga instalaciones aparatosas de esas controleys junto a la cama para inyectar continuamente a su paciente, hasta que no le haya dado primero algunas palabras de explicación que lo tranquilicen.

### MALOS MODALES

Si los estudiantes no aprenden buenos modales mientras estudian medicina, quedarán en gran desventaja al tratar con pacientes, enfermeras y colegas.

**Con los pacientes.** Le pedí una vez a un estudiante que examinara el abdomen de una paciente acostada en una camilla del consultorio externo. Casi se tiró sobre la camilla, arrojó la manta, dejó caer su mano sobre el abdomen, y gritó: "¡D'os, que Belleza!" (se refería al abultado bazo de la enferma y no a su apariencia personal) y se dió por satisfecho. Tal conducta debe ser condenada.

Otras formas de malos modales son: 1) impaciencia al levantar la historia de un enfermo torpe; 2) hacer bromas a costillas del enfermo; 3) leer el periódico del paciente que está sobre la cama y observar con más interés los títulos que lo que está contando el enfermo.

**Con las enfermeras.** Los estudiantes descubrirán que un cortés "buenos días" a las enfermeras facilita el trato con los pacientes y con el equipo de guardia (En Norte América la expresión "Buenos días, hermana" debe evitarse porque equivale a "¿Cómo le va, querida" Muchos estudiantes llaman a una enfermera como los clientes impacientes llaman al mozo en un restaurant.

**Con los Colegas.** Años atrás, un estudiante hubiera sacado sus manos de los bolsillos aun delante de un archivero, y hasta hubiera bajado la vista ante la mirada del jefe. Posiblemente el cuerpo médico tenía demasiada majestad y pompa en aquellos días, pero al perderla hoy, se ha ido en dirección opuesta, pasándose a la otra alforja. En todo caso, ruego a los estudiantes que no examinen un abdomen con una mano metida en el bolsillo, porque es un modo ineficaz de palpar: irritará a los médicos y causará mala impresión en la sala de exámenes. Los estudiantes debieran usar un respeto razonable para con sus mayores, descartando las deferencias zalamerías. Les pido cautela contra los malos modales cuando vayan adelantando, y les sugiero cortesía como "pedir permiso a sus colegas" antes de ver un caso de sus guardias, escribirles para felicitarlos por sus publicaciones o relatos, etc.

### SUPER-ESPECIALIZACION

Es lógico que un médico tenga especial interés y conocimientos sobre un tema, pero está mal que demuestre indiferencia e ignorancia sobre los otros. Un buen médico debiera ser capaz en to-

días las cosas y maestro en una. Por ejemplo: Un cirujano debiera ser capaz de aconsejar una dieta a un paciente con obesidad simple, sin mandarlo a un endocrinólogo; un ginecólogo debiera tratar una moderada anemia por deficiencia de hierro, sin enviarla al especialista en sangre; un práctico debe ser capaz de abrir un pequeño absceso. He conocido un oculista que viendo un caso de retinitis pigmentaria, escribe: "Esto puede ser parte de un síndrome de Lawrence Moon-Biedl; ¿hay alguna evidencia de polidactilia?" Para que un oftalmólogo se sienta él mismo incapaz de contar dedos, convéngase que está en el límite de la superespecialización, y si no se hace algo por detener esa tendencia, tendremos algún día un especialista para el primer ruido del corazón y otro a quien sólo concierne el segundo ruido, etc.

Tal vez el rasgo peor de la especialización es el que hace sentir a los médicos que están obrando mal aun con el caso más simple si entran en el área "tabú" de la especialidad de otro. Esto ocurre particularmente con la psiquiatría, que es mirada por otros médicos como una mezcla de sospecha, reverencia y ridículo. En "Blithe Spirit", de Noel Coward, un personaje, refiriéndose a la psicoterapia, dice: "Me niego a soportar meses de costosa humillación, para llegar a la conclusión de que a los 10 años estaba desesperadamente enamorado de mi caballo hamaca". Un cirujano o un médico, frente un paciente que exhibe algún síntoma "funcional", es capaz de adoptar una actitud similar, sintiendo que el origen de los síntomas de la psiconeurosis más simple, yace enterrado en un misterioso abismo en que únicamente un experto puede hurgar impunemente. Un abismo de complejos y represiones donde nada es lo que parece ser, y donde cada cosa simboliza algo indecente. Es una actitud insensata. Un médico o un cirujano conscientes deberían ser capaces de dar un consejo sabio en un simple caso de neurosis.

Además, hay una complicación de la especialización que permite a las abejas permanecer sin molestias dentro del gorro de su amo, cuando los alérgicos miran al mundo a través de vidrios coloreados y de miope, a un mundo donde todo es alérgico.

### AMOR A LO RARO

Este pecado prevalece más entre los estudiantes, porque ellos necesitan la experiencia que enseña cuáles enfermedades son raras y cuáles son comunes. Este pecado es responsable de tantos fracasos de los "traga libros" en los exámenes. Se olvidan que las cefaleas y los vómitos son debidos con más frecuencia a la jaqueca que a un tumor cerebral, o que una epístaxis es más a menudo debida a sonarse torpemente la nariz que a telangectasia hereditaria múltiple, o que una pequeña atrofia de los músculos de la mano en la edad avanzada se debe con más frecuencia a una artritis reumática que a enfermedad de la neurona motriz o a una costilla cervical.

### COMUN ESTUPIDEZ

Con esto quiero significar lo opuesto al sentido común, en realidad: falta de sentido común. Hay varias clases de este pecado, pero pienso que el tipo más corriente es lo que podríamos llamar automatismo terapéutico. Ninguna enfermedad tiene un código rígido de tratamiento para seguir en todas las circunstancias; se debe cortar el saco terapéutico según el género mental y económico de cada paciente. Es pura tontería ordenar un régimen para una mujer activa de la clase trabajadora, con instrucciones de añadir a lo prescrito, al cuarto día, 100 grs. de mujil rojo cocido al vapor. He visto el más fino ejemplo de automatismo terapéutico cuando, hace muchos años, era estudiante, mientras patinábamos con un compañero en un lago helado. Una mujer se cayó y se rompió la tibia. Yo quise tratarla, pero sólo era un estudiante. "No debe ser movida hasta que llegue el médico; debemos tratarla de shock", gritaba mi amigo a todos los circunstantes.

Desde una casa vecina vinieron las sirvientas con botellas de agua caliente, mientras algunas señoras condolidas prestaban sus tapados. Así se amontonaron pieles de foca, de nutria, de visón y otras. La pobre accidentada gemía bajo su montón de pieles. "El tratamiento de shock es siempre calor," decían y repetían las mujeres (que debían haber tomado sus cursos de cruz roja) pero yo había estudiado física y pensé que otro factor estaba en juego. Pensé que el calor puede ser bueno para el shock, pero que también... derite el hielo. Sólo a último momento todas esas celosas aficionadas a primeros auxilios quedaron persuadidas de que era mejor abandonar su sistema, y sacaron del hielo a la pobre señora, que sin eso se hubiera perdido junto con las pieles al resquebrajarse el hielo sobre el lago. Menciono esto para demostrar que no siempre los pacientes deben ser tratados por lo que se aprende de memoria, ya que puede haber circunstancias especiales...

### PEREZA

La pereza médica puede ser física o mental. La pereza física existe más de lo que quisiéramos admitir. Como los bancos de sangre hacen transfusiones fácil y rápidamente, el número de transfusiones se cuadruplicó en pocos años, lo cual hace lamentablemente ostensible que la facilidad del tratamiento, más que su urgencia, pueda decir que se haga o no.

Esta pereza provoca a veces la omisión de determinar la presión sanguínea, o efectuar una oftalmoscopia, y tuerce en ocasiones ritos asépticos (si una aguja de punción lumbar toca la ropa de cama es tentador pretender que no se ha notado). La pereza puede también afectar la labor de la enfermera, quien cansada de contar las respiraciones, añade otro 20 a la fila de veintes que ya están en el cuadro, y esto puede restarle la confianza del médico.

La pereza mental es más común y más importante. Al levantar una historia puede ser peligrosa. Si el día es caluroso, el pa-

ciente un poco sordo, y el médico está apurado, la historia se adereza con reminiscencias e inconexiones, y se requiere enorme paciencia y concentración para poder luego destilar su esencia.

Una forma inconsciente de pereza necesita mención especial. No acepte el diagnóstico del paciente mientras le hace la historia, sin buscar los síntomas. Una fiebre reumática a la edad de 10 años es importante, pero necesita comprobación lo declarado por el paciente. Puede haber estado un día en cama con un dolor en el tobillo y su tía fue la que dijo fiebre reumática, o por el contrario, puede haber estado 2 ó 3 meses en cama con fugaces dolores articulares iniciados después de un dolor de garganta. Lo mismo con respecto a la alimentación (problema tan importante de la historia en casos de anemia), no anote "adecuada" o "regular" sin investigar exactamente lo que su paciente come en cada comida. Quedará Ud. asombrado de cuántas mujeres están viviendo de pan y manteca y un sinnúmero de tazas de té.

Finalmente, cuídese de la pereza mental. Si es demasiado perezoso para pensar por sí mismo, Ud. será fácilmente víctima de las publicaciones responsables, aceptando ciegamente el mito contra el que John Forbes (2) nos ha prevenido tan hábilmente. Si Ud. cultiva una duda saludable (sin ser escéptico) podrá temer la experiencia de la Rema de las Hadas citado en "Yolanthe":

Ante el fuego que brilla  
con calor intenso,  
yo trabajo en la calceta  
del sentido común  
y me va saliendo barato.

Adopte por favor esta actitud en cada cosa que le dije, aunque piense que mucho de ello puede ser tontería.

The Lancet, agosto 27 1949

(Versión de P. Lernoud).

1. Just another word, Londres 1943. The Lancet, aug. 27-1949.
2. The Lancet, 1946-11-293.

(Tomado de "El Día Médico")

## La Ascariidiosis como factor ecológico de la obstrucción intestinal en los niños

Por el Dr. José Gómez-Márquez Girones

No es el objeto de este trabajo presentar nada novedoso en el campo de nuestra patología; tampoco la descripción de ninguna técnica quirúrgica **original**. Nos ha animado el publicar estas líneas el hecho de haber observado **últimamente** unos casos de obstrucción intestinal producida por *ascaris lumbricoides* en los cuales el cuadro sintomatológico ofreció algunas peculiaridades, que nos parecen dignas de ser tomadas en cuenta por parte de nuestros compañeros cirujanos.

Como acabamos de decir, el factor etiológico del *Ascaris lumbricoide* en la obstrucción intestinal, y muy especialmente en los niños, es algo que ha sido señalado desde hace mucho tiempo por los autores, especialmente aquellos que se dedican a Medicina **Trop cal. Manson-Bahr**, en su tratado habla de ello y el Prof. P. Kouri, en su obra "Parasitología y Medicina **Tropical**", hace referencia a este problema., reportando la experiencia en este asunto de cirujanos cubanos dedicados a niños, como les Dres. Enrique Fortún, Amador Guerra, Carbonell Salazar y Salas Panicello.

Nosotros hasta la fecha, no habíamos tenido nunca ocasión de observar tales casos, ni como estudiantes ni posteriormente como médicos, a pesar de que desde nuestra salida de las Aulas Universitarias, hemos ocupado puestos de Médico Interno, encargados por tanto de las urgencias quirúrgicas, primero en el Hospital General y más tarde en La Policlínica.

El primer caso lo observamos en el mes de Noviembre próximo pasado. Se trataba de un niño de 3 años de edad, que nos había sido referido por nuestro colega, el Dr. Joaquín Reyes Soto, con el diagnóstico de probable obstrucción intestinal. Los familiares del enfermito, manifestaban que el niño había estado en perfectas condiciones de salud hasta el día anterior, en que se habían empezado a presentar dolores abdominales bastante intensos, que sobrevenían por accesos durante los cuales el niño se retorció. Le administraron un purgante, que fue vomitado y entonces se decidió consultar con el colega anteriormente mencionado, quien hizo el diagnóstico y aconsejó su internamiento inmediato en un Hospital para ser operado. Cuando observamos por primera vez al paciente, nos sorprendió el estado general francamente bueno. Había habido una evacuación hacia algunas horas de materias endurecidas; posteriormente habían aparecido los vómitos alimenticios. El abdomen estaba moderadamente meteorizado; no había una reacción peritoneal franca, siendo la pared bastante depresible; sin embargo llamaba la atención una masa, situada cerca del ombligo, hacia el lado izquierdo, dura, del tamaño de un limón, aproximadamente, sumamente movable. La temperatura era de 37,8° y el pulso de 110 por minuto. Un recuento globular, nos arrojó

21.400 glóbulos blancos, 58% neutrófilos, 33% eosinófilos y 27% linfocitos. El cuadro clínico nos parecía bastante confuso, pero el cuadro hemático tan alarmante y el dolor violento, nos inclinaron a operar, si bien sin una convicción absoluta. Al no más abrir el peritoneo, nos "saltó", por así decir, un asa de intestino delgado, enormemente dilatada, 'de color azul oscuro, que a lo largo de unos 20 cms. presentaba en su interior una densa masa irregular", dura que rápidamente **identificamos** como un apelonamiento de **áscaris** lumbricoides. Ante la imposibilidad de movilizarlos y tras de aislar el campo lo más perfectamente posible, hicimos una incisión longitudinal en el intestino de unos 8 cms. y extrajimos los ascarides, de diverso tamaño, en su mayor parte bastante voluminosas. Acto continuo, sutura de la herida intestinal se espolvoreó la supescie con sulfas y penicilina y se cerró la pared. El curso post-operatorio fue magnífico y el niño abandonó el Hospital a los 8 días completamente restableció.

El segundo caso, *se* presentó dos meses después, el 14 de Enero. Esta, vez se trataba de un niño de 18 meses. La madre había observado desde el día anterior, que el niño tenía retortijones y que no había tenido evacuaciones. Al examen, asimismo, buen estado general, abdomen blando, no doloroso, muy poco meteorismo. Sin embargo, igual que en el caso anterior, se palpaba difícilmente una masa, de las mismas características, que las anteriormente mencionadas, esta vez situada por debajo del reborde costal derecho. Temperatura y pulse normales. El recuento globular dio 6 700 blancos, y la fórmula 53% de neutrofilos, 42% de linfocitos; no se encontraron eosinófilos. A pesar de que la masa hallada, por lo reciente del caso anterior, nos hizo pensar en un cuadro análogo, optamos por la observación, dado lo benigno del cuadro clínico y la ausencia de reacción hemática. Se ordenó simplemente un enema evacuante. Al día siguiente, el dolor abdominal espontáneo era más intenso, presentándose como en el caso anterior, en forma de crisis, el abdomen estaba más meteorizado, el enema no había dado lugar a la salida de excremento, la temperatura había subido hasta 38 grados. Un nuevo recuento globular, arrojó 8.000 glóbulos blancos, es decir, un aumento de 1.300 sobre el del día anterior, permaneciendo la fórmula prácticamente igual; la ausencia de neutrofilia y eosinofilia persistían. Ante una **situación** tan poco clara, recurrimos a la cooperación del radiólogo, Dr. Cornelio Corrales, cuya contribución fue de un valor inestimable en este caso. Una primera radiografía (flat abdominal) horizontal que figura en el fotograbado número 1, dió un cuadro típico de obstrucción intestinal; la segunda fue **tomada** con el niño en posición vertical, que permitió poner de manifiesto los niveles líquidos de las asas correspondientes. En vista de estos nuevos datos, se decidió la intervención inmediatamente. Los hallazgos operatorios fueron exactamente los mismos que en el primer caso relatado; se trató ahora de un paquete de parásitos en número de 87 que fueron extraídos por la misma vía (enterotomía). En el primer caso el intestino pareció algo comprometido pero reaccio-

nó con la aplicación de compresas de suero caliente; en el segundo caso el aspecto del intestino no ofrecía ningún cuidado. En este asimismo, tuvimos un post-operatorio muy feliz.

La presentación de estos dos casos nos sugieren los siguientes comentarios:

1. Los cuadros clínicos de obstrucción intestinal fueron sumamente borrosos y de impresión benigna.

2. En ambos se palpó claramente una masa tumor al dura, movable y poco dolorosa.

3. El cuadro hemático fue desconcertante por lo que el segundo paciente se refiere, ya que no hubo hasta el momento de la operación ni leucocitosis ni **eosinofilia**, lo cual una vez más nos debe hacer recapacitar en la conveniencia de no basar nuestros diagnósticos en un solo elemento por muy valioso que éste sea. En este caso, por ejemplo, fue el curso seguido por el enfermito durante las 24 horas de observaron y los hallazgos radiológicos los que nos decidieron a intervenir quirúrgicamente a pesar de que el recuento globular y la fórmula leucocitaria parecían estar en contra de un abdomen agudo.

4. El examen radiológico en estos casos, no está de más insistir sobre ello, de un valor muy grande.

5. Debe llamarnos la atención el hecho de que se hayan observado en el lapso de dos meses dos casos de obstrucción intestinal infantil, por ascárides en un hospital pequeño y si bien es cierto que ello puede ser una aparición puramente casual, no por ello hay menos derecho a pensar, que en nuestro medio, donde los niños de las clases pobres suelen estar tan intensamente parasitados, es muy posible, que muchos de los niños que mueren sin asistencia médica adecuada, con cuadros abdominales oscuros, los cuales son bautizados popularmente con los nombres más diversos, no sean en muchas ocasiones, sino obstrucciones intestinales por paquetes de *Ascaris Lumbricoides*.

Abril de 1952.



# Apuntes de Patología Médica para Enfermeras

Por el Dr. Martín A- Bulnes B.

## LECCIÓN XH VIRUELA

Es una enfermedad aguda, febril y especialmente epidémica y contagiosa. Está caracterizada por una erupción vesicopustulosa en la **piel** y en las mucosas y por las cicatrices indelebles que, cuando cura, deja en la piel.

La erupción de esta enfermedad tiene características de aparecer en un solo brote, lo cual la diferencia de la varicela que aparece en brotes sucesivos. La viruela es una de las enfermedades que mayores estragos ha causado a la humanidad; actualmente con la práctica obligatoria de la vacunación ya no, se observan las **epidemias** mortales de años anteriores.

### ETIOLOGÍA

El agente productor de la viruela es un virus. Este virus se encuentra en la sangre del paciente, así como en las lesiones cutáneas, durante todas las fases de su evolución, y ha podido ser transmitido a monos de diversas especies por la inyección de sangre de estos enfermos.

El contagio es algunas veces directo, resultando del contacto con el enfermo, otras veces, es "indirecto, el virus se propaga por diversos objetos que hayan estado en contacto con el enfermo. La viruela aparece en todas las edades, pero es fatal sobre todo para los niños de pocos años. Ninguna raza está libre de la viruela. Se afirma que los negros tienen una predisposición especial para esta enfermedad.

La viruela es una de las enfermedades contagiosas más virulentas, y casi todas las personas que se exponen al contagio son infectadas, si no están vacunadas o no han sufrido la enfermedad. Los casos de inmunidad natural son raros, sin embargo, se han observado casos en que médicos y enfermeras que han convivido con variolosos no han sido infectados. Una de las enfermeras del Departamento de variolosos del General Hospital de Montreal, afirmaba que la vacuna no había prendido nunca en ella. El hecho de haber sufrido la viruela una vez, confiere ciertamente inmunidad, pero esta no es absoluta hasta el punto de que persista durante toda la vida, de modo que hay casos de individuos que han tenido la viruela dos veces. Respecto a este particular

basta recordar el caso histórico de LUIS XV, que habiendo contraído una primera viruela a los catorce años., murió a los sesenta y cuatro años de la misma enfermedad.

### **SINTOMATOLOGIA**

La evolución de la viruela se divide en los períodos siguientes: incubación, invasión, erupción y descamación.

### **PERIODO DE INCUBACIÓN**

La duración de este período varía de diez a quince días, pero en la mayoría de los casos es de doce. Sin embargo, se han observado casos en que la enfermedad se ha iniciado el octavo día de haberse expuesto el individuo al contagio, y hay ejemplos, perfectamente comprobados, en que el período de incubación ha llegado a veinte días.

### **PERIODO DE INVASIÓN**

La enfermedad se inicia por síntomas generales graves, cefalalgia intensa, mal estar general, uno o varios escalofríos, fiebre rápidamente ascendente que puede alcanzar 40 ó 41 grados, dolores intensos en la región lumbar, raquialgia, náuseas y vómitos. El paciente suele encontrarse en estado de postración extrema, la cara está enrojecida, el pulso es lleno y tenso, el enfermo sufre de intensa agitación que a veces, llega al delirio. Este período dura dos o tres días.

### **PERIODO ERUPTIVO**

Hacia el cuarto día de haberse iniciado la enfermedad, el enfermo mejora, la raquialgia desaparece, la fiebre disminuye. Al mismo tiempo que se manifiesta esta mejoría, el período eruptivo se inicia por máculas ligeramente prominentes. Estas máculas aparecen en la cara, invaden enseguida el tronco y los miembros y en 24 o 36 horas la erupción es completa.

Estas máculas se transforman en pápulas y aparecen en un solo brote. Las pápulas tienen del 2 a 4 milímetros de diámetro de un color rojo intenso. Al quinto o sexto día, estas pápulas se transforman en vesículas, cada una de ellas se eleva sobre el nivel de la piel, y presenta una ligera depresión o umbilicación en el centro. Hacia el octavo día, estas vesículas se convierten en pústulas, la umbilicación desaparece, y la parte culminante de la pústula adquiere una forma globulosa y un color agrisado amarillento, debido al pus contenido en su interior. Esta transformación purulenta empieza por producirse en la cara, y van siguiendo luego a ésta las diferentes regiones, por el orden mismo en que ha tenido lugar la erupción.

La viruela puede ser confluyente y discreta, la primera está caracterizada por la unión de las vesículas entre sí, hasta el punto de confundirse por sus bordes. En cambio, la segunda está constituida por elementos eruptivos diseminados, es decir, aislados y separados por espacio de piel sana. Frecuentemente ambas formas, confluyente y discreta, se presentan en el mismo enfermo, apareciendo lesiones confluentes en la cara y discretas en el tórax, abdomen y extremidades inferiores. Los enfermos afectados de viruela despiden un olor muy especial desde los primeros períodos.

### PERIODO DE DESECACIÓN

Hacia el noveno día la desecación principia en la cara, las pústulas se cubren de una costra amarillo parduzca; otros se rompen espontáneamente o por el rascado, y forman costras amarillentas, espesas, primero blandas, y después duras. En el tronco, las pústulas se desecan sin romperse y forman costras parduzcas más pequeñas que en la cara. La caída de las costras comienza en la cara, del décimo-octavo al vigésimo día, y suele completarse en el cuerpo hasta al cabo de dos o tres semanas.

### TRATAMIENTO

El tratamiento de la viruela es puramente sintomático. Reposo en cama, aseo del enfermo, limpieza de la boca, alimentación lácteo-vegetariana. Las bebidas deben ser frescas y abundantes- la habitación ocupada por el enfermo debe estar bien ventilada. Actualmente la mayoría de autores recomiendan preparados sulfamídicos lo mismo que antibióticos, como penicilina, para evitar las infecciones secundarias y prevenir las complicaciones.

Se recomienda como tratamiento local aplicaciones de gasa empapada en solución de sulfonamida al 20%. Para calmar el prurito se indicará baños calientes, lo mismo que aplicaciones de polvos de sulfatiazol.

La deshidratación es una de las complicaciones que se presentan con alguna frecuencia en la viruela y será combatida por la administración de líquidos principalmente suero glucosado, por vía rectal, hipodérmica o endovenosa, según la gravedad del caso.

### PROFILAXIS

Como en toda enfermedad infecciosa, la profilaxis consiste en aislar a los variolosos desde el principio de la enfermedad, en la desinfección de los locales, de los vestidos y objetos de que se haya servido. Vacunar inmediatamente o revacunar a las personas que lo cuidan o lo rodean. El mejor medio de combatir una epidemia desde el principio consiste en imponer la vacunación a toda la población, **sin distinción ninguna.**