

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

PREGUNTA: *¿QUE MEDICAMENTOS INFLUYEN EN LA PROTROMBINEMIA?*

*En el curso de la terapéutica anticoagulante se observan ocasionalmente fluctuaciones inexplicables de la protrombinemia. ¿Existe la posibilidad de que medicamentos tomados la víspera provoquen estas fluctuaciones? ¿Influyen los barbitúricos y la., fenotiazinas en la protrombinemia? De hacerlo, ¿en qué proporciones pueden ellos repercutir *IM la determinación matutina de la protrombinemia*

Respuesta: Es perfectamente concebible que una serie de medicamentos puedan influir en la protrombinemia o en todo el sistema de coagulación en el curso de la terapéutica anticoagulante, pero en este sector subsisten todavía muchos aspectos **JXJCO** claros, y las opiniones **divergen** en parte considerablemente. Después de una revisión crítica de la bibliografía y basándome en la experiencia **personal**, sostengo **la siguiente** opinión: Una hipercoagulemia se observa regularmente en **presencia** de una **diuresis** aumentada, indistintamente si ésta se debe a los más **diversos** diuréticos o a medicamentos digitálicos. La acción digitálica determina hipercoagulemia únicamente si existe descompensación cardiaca. Este mecanismo de acción descansa probable mente en dos factores: Primeramente se produce una des-hidratación directa **de** la sangre, y, en segundo lugar, se desingurgita al hígado. Por efecto de la sustracción de agua, se desgrava rápidamente *el* hígado ingurgitado lo que precipita la formación de diversos factores coagulantes (protrombina, factor VII, factor IX, factor X, etc.) Hipercoagulemias que pueden repercutir en 'la te-republica anticoagulante se observan asimismo después de una medicación algo larga de corticosteroides. En el hipercorticismo ¡o mismo que en la enfermedad de **Cushing** son llamativos 'los cortos tiempos de coagulación o los potenciales pro-trombónicos aumentados. Esto concuerda con las observaciones clínicas según las **cuales se** adviene con más frecuencia una propensión general a las tromboembolias después de una medicación relativamente prolongada de cortisona o prednisolona. También 'los medicamentos que influyen en el metabolismo originan una tendencia hipercoagulémica. Una activación del sistema de coagulación se comprueba en el mixedema y después de una terapéutica tirostática intensa. Se demuestra asimismo una proclividad a la **hipocoagulemia** después de un tratamiento con hormona tiroidea, con yodo o con tiroxina. Las mismas consideraciones rezan en situaciones de hipercirculación y de fiebre aguda. Por consiguiente, en los hipertiroidismos marcados, casi nunca se observan trombosis. Posiblemente intervienen en este mecanismo los harbitúricos y los **tranquilizadores** que con relativa frecuencia crean una

propensión a la hipercoagulemia. En cambio, **después** de una medicación algo larga de Butazolidina se encuentra una tendencia a la hipócoagulemia. Ella no se debe a una acción **anticoagulante** de la Butazolidina sino a una tendencia retencionista pasajera que experimentan algunos **pacientes, especialmente** los cardiacos descompensados, después del uso **relativamente** prolongado de **este** medicamento. Como el efecto de los anticoagulantes administrados por vía bucal está sujeto lo **mismo** a su inactivación que a la velocidad de su eliminación, se produce por la **retención** una intensificación del efecto anticoagulante. Todavía es discutida la influencia de los antibióticos. Las penicilinas en dosis relativamente altas parecen activar el sistema de coagulación con tendencia a la hipercoagulemia. En cambio, los antibióticos de espectro amplio ejercen, según parece, el **efecto contrario**, pero en este caso el mecanismo de acción es totalmente distinto. El efecto de los anticoagulantes personales (Tromexam®, Marcumar®, Sintrom®, Indalítan®) reside en una acción anti-vitamina **K** que **bloquea** en el hígado la vitamina K que es necesaria para sintetizar **diferentes** factores coagulantes. Por este efecto baja la concentración de una serie de factores coagulantes y también la de la protrombina. Ocasionalmente se observa una fase primaria refractaria a los anticoagulantes. Los pacientes necesitan a veces muy altas dosis de anticoagulantes o son totalmente refractarios. Si en una fase como éstas se administran antibióticos de espectro amplio, el anticoagulante puede llegar a actuar instantáneamente. Se ha buscado explicar este fenómeno presumiendo que la fase refractaria se origina por una hiperactividad probablemente constitucional de la flora intestinal que forma vitamina K en cantidades superabundantes. Si ahora la flora coli del intestino se resiente por la acción de los antibióticos de espectro amplio, falla también la producción intestinal de vitamina K, y el paciente vuelve a responder normalmente a los anticoagulantes. Todos estos mecanismos pueden perturbar el control de la terapéutica anticoagulante, pero ellos no son tan incisivos como para significar una contraindicación de esta última. En nuestro concepto personal, esta necesidad no existe ni siquiera en el caso de la Butazolidina siempre que se efectúen controles más frecuentes, en días alternos o todos los días si fuera necesario.

Prof. Dr. **Jürgens**

II. Medizinische Universitätsklinik,
Frankfurt a. M.-Süd 10, Ludwig-
Rehn-Str. 14.

PREGUNTA: **VACUNACIÓN ANTIVARIOLICA DURANTE LA GRAVIDEZ,**

Una embarazada necesita para un viaje a ultramar un certificado de vacunación antivariólica. ¿Es lícito vacunar en el curso del embarazo y en qué meses del mismo?

Respuesta: A causa del creciente turismo internacional se presentan cada **vez** con mayor frecuencia casos de mujeres embarazadas que solicitan un certificado de vacunación de acuerdo con las disposiciones internacionales. Para formar juicio de la vacunabilidad es de importancia fundamental si se trata de una primovacuna o de una revacunación. La vacunación antivariólica produce viremia por efecto de la cual puede ocurrir una infección diaplacentaria del feto. En

efecto. repetidas veces se han comunicado accidentes en que el feto murió presentando signos de una infección vacunal masiva. Es la razón por la cual conceptuamos contraindicada una primovacunaación antivariólica durante todo el embarazo. Es indispensable abstenerse de viajar a regiones en que la viruela es endémica. Se puede asumir la responsabilidad de una vacunaación únicamente de existir un riesgo agudo de viruela. La revacunaron antivariólica en el curso del embarazo ha merecido juicios no tan **unánimes**. Las denuncias de accidentes son en parte contra dirtorias. En analogía **con** otras **virosis** (rubéola, etc. etc.), es necesario pensar en la posibilidad de **provocar** con la vacunaación una embriopatía. Por esta razón, se aconseja abstenerse incluso de la revacunación antivariólica durante los primeros tres meses del embarazo, es decir durante el período organogenico. Desde el cuarto **mes** en adelante, una vacunaación resulta defendible **SÍ** es necesaria, por ejemplo para **viajes** a regiones **en que** la \ 'niela es endémica. Por otra parte, se aconseja **prescindir** de vacunaaciones antivariólicas durante todo el embarazo, si no son **estrictamente** necesarias porque hubo casos en que incluso la revacunación provocó una viremia. y ésta puede poner en peligro al feto.

Dra. **Elisabeth** Lippert,
Bawrische Landesimpfanstalt,
München.

PREGUNTA: *TRATAMIENTO DE URGENCIA DEL DELIRIO ALCOHÓLICO*

*¿Cuál es actualmente el **mejor tratamiento** de primeros auxilios o de urgencia que el medico **práctico** puede prescribir en presencia de un delirio alcohólico **agudo**.*

Respuesta: Para el tratamiento de primeros auxilios de los enfeimos gravemente agitados se puede recomendar al médico práctico en la actualidad la inyección intramuscular de 10 de paraldehido. La escopolamina, la SEE (escopolamina-eucodal-efetonina) o fármacos por el estilo están contraindicados. Es cuestionable el uso de fenotiazinas incluso en la forma de promazina (100 a 200 mg. de Pro-lactyl o de Verofén) teniendo en cuenta la lesión hepática que a menudo puede coexistir y la propensión a efectos hipotensivos adicionales. Es importante la administración **precoz** de **1/8** mg. de estrofantina, eventualmente con Eufilina (por ejemplo en la forma del Theokombetin). En el delirante alcohólico agudo peligran sobre todo el **corazón** y la circulación. Una posición privilegiada tienen actualmente los preparados corticosuprarrenales: 25 a 50 mg. de Solu-Decortin **u** Hostacortin "H" soluble (prednisolonas) por vía intravenosa. Con esta aplicación ya convenza el tratamiento en la clinica. Es imprescindible. Su valor especial consiste en poder instituir una terapéutica con grandes goteos que permite regular todos los principios terapéuticos en forma armónica e individual izada incluyendo un tratamiento hepatotrópico y la vitaminoterapia. En los casos de urgencia hay que recordar que la administraron del alcohol permite lograr una mejoría por lo menos momentánea. En Francia se estila hoy como antes tratar con Cyréthyl A por vía intravenosa (25^f de alcohol con añadido de glucosa y extracto hepático).

Prof. Dr. W. Schulte,
Universitatr-Nervenklinik
Tübingen.

PREGUNTA: ¿TRATAMIENTO DE UN INFARTO MIOCÁRDICO RECIENTE EN LA PRACTICA GENERAL?

¿Que medidas. complementarias se pueden instituir en la clinica...

Respuesta: El tratamiento de un infarto miocárdico en el domicilio del paciente es difícil y **está** sujeto a **mayores** riesgos que en el hospital. En ti interés del paciente, se debiera procurar en todos los casos su hospitalización. Se puede asumir la responsabilidad de dejar al paciente en su casa únicamente si es éste su expreso deseo y después de haber agotado los medios de persuaden explicativa. En el hospital o en la clínica existen **mejores** medios de inmovilización, de terapéutica **antiálgica** y **del shock**, de anticoagulación y de dominar las complicaciones; entre éstas figuran por ejemplo la arritmias, la insuficiencia cardiaca, la embolia pulmonar, embolias periféricas, la neumonía hipostática, flebitis y retención de orina. En los casos graves es posible reducir el trabajo respiratorio oxigenando la atmósfera del ambiente. Si las condiciones circulatorias *son* desfavorables se instituyen goteos de noradrenalina durante los cuales se impone verificar La presión sanguínea, al comienzo muy frecuentemente, más tarde cada media hora o cada hora. Los goteos continúan a veces más de dos días. Para mayores detalles respecto a las posibilidades terapéuticas que existen, se remite a los tratados de medicina interna. Es asimismo de importancia que en la clínica es posible confirmar el diagnóstico de **infarto** miocárdico. Otras enfermedades pueden causar cuadros parecidos, por ejemplo la embolia pulmonar, una pleuroneumonía, un neumotórax espontáneo y afecciones abdominales. En el infarto reciente, el electrocardiograma no resulta siempre característico en seguida.

La atención a domicilio es generalmente mucho más difícil. En la práctica general con mucha clientela, a menudo no es posible hacer venir el médico de inmediato cuando surgen complicaciones. Por regla general, la terapéutica mediante goteos resulta impracticable porque el médico no dispone de varias horas por día. La terapéutica anticoagulante podrá realizarse sólo en contadisimos casos. La oxigenoterapia que puede hacerse necesaria, el sondeo vesical en los prostético?; el tratamiento de eventuales arritmias tropiezan con dificultades considerables.

Antes del transporte a la clínica se combate el dolor, con opiáceos si fuera **necesario**, o sus substitutos: si existen signos de colapso circulatorio, especialmente extremidades frías y pálidas e hipotensión, se aplican Novadral-De por t® por vía intramuscular y, si fuera necesario, también 1/8 de mg. de estrofantina. Al llegar a la clínica es necesario informar al médico de turno sobre las dosis de los medicamentos aplicados y el momento de su aplicación.

Si el tratamiento debe proseguir a domicilio, se procurará crear, en cuanto a vigilancia médica y asistencia del paciente así como a medidas terapéuticas, condiciones que en lo posible se parezcan a las clínicas, pero esto será siempre una solución a medias

Prof. Dr. H. Klepzig
Bundesbahnklinik,
Kónigstein i. Ts.

PREGUNTA: *ANTICONCEPCION CON EL ANOVLAR.*

¿Existen reparos a la prescripción del preparado Amontar si por razones médicas conviene desaconsejar un nuevo embarazo?

Respuesta: Si existe indicación médica de evitar que se produzca un embarazo, no se puede formular ninguna clase de reparos a la receta del **Anovlar**. Con este método de la regulación de la fertilidad se suprime la ovulación **mediante** una medicación asociada de gestógeno y estrógeno que actúa por intermedio de] lóbulo anterior de la hipófisis. Por el momento se **debiera** limitar la duración de la medicación cíclica a seis meses o un año, hasta tanto la inocuidad del procedimiento haya quedado demostrada en un materia] casuístico muy grande. Las observaciones hechas hasta ahora, según las **cuales** volvieron a producirse puntualmente concepciones después de medicaciones de uno a dos años, hablan en favor de la inocuidad. Las reservas que aún pudieren existir, se vencerán, si existe la indicación médica, en vista de la seguridad extraordinaria del método que por el momento no **superado** por ningún otro método anticonceptivo. Hasta tanto se tengan pruebas de la inocuidad total, el Anovlar no debe ser recetado en presencia de propensión **a la trombosis** y de trastornos funcionales hepáticos.

Prof. Dr. G. K. Doring,
Universitäts-Frauenklinik,
München 15, Maistr. 11.

PREGUNTA: *SEUDOANGINA DE PECHO - "ANTERIOR CHEST WALL SYNDROME".*

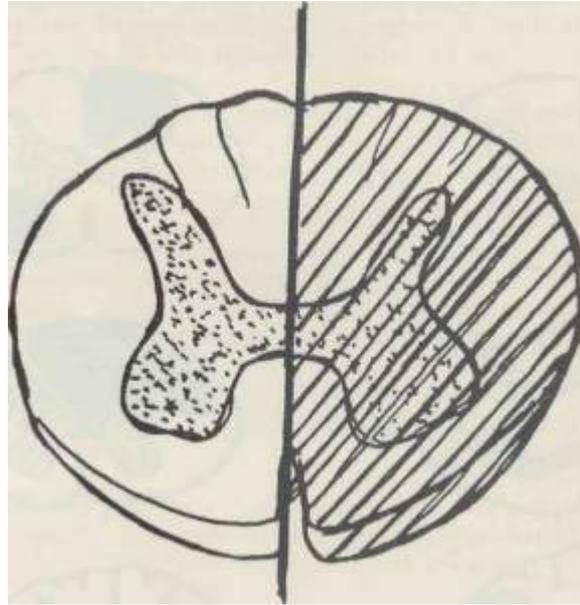
¿Son idénticos los dos síndromes? ¿Es posible diferenciarlos? Se solicita bibliografía sobre el lema.

Respuesta: Con el nombre de pseudoangina de pecho o síndrome radicular pseudoanginoso describió Davis Radicular Syndrome with emphasis on chest pain simulating coronary diseases. Chicago 1957] un cuadro que se identifica **ampliamente** con el síndrome radicular cervical (por ejemplo angina de pecho en la osteocondrosis de la columna vertebral cervical). Faltan a menudo signos concretos de un déficit circulatorio coronario. Según Prinzmetal y colaboradores (J. Amer. med. Ass. 159 (1955), 177) pueden aparecer dolores en el tórax izquierdo algún tiempo después de un infarto miocárdico sin que sean necesariamente síntomas de un nuevo empeoramiento de la circulación coronaria. En el síntoma descrito por Prinzmetal se trata de una contractura dolorosa de la musculatura, especialmente del pectoral. Los dos síndromes a que se refiere la consulta., probablemente no son idénticos, pero seguramente no **siempre** podrán ser diferenciados en lo que respecta a los factores determinantes.

Privatdozent Dr. H. Porthine
Medizinische Universitätsklinik.
Münster, Westring 3.

SECCION DE LAS PREGUNTAS

A cargo del Dr. TITO H. CÁRCAMO



(Fig. N.º 1)

N.º 1.—¿Cuál cree Ud. que es la causa principal de una lesión medular como la que ilustra el dibujo N.º 1?

- a) Tumores Malignos.
- b) Tumores Benignos.
- c) Aneurisma de la arteria espinal **anterior**.
- d) Herida de bala o arma blanca.
- e) Infecciones **Virales**.

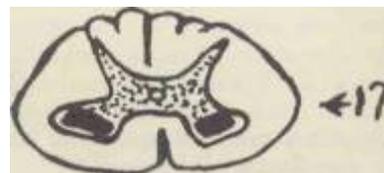
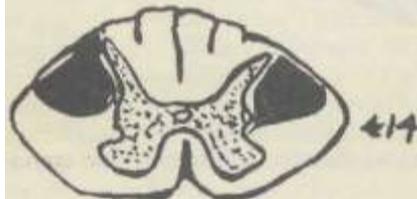
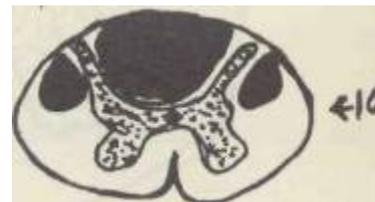
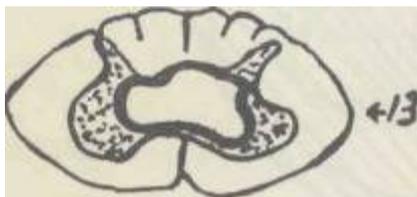
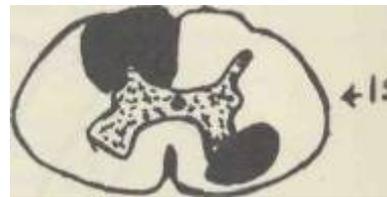
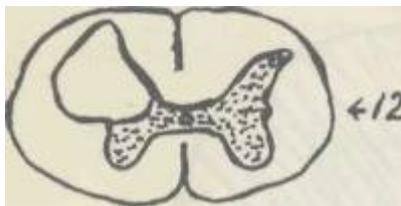
N.º 2.—¿Cuál cree Ud. que es la condición de los reflejos **musculares** profundos en una lesión medular como la del dibujo preinserto?

- a) Aumento de los reflejos en **el** lado de la lesión.
- b) Disminución de los reflejos en el mismo lado.
- c) Aumento de los reflejos en el lado opuesto.
- d) Disminución de los reflejos en el lado opuesto.
- e) No hay cambio alguno de los reflejos.

N' 3.—¿Cuál es el nombre de la lesión que representa el dibujo preinserto?

- Síndrome Siringomiélico.
- Síndrome Brown-Sequard.
- Síndrome Parapléjico.
- Síndrome Paralítico.
- Ninguno de los anteriores.

A continuación daré una lista de ocho diferentes afecciones patológicas de la médula espinal. A renglón seguido verá Ud. seis esquemas gráficos de las mencionadas patologías. Identifíquese el número de los dibujos con la letra que Ud. crea que corresponde a tal patología medular.



- Múltiple Esclerosis.
- Esclerosis Lat. Amiotrófica.
- Esclerosis Combinada.
- Poliomielitis Anterior.
- Siringomielia.
- Hidromielia.
- Síndrome Brown-Sequard.
- Espina Bífida.

A continuación anotaré cinco **diferentes** síndromes o **afecciones patológicas** y a renglón seguido haré somera descripción de cada una de ellas. **Coloque la letra de la enfermedad en el espacio correspondiente al número de la descripción que Ud. cree que es correcta.**

- a) Síndrome de **Laurence Moon Biedl.**
- b) Osteocondrosis.
- c) Enfermedad de Morquio.
- d) Condrodistrofia.
- e) Síndrome de **Ellis Van Creveld,**

N° 18 () Enfermedad de causa desconocida, que se **caracteriza** principalmente por **fragmentación** de los centros de osificación o epifisarios. También ha sido llamada Enfermedad de Ossgood - **Schlatter.**

N° 19 () Esta enfermedad se caracteriza por Enanismo muy parecido al producido por el **Raquitismo, presenta** algunas **características tales** como: cuello corto, deformaciones tanto torácicas como **vertebrales** (xifosis).

N° 20 () Esta entidad nosológica afecta por igual a hombre- y mujeres. Se **caracteriza** principalmente por los **notables** trastornos en las osificaciones "endo-condrales". Aunque **el** aspecto **general** del **paciente** es normal, sin embargo sus huesos son cortos y muy gruesos.

N° 21 () Enfermedad caracterizada por "retinitis pigmentosa" frecuentemente acompañada de polidactilia. retardación mental, obesidad e **hipogenitalismo.**

N° 22 () Entidad patológica **caracterizada** porque al par de que hay condrodisplasia, hay también una displasia **ectodermal** acompañada de **polidactilia** y "enfermedad cardíaca **congénita**".

CLAVE DE CONTESTACIÓN A LAS PREGUNTAS ANTERIORES

(N° 1: d) (No.2: a) (N° 3: b) (N° 12: e) (N° 13: f) (N° 14: b) (N° 15: a) N° 16: c) (N° 17: d) (N° 18: b) (N° 19: c) (N° 20: d) (N° 21: a) (N° 22: e)

Tegucigalpa, D. C, 18 de octubre de 1963.