

# centro médico

Vol. X      Nº 38      —      Enero 1971

**Cuerpo Ejecutivo.**— Director - Jefe de Redacción: Dr. Rafael Campo Moreno; Administrador-Editor: Dr. Jorge Soto-Rivera.

**Comité de Redacción:** Dr. Antonio Sanabria, Dr. José Lara Díaz.

**Colaboraciones:** Se aceptan colaboraciones de miembros o no de la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas, sujetas a las siguientes condiciones: 1) Los trabajos deben ser leídos previamente por su autor en las reuniones mensuales de la Sociedad, los segundos miércoles de cada mes. 2) Deben ser entregados al Jefe de Redacción debidamente mecanografiados a doble espacio y en duplicado. 3) Deben ser inéditos. Sin embargo, nos reservamos el derecho de reproducir los trabajos que a nuestro juicio merezcan especial divulgación, haciendo constar la referencia bibliográfica correspondiente.

**Frecuencia, reparto y canje:** Se publica cada cuatro meses: ENERO, MAYO, SEPTIEMBRE de cada año. Se reparte gratuitamente. Solicitamos canjes con toda revista o publicaciones periódicas de ciencias médicas, cualquiera que sea el idioma en que esté impresa.

**Dirección:** Centro Médico de Caracas, Plaza del Estanque, San Bernardino, Caracas. Teléfono: 54.70.51 (veinte líneas).

La revista no se hace responsable o solidaria de los artículos que aparezcan identificados con el nombre del autor, salvo estipulación en contrario.

**Director y Jefe de Redacción:** Dr. R. Campo Moreno

**Administrador - Editor:** Dr. Jorge Soto-Rivera

Esta Revista sustituyó al anterior Órgano Científico Divulgativo de la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas", que se tituló:

y del cual se publicaron 18 números hasta Junio de 1963

## SUMARIO

- **Cuidados Higiénico-Médicos de la Voz Cantada**  
Por el Dr. Franz Conde Jahn 1
- **Estado Actual del Tratamiento de la Insuficiencia Hepática Aguda**  
Por el Dr. Simón Beker G. 13
- **Infarto Agudo del Miocardio Complicado de Asistolia Ventricular e Hipoxia Cerebral**  
Por los Dres. Alfredo J. Naime, Devanira Almeida y Pedro Lizarraga 25
- **Algunos Hechos Relativos al Costo de Servicios de Hospitalización, con Especial Referencia a los Hospitales Privados**  
Por el Dr. Jorge Soto-Rivera 33

ESTAMOS AFILIADOS A:



ASOCIACION  
VENEZOLANA  
DE HOSPITALES



AMERICAN  
HOSPITAL  
ASSOCIATION



INTERNATIONAL  
HOSPITAL  
FEDERATION



**para suturas perfectas  
que complementan todo buen  
acto operatorio!**



**SUTURAS**  
**Ethicon**<sup>®</sup>

Perfecta uniformidad de calibre. Máxima resistencia a la tensión. En distintos tamaños y tipos, **para todo requisito quirúrgico**: en catgut, Mersilene<sup>®</sup> fibra poliéster, seda, algodón, nilón, tantalio, etc., con o sin aguja Atraloc<sup>®</sup>.

**Rp.**—Suturas ETHICON, en sobres de aluminio, envasados en seco (en cajas) o en frascos con solución esterilizante.

**Sr. doctor:**—Solicite catálogo ilustrado con detalles completos que le enviaremos gustosamente a solicitud.

*Johnson & Johnson International*

Export Division—New Brunswick, N. J., U.S.A.

# NUTIZYM®

**digestivo bifásico de amplio espectro**

**1 gragea contiene:**

- BROMELINA 50 mg. (en la capa externa)
- PANCREATINA 400 mg. (en el núcleo\*)
- BILIS DE BUEY 30 mg. (en el núcleo\*)

**Presentación:**

**frasco con 20 grageas**

*Nuevo! frasco con 100 grageas*

\* el núcleo viene protegido por una capa entérica



MERCK VENEZOLANA S.A.

Apto. Sabana Grande 50787

Tfnos. 72 44 42 - 72 46 61

Caracas

# Halothan<sup>®</sup>

## Hoechst

Anestésico general de inhalación



Hoechst Remedia S. A.  
Apto. 80222  
Caracas

DEPARTAMENTO MEDICO CIENTIFICO

El Unimeter es un equipo compacto y de alta precisión que permite, por el sistema "Unitest" efectuar exámenes de laboratorio en forma rápida y eficiente. Básicamente consiste de un colorímetro calibrado en forma precisa que da los resultados en forma directa. Una segunda parte está constituido por una centrífuga compacta de alta velocidad. Todo cuanto hace falta son 2 c.c. de sangre para numerosas pruebas directas: Glucosa sanguínea, hemoglobina, colesterol, nitrógeno uréico, ácido úrico, bilirubina, proteínas totales, fosfatasa alcalina, globulina y muchos otros.

Precisión, eficiencia y rapidez con el sistema "Unitest". Permítanos hacerle una demostración sin compromiso alguno.



**Bio-Dynamics, Inc., Indianapolis, U. S. A.**

Representantes Exclusivos para Venezuela:

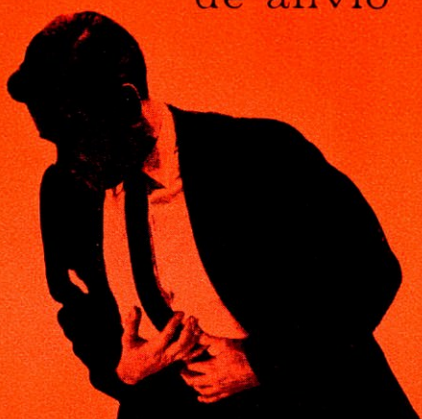
**COLIMODIO S. A.**

ESTE 2 Y SUR 21 No. 148 — APARTADO 1053

C A R A C A S

# Mucaine\*

de cuantos farmacos  
refrenan la hiperacidez  
únicamente uno  
específicamente  
suprime **el dolor**  
al contacto y  
brinda horas  
de alivio



## Mucaine

- Acción rápida.
- Facilita la cicatrización.
- Sin los inconvenientes de los anticolinérgicos.



## PRESENTACION:

Cajas de 30 tabletas con 5 mg oxetazaina por tableta.

Frascos de 175 cc. con 10 mg oxetazaina por cada cucharada de 5 cc.

**WYETH LABORATORIOS C.A. - CARACAS, VENEZUELA**

Más de un siglo al servicio de la medicina - Casa fundada en 1860

\* MARCA REGISTRADA



FUNDADO A LA LAMBA DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA VENEZOLANA  
PRIMERO PRESIDENTE DE LA FUNDACION JOSE MARIA VARGAS

WYETH  
LABORATORIOS  
C.A.  
CARACAS

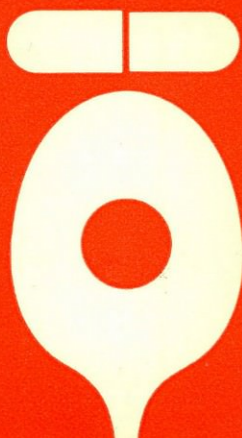
# **Vibramicina** \*

## **doxiciclina hyclate**

### **EXCEPCIONAL AVANCE EN LA FARMACODINAMIA DE LOS ANTIBIOTICOS**

- Las concentraciones séricas de **VIBRAMICINA** alcanzan niveles terapéuticos a los 30 minutos, confirmando su excepcional absorción por vía intestinal.
- Puede ser administrada con leche o alimentos sin pérdida significativa de actividad.
- La prolongada vida media y la lenta eliminación renal de **VIBRAMICINA** hace posible la prescripción de una sola dosis cada 24 horas, siendo la cantidad de droga administrada de 5 a 8 veces inferior a la utilizada con los demás antibióticos.
- La intensa absorción y extraordinaria vida media de **VIBRAMICINA** proporcionan excepcionales y sostenidos niveles séricos y elevadas concentraciones tisulares.
- Comprobados éxitos clínicos con excelente tolerancia y virtualmente exenta de efectos secundarios.

**Una sola dosis cada 24 horas**





# Fluothane

#### Características más notables

- No inflamable ni explosivo.
- Inducción rápida y suave
- Fácil mantenimiento y control de la anestesia.
- Buena relajación muscular.
- Pronta y agradable recuperación.
- Escaso vómito postoperatorio.
- Permite plena oxigenación.
- Reduce la necesidad de agentes auxiliares.

## Un progreso en la anestesia

En todo el mundo se considera hoy al "Fluothane" como un elemento esencial en el arsenal de la anestesia moderna. Por reunir las ventajas de potencia y fácil control con la de inocuidad, el "Fluothane" proporciona anestésicos muy satisfactorios en toda clase de intervenciones quirúrgicas y en pacientes de todas las edades.

IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LIMITED  
 PHARMACEUTICALS DIVISION  
 Alderley Park - Macclesfield  
 Cheshire - Inglaterra



# FLUOTHANE

HALOTANO

Marca Reg.

## JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MEDICA:

Dr. Francisco Baquero González, Presidente  
Dr. Alberto Guinand Baldó, Vice-Presidente  
Dr. Harry Acquatella, Secretario  
Dr. Néstor Arreaza Colizza, Tesorero  
Dr. Gastón Arévalo Lizarraga, Bibliotecario

Dr. Francisco Brandt Pacheco, Vocal  
Dr. Rafael Campo Moreno, Director de la Revista  
Dr. José Lara Díaz y Alfredo González Bustillos, Redacción.

## MIEMBROS ACTIVOS:

Acquatella, Dr. Harry  
Agüero, Dr. Oscar  
Alvarez, Dr. Pedro J.  
Andrade Niño, Dr. Rafael  
Andrade Niño, Dra. Zaira de Arévalo Lizarraga, Dr. Gastón Arreaza Colizza, Dr. Néstor Atencio Morillo, Dr. Humberto Aure Tulenc, Dra. Mercedes Bacalao Lara, Dr. Pedro Bacalao Lara, Dra. Ela de Blanco, Dr. Juan Blanco Hernández, Dr. Pablo Blanco León Dr. Jorge Blanco, Souchon, Dr. Pedro Beker, Dr. Simón Beaupertuy, Dr. Luis A. Banchs, Dr. Francisco Baptista, Dr. Roberto J. Baquero González, Dr. Francisco Baquero González, Dr. Ricardo Benecosme, Dr. Rafael Brandt Pacheco, Dr. Francisco Brillembourg, Dr. Atilio Brillembourg, Dr. Joaquín Brito, Dr. Víctor Bustamante Miranda, Dr. Oscar Bustamante Esáa, Dr. Rafael Calvo Lairé. Dr. Alejandro Castro Sánchez, Dr. César Campo Moreno, Dr. Rafael Carbonell, Dr. José Antonio Castillo, Dr. Rafael Cifuentes S., Dr. Bernardo Clemente, Dr. Antonio R. Ciobataru de Bendrao, Dra. Silica Conde Jahn, Dr. Franz Conde Jahn, Dr. Francois Chalbaud Troconis, Dr. Román Chitty Van de Walle, Dr. Alberto D'Escrivan, Dr. Julio C. Diamante, Dr. Moisés (†) Egui Medina, Dr. Pedro Escalona de Ayala, Dra. Livia Fantes Kerdel, Dr. Francisco Francisco, Dr. José García Galindo, Dr. Gustavo Garriga Michelena, Dr. Esteban García Maldonado, Dr. Enrique Gedeón, Dr. Rafael Godayol Rovira, Dr. Juan Goldstein, Dr. Carlos González Bustillos, Dr. Alfredo

Gonzalo G., Dr. Germán Gonzalo Leonardi, Dr. Pablo L. Graterol Monserrate, Dr. J. Gutiérrez Alfaro, Dr. José Jacinto Gutiérrez Osorio, Dr. J. J. Guinand Baldó, Dr. Alberto Hedderich, Dr. Henrique Hedderich, Dr. Hernán Hermoso, Dr. Adán Hernández, Dr. Agustín Hernández Olivares, Dr. R. Jaén, Dr. Rubén Jacir S., Dr. Alfonso I. Jacir S., Dr. Alberto J. Koelzow Jiménez, Dr. Adolfo Krivoy, Dr. Abraham Lairé, hijo, Dr. Félix (†) Lara Díaz, Dr. José Lara García, Dr. Rafael Leamus, Dr. Luis Leonardi, Dr. José Domingo Linares Gori, Dr. Jesús López, Dr. Hermógenes López, Dr. Leopoldo E. López Mendoza, Dr. Roberto Lovera, Dr. Ramón E. Lucca, Dr. Roberto J. Machado J., Dr. Octavio Mamán Dr. Alberto Martínez Aguirre, Dr. Edgar Martínez Niochet, Dr. Arminio Martínez, Dr. Temistocles Martínez Herrera, Dr. Roberto Martínez, Iturriza, Dr. L. Márquez Reverón, Dr. Armando Mayobre, Dr. Ramón Augusto (†) Mendoza Alemán, Dr. Carlos Miralles, Dr. Jesús (†) Molinos, Dr. Jesús R. Montbrun, Dr. Francisco Montenegro, Dr. Eloy Montenegro, Dr. Gilberto Montesdeoca, Dr. Israel Morales, Dra. Gioconda Stopello de Morales Rocha, Dr. Julián Morgado Nieves, Dr. Pedro Mota Salazar, Dr. A. Ochoa, Dra. Cristina Solís de Ochoa, Dr. José Oderiz, Dr. Antonio J. O'Daly, Dr. José Antonio Padua Coronel, Dr. Arnobio Padula, Dr. Héctor

Padrón Amaré, Dr. José A.  
 Padua Coronel, Dr. Arnobio  
 Paris, Dr. Alberto Miguel  
 Paz, Dr. Otto  
 Peña, Dr. Luis  
 Peña, Dra. María T. Hernández de  
 Pérez Luciani, Dr. Vasco  
 Pérez Giménez, Dr. Gustavo  
 Pulido, Dr. Pablo  
 Quijada, Gamboa, Dr. Cruz  
 Quintero Muro, Dr. Eduardo  
 Quintero Uzcátegui, Dr. Hernán  
 Ramírez, Dr. Francisco  
 Rivas Larralde, Dr. Eduardo  
 Rodríguez Armas, Dr. Otto  
 Rodríguez Escovar, Dr. Rubén  
 Ruan Santos, Dr. Hugo  
 Salas, Dr. Rafael  
 Sanabria, Dr. Antonio

Sánchez Azopardo, Dr. José A.  
 Sánchez Carrillo, Dr. Francisco  
 Sánchez Pacheco, Dr. José R.  
 Sánchez, S. Dr. Serafin  
 Sánchez Vegas, Dr. Luis  
 Scarcioffo, Dr. Pedro  
 Sierralta, Dr. Asdrúbal  
 Sosa Tinoco, Dr. Oscar  
 Stolk, Mendoza, Dr. Gustavo  
 Sucre Vegas, Dr. Carlos Vicente  
 Sukerman W., Dr. Moisés  
 Tovar, E., Dr. Guillermo  
 Trejo Padilla, Dr. Ezequiel  
 Valencia Parparcén, Dr. Joel  
 Velutini, Dr. Luis Alberto  
 Vázquez, Dr. Jacobo  
 Vázquez, Dra. Alicia S. de  
 Villaba, Silva, Dr. Rafael  
 Viana Rodríguez, Dr. Germán  
 Zubillaga, Dr. Rafael

### MIEMBROS ASOCIADOS:

Aasen, Dra. Imelda Campo de  
 Aibornoz, Dr. Agustín  
 Argumosa y Valdés, Dr. J. A. de  
 Astros, Dr. José Gilberto  
 Attías Attías, Dr. Moisés  
 Ayala, Dr. Luis A.  
 Bello A., Dr. Alexis  
 Bermúdez Dr. Reinaldo J.  
 Bianchi Cayama, Dr. Fidias  
 Bilbao C., Dr. Joseba  
 Blanco Souchon, Dr. Carlos  
 Braun, Dr. Peter  
 Briceño Iragorry, Dr. Leopoldo  
 Brito Arreaza, Dr. Víctor  
 Calatrava, Dr. Alonso  
 Calzadilla, Dr. Rafael  
 Castillo Plaza, Dr. Armando (†)  
 Colina C., Dr. Oscar L.  
 Clavel Penso, Dr. Rolando  
 Cure Méndez, Dr. Farid  
 Daantje Omaña, Dr. Ashley  
 Del Vecchio, Dr. José  
 Díaz Aponte, Dr. Aldo  
 Díaz Bruzual, Dr. Alfredo  
 Díaz Rodríguez, Dr. Francisco  
 Ferrer, Dr. Alberto  
 Fuenmayor, R., Dr. Gustavo  
 Gago, Dr. Otto  
 Guida, Dr. Franco  
 Gonzalo Leonardo, Dr. Luis  
 González Palacios, Dr. R. G.  
 Pieracci, Dr. Giorgio  
 Granier, Dr. Marcel  
 Grossmann, Dr. Víctor  
 Halabi, Dr. Alfredo  
 Hernández Navarro, Dr. Francisco  
 Herrera Pinto, Dr. César  
 Hítcher Santaella, Dr. Antonio

Holz, Dr. Siegbert  
 La Corte, Dr. Agustín  
 Lambertí, Dr. José A.  
 Larrazábal, Dr. Leopoldo  
 León González, Dr. Félix  
 Lizarraga, Dr. Pedro R.  
 Matheus M. Dr. Noé  
 Medina G., Dr. Oswaldo  
 Negrón S., Dr. Alberto  
 Núñez Mier y Terán, Dr. Sebastián  
 Nuñez Montiel, Dr. Otto  
 Ochoa, Dr. Manuel  
 Ortega Borjas, Dr. Armando  
 Ortega Borjas, Dr. José Angel  
 Ortega, Dr. Miguel  
 Parra, Dr. Jorge  
 Penso Tirado, Dr. Amador  
 Pérez Tineo, Dr. Héctor  
 Pifano, Dr. Félix  
 Rivero, Dr. Alberto  
 Rivero G., Dr. Eduardo  
 Rodríguez Cabrera, Dr. J. H.  
 Rodríguez Navarro, Dr. Manuel  
 Ron Pedrique, Dr. Miguel  
 Ruiz, Dr. Miguel  
 Salas Marcano, Dr. Ismael  
 Salcedo, Dr. Antonio  
 Soto Rivera, Dr. Jorge  
 Tineo Salazar, Dr. Jesús  
 Tovar Segovia, Dr. Federico  
 Trautmanis Z., Dra. Laima  
 Uzcátegui Selvi, Dr. Iván  
 Valero Martínez, Dr. J. A.  
 Pizarro, Dr. Víctor  
 Padula, Dr. Víctor  
 Villalba, Dr. Gustavo  
 Vitali, Dr. José  
 Vivas Salas, Dr. E.

### MIEMBROS HONORARIOS:

Dr. Roberto A. Hignson

Dr. Neal Owens.

# Cuidados Higiénico-Médicos de la Voz Cantada \*

Dr. Franz Conde Jahn \*\*

La voz cantada es un tesoro. Cuando es señaladamente bella, se dice: "es de oro", y como este metal que se atesora, para tener voz famosa es imprescindible cuidarla y no derrocharla.

La distribución coordinada, uniforme, de los órganos del cuerpo humano, es similar en todos los seres vivos, pero dentro de esa similitud existen desigualdades que hacen diferentes los seres humanos unos de otros; y así para el aparato fonador, todos tienen una laringe con sus cuerdas vocales y conformaciones anatómicas adicionales, donde se modula la voz. Sin embargo, no se poseen unánimes aptitudes para el canto e igual acontece con las habilidades manuales de los cirujanos, la idoneidad para la pintura y el dibujo, capacidad intelectual para las matemáticas, etc.

El canto es un don. Está integrado de música y palabras íntimamente ligadas entre sí. Se especifica como un arte, en el cual se utiliza la voz, que es un perfecto instrumento musical para formar sonidos melodiosos y variados. No puede aprenderse en libros y se adquiere por ejercicio e imitación, pero lo cierto es que no todas las personas aunque lo anhelan fervientemente, pueden ser buenos cantores.

La enseñanza vocal cantante se inició en las iglesias cristianas y sinagogas hebreas durante la Edad Media, para el canto litúrgico consagrado a la glorificación de Dios y sus doctrinas. La creación de la ópera

---

\* Trabajo leído en el Ateneo de Caracas el 5 de febrero de 1970. Patrocinado por el Instituto Nacional de Cultura y Bellas Artes (I.N.C.I.B.A.).

\*\* Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina. Profesor de Clínica Otorrinolaringológica de la Facultad de Caracas.

en la Edad Moderna determinó completa transformación de esta disciplina.

Tres principios básicos delineados por el destacado foniatra Doctor Jorge Perelló, de Barcelona (España), deben conocer quienes deseen dedicarse al canto:

1. Quienes posean grandes dotes físicas para cantar, no por eso llegarán a ser grandes artistas, porque es preciso además: inteligencia, gusto musical, afición a toda prueba, voluntad de trabajo y constancia en la ejecución.

2. Que aunque no disfruten de grandes cualidades físicas, si gozan de las anteriormente especificadas, pueden llegar a ser buenos cantores y obtener grandes triunfos.

3. Si están presentes defectos físicos en cualquiera de los elementos del aparato fonador, no deben perder tiempo estudiando, debido a que es muy difícil superar los impedimentos que la imperfección ocasiona.

Por encima de todo está la inteligencia, que compensa las inferioridades, realza las cualidades, regula la técnica del mecanismo vocal y crea emoción en la interpretación. La laringe no es todo, solo produce sonidos que deben ser regulados y perfeccionados en el resto del aparato de la fonación, con la ayuda del cerebro, porque sin él se someten los músculos laríngeos a improbos trabajos que los tornan impotentes al cabo de algún tiempo, con las tristes consecuencias morales del fracaso. Se dice con razón que se canta con el cerebro y no con la laringe.

El canto se basa en la imitación, por lo cual quien desee aprender a cantar debe elegir un profesor o profesora de reconocidos méritos, que sepa cantar y enseñar, cuya voz se aproxime a la suya, porque comprenderán los ejemplos y podrán imitarlo. Como es un deporte, es necesario entrenarse personalmente, haciendo ejercicios vocales de gimnasia respiratoria. Las vocalizaciones ejecutadas bajo la dirección del maestro dan a la voz suavidad, facilidad y agilidad, al propio tiempo que se desarrolla, fortalece y hace resistente. El también enseña los peligros de los ejercicios fuertes y del abuso de la voz, señalando los perjuicios que acarrearán.

Es buen proceder obtener discos fonográficos estereofónicos de buenos cantantes, cuyas voces sean del mismo tipo del aspirante, porque así logra al oírlos, perfeccionar y adquirir buenas cualidades vocales. Con esta práctica se crea espíritu de superación.

La clasificación de la voz es esencial, primordial. Es obligatorio que el aspirante se someta, en principio, al dictamen del profesor, quien debe guiar, rectificar, pero nunca contrariar la personalidad del alumno, tratando de imponerle su estilo. La comprensión y colaboración entre ambos es indispensable, imperativa. Muchos aspirantes a virtuosos quieren

tener clasificaciones definitivas, pudiéramos decir, aún antes de abrir la boca para mostrar sus posibilidades. El maestro también debe ser prudente, no olvidando que la voz puede modificarse, desarrollarse, crecer, como la persona misma. Los laringólogos saben que muchas enfermedades de la voz cantada reconocen como etiología malas clasificaciones.

Bien dirigido el cantante aprende a respirar amplia y profundamente, con lo cual el oxígeno regenera los tejidos, refuerza los músculos y acrecienta la resistencia, es decir, ayuda a gozar de robusta salud física. Además desarrolla energías y tiembla el carácter, creando salud moral. Por último, tiene asistencia para interpretar las obras y a vivirlas apasionadamente con verdadera alma de artista. El canto es la mejor forma de cultura física y espiritual.

## HIGIENE DEL CANTANTE

Higia, hija de Esculapio, dios de la medicina, fue consagrada en la mitología griega como la diosa de la salud. La higiene es la ciencia que enseña a conservar y mejorar la salud, y esta definición se aplica exactamente a la voz humana.

Los artistas deben morar alejados de grandes concentraciones urbanas, en lugares sin polvo y humo. Vivir en los pisos altos de los edificios; nunca en los bajos. El dormitorio debe ser bien ventilado, pero sin corrientes de aire.

La higiene del cantante es de capital importancia, porque la voz cantada representa la utilización más perfeccionada de la formación. En efecto, el artista lírico es un charlista, un orador y un cantor, por lo cual tiene obligación de cumplir tres tipos de reglas higiénicas vocales: de la conversación, de la voz hablada teatral y de la cantada artística. El mal uso de la voz conversacional repercute en el trabajo vocal correcto del escenario.

La higiene de la voz parlante en la escena tiene por base perfecta pronunciación y exacta articulación de las palabras. La de la cantada consiste en respetar escrupulosamente los movimientos y gestos respiratorios, evitándose dos grandes males fonatorios: mal uso de las cuerdas vocales y cansancio del aparato fonador. Si al terminar el trabajo vocal hay velamiento de la voz hablada, es indicio de mal trato; el enronquecimiento muestra agotamiento. Ambas condiciones evidencian, como bien lo escribió hace muchos años el notable laringólogo francés Emile Moure (de Burdeos) "que se ha impuesto a los órganos fonadores, funcionalismo irregular, que exagera, trastorna, altera o desvía su fisiología normal".

Funcionamiento irregular significa que el cantante no sigue entrenamiento metódico y progresivo. El artista profesional jamás debe cantar más de cincuenta minutos consecutivos.

Cansancio vocal denota que se han forzado las posibilidades, con esfuerzos importantes, para realizar gestos vocales normales. Los defectos de técnicas repetidos también originan cansancio vocal.

Para cantar bien se requiere perfecta salud e integridad de los pulmones, y por tanto es obligatorio tener gran capacidad pulmonar para no estar obligado a respirar continuamente, interrumpiendo la frase musical. A esos fines el pecho debe ser ancho y muy movable, pero es primordial saber vaciarlo en forma continua y regular, voluntariamente.

Las paredes del abdomen que contribuyen en forma precipua para el canto deben ser fuertes, elásticas y resistentes.

La laringe y especialmente las cuerdas vocales deben ser sanas, sin malformaciones ni defectos. Las glándulas mucosas de la laringe deben lubricar satisfactoriamente el órgano. Exceso de mucosidades o sequedad excesiva, dificultan la emisión vocal.

El tamaño y grosor de las cuerdas cuentan en la clasificación vocal. En términos generales, las cortas y gruesas producen voces agudas; las largas y delgadas, graves. Las cuerdas vocales largas producen vibraciones lentas y por consecuencia la voz es grave. En las cortas las vibraciones son rápidas originando voces agudas. Las gruesas y anchas, largas o cortas, engrendran vibraciones amplias y fuertes. Las delgadas largas o cortas, engrendran voces débiles.

De estas consideraciones se deduce que el tenor dramático tiene cuerdas cortas y gruesas; el lírico cortas y delgadas. Los baritonos poseen cuerdas medianas en longitud y espesor. En los bajos son largas y gruesas. En las mujeres las diferencias son menos evidentes, particularmente en lo relativo a espesor: las sopranos tienen cuerdas vocales cortas; las mezzo-sopranos medianas y las contra-alto largas.

La talla parece tener cierta influencia en la voz y así la voz de bajo es patrimonio de los longilíneos; los tenores son sujetos de menor tamaño. El foniatra alemán Schilling en 79 cantantes que tenían menos de 1.75 metros encontró 8 bajos, 47 baritonos y 24 tenores; en 41 que sobrepasaban esta altura se repartían así: 11 bajos, 25 baritonos y 5 tenores.

Existe un principio absoluto: el que sabe respirar sabe cantar bien, y este es el correctivo que debe aplicarse a la anterior clasificación, porque es evidente, que con fuelle pulmonar deficiente no podrán vibrar correctamente cuerdas vocales potentes que necesitan también soplos potentes.

El cantante debe inspirar por la nariz, que es la forma fisiológica que permite controlar la espiración que debe hacerse al mismo tiempo que la fonación, con intensidad adecuada.

Las cavidades de resonancia necesitan ser espaciosas, con paredes firmes y elásticas. El paladar precisa ser ancho y el velo palatino muy móvil. La lengua, las mandíbulas, los labios y mejillas deben tener movimientos correctos y rápidos, que el artista controlará perfectamente. Las cavidades anchas y voluminosas corresponden a voces graves; las pequeñas a las agudas.

Una buena salud es esencial, porque enfermedades de órganos lejanos a los fonatorios repercuten inexorablemente sobre la voz, particularmente las intestinales (colitis) y hepáticas. También influyen los trastornos glandulares tiroideos que ocasionan enronquecimientos pasajeros. Los desarreglos ováricos alteran la voz, tanto así, que los periodos pre y per-catameniales son temidos por las artistas y en muchas despiertan psicosis vocales transitorias. Los excesos de orden genital son señalados desde remota época como nefastos para la calidad de la voz; abstenerse los días de actuación escénica.

Contribuye al goce de buena salud, hacer una deposición diaria por las mañanas y a la misma hora, acostumbrando así el intestino y normalizando su fisiologismo. El uso de laxantes está proscrito. La educación del intestino es muy importante.

La enseñanza del canto nunca debe iniciarse antes que el aspirante sea sometido a exámenes médicos completos. También es indispensable el control médico y los consejos de este a profesores, para corregir defectos o deficiencias de los alumnos; ello es beneficioso para ambos. La estrecha colaboración con el otorrinolaringólogo es forzosa por ser la única manera de hacer profilaxia de fracasos, que desencadenan infaustas repercusiones psicológicas.

El examen laringoscópico es de evidente obligación para conocer el estado anatómico de las cuerdas vocales, así como el estroboscópico para precisar su funcionamiento.

Debe verificarse la disposición normal o las anomalías de las cavidades de resonancia: garganta = amígdalas grandes o infectadas; rino-faringe = presencia de vegetaciones; nariz = amplia permeabilidad; boca = dentadura y correcta movilidad del velo del paladar y del maxilar inferior.

El examen clínico y radiográfico del torax, pulmones en especial y la medida de la capacidad respiratoria, son imperiosas. También el del corazón, para comprobar la no existencia de trastornos del ritmo o de la sensibilidad (palpitaciones). La existencia de perturbaciones cardiacas es causa de impedimentos insalvables. Si el funcionamiento del corazón es deficiente, la circulación y oxigenación de la sangre en los pulmones estará perturbada.

Es obligatorio poseer una buena audición en toda la escala musical, porque el canto se aprende y memoriza por el oído, particularmente para los sonidos agudos, la capacidad auditiva debe estar por encima de la ordinaria. Es bueno controlarla con audiómetros radio-eléctricos para apreciar si se distinguen perfectamente las diferencias de timbre, intensidad, tono, duración y ritmo. Tener defectos auditivos es impedimento para la carrera musical. Es obligatoriedad gozar de buena memoria auditiva musical. Pueden producirse alteraciones en el canto por imperfecciones auditivas ligeras o limitadas a tonos aislados.

En la voz cantada, la higiene y los ejercicios vocales respiratorios marchan apareados. El conjunto de ellos es llamado gimnasia vocal. Los

cantantes deben acostumbrarse a respirar en forma amplia pero silenciosa. El aire inspirado debe penetrar exclusivamente por la nariz, donde se purifica y humedece. Practicar este ejercicio delante de un espejo es conveniente, porque así se habitúa hacerlo con la boca cerrada. Debe lograrse acrecentar la capacidad respiratoria.

La espiración que es la más útil durante el canto, será uniforme, metódica, cadenciosa, prolongada. Excepcionalmente debe ser exagerada, salvo en gritos para efectos dramáticos. Hace luengos años, el tenor español Manuel García, descubridor de la laringoscopia, quien fue profesor de canto, decía que "el cantante debe espirar con lentitud y uniformidad tales, que la llama de una vela puesta frente a la boca no se mueva".

Se puede también visualizar, soplando a través de un pitillo en un vaso de agua: las burbujas deben salir del mismo tamaño y con regularidad perfecta. Una respiración que dure 25 segundos es suficiente para las necesidades vocales del canto. Los artistas deben saber dominar su carácter, sujetar sus cóleras; los alaridos y chillidos son nefastos para las cuerdas vocales. "Cantar bien es administrar bien el aire espirado (Jorge Perelló).

La duración de los ejercicios vocales tiene gran trascendencia. Para no cansar la voz, no deben pasar de una hora diaria, dividida en cuatro sesiones de un cuarto de hora cada una, con pausas entre cada uno de los cuartos. El estudio y la práctica no deben nunca fatigar la voz. Siempre es conveniente hacer ejercicios vocales media hora en la mañana y otra media en la tarde. Forzar la laringe ocasiona alteraciones del timbre.

Después de adquirida, la voz debe funcionar regularmente, sin esfuerzos, sin hacerla subir muy alto; sobrepasarla se manifiesta por enronquecimiento. Hay que usarla con suavidad y sin violencias. Estas precauciones la conservan indemne durante toda la carrera artística.

La digestión ejerce influencia indiscutible sobre la voz. La repleción estomacal comprime el músculo diafragmático que no puede desplazarse libre y cómodamente, lo cual hace que la respiración sea corta y difícil.

No solo la cantidad, también la calidad tiene influencia, por lo cual deben preferirse alimentos de fácil digestión. Es necesario elegirse alimentación sana y variada, mixta: animal y vegetal, utilizando alimentos de gran poder nutritivo en pequeño volumen, fáciles de digerir, poco grasosos. Evitar las comidas pesadas y copiosas. Comer siempre a una misma hora. El exceso de líquidos no es conveniente. No abusar de sopas. El té o consomé de carne de los ingleses y la leche, sobre todo esta última, alimento completo y de fácil digestión, son recomendables. No abusar del café, tomar muy poco, recordando que acelera el corazón, hace corta la respiración y produce insomnio y el sueño es gran reconfortante de fuerzas y el superior sedante para los nervios. El cantante debe acostarse siempre a la misma hora y dormir ocho diarias; los desvelos, noches agitadas e insomnios son nocivos para la voz. Los licores: aperitivos,

coñac, champán, whisky, cocteles perjudican la voz. Los banquetes, "cocktail-partys" y bailes, que son actividades sociales de la vida moderna, deben disfrutarse sobriamente por los artistas.

Los cantantes no deben fumar. Es ficción creer que los cigarrillos con filtros no son dañinos porque suprimen la nicotina. Lo que molesta es el humo que engendra estado congestivo catarral de las mucosas. Las flores y los perfumes son nocivos para los cantantes alérgicos. Jamás cantar estando nervioso, fatigado o de mal humor. No hacer esfuerzos y contracciones enojosas del pecho o de la garganta. No abusar de las notas extremas, sean agudas o graves. No hablar en lugares ruidosos o con humo. Antes de conciertos o representaciones abstenerse de conversaciones inútiles y descansar aislado, sin acompañantes, acumulando energías vocales para al máximo ofrecerlas al público.

No cantar sufriendo resfriados o esbozos de ronquera, porque se perjudica la laringe y pueden ocasionarse daños irreparables. La enfermedad de más fatal repercusión sobre la pureza de la voz es el catarro nasal que obliga a respirar por la boca, y es molesta porque seca la garganta y la laringe. Debe evitarse carraspear, toser o estornudar fuerte, para no ocasionar esfuerzos desmesurados en el aparato fonador. Para eludir tos y carraspear antes de empezar a cantar, lo mejor es hacer 3 o 4 respiraciones lentas y profundas con la boca cerrada y sin levantar los hombros.

Antes de iniciar la representación, el concierto o cualquier acto de trabajo vocal, no hacer inhalaciones, chupar pastillas, ingerir pociones medicamentosas o bebidas alcohólicas, con el fin ilusorio de que la voz tenga más claridad y fortaleza. Esos "doppings", a la manera de los que se propinan a los caballos de carrera, habitúan al organismo, que al fin se resiente y termina por no reaccionar, originándose trastornos nerviosos con los consiguientes fracasos por cansancio vocal. Una bebida no muy caliente, tal como una tisana de tilo endulzada, es el mejor suavizante de la garganta antes de cantar y puede repetirse en el transcurso del espectáculo.

Después de cantar, el cansancio de los músculos del aparato fonador desaparece con el silencio. Recibir pocas visitas; acortarlas lo más posible, lo mismo que las felicitaciones de amigos y aduladores que se dicen verdaderos admiradores.

El mayor peligro para los cantantes son los resfriados y para evitarlos es obligatorio desensibilizarse contra el frío, practicando gimnasia al aire libre, en forma no muy larga y que no produzca sudoración intensa. Después del ejercicio son aconsejables baños de ducha con agua fría, de corta duración para estimular el efecto de reacción. Los baños calientes predisponen a resfriados. También son beneficiosas después del baño fricciones alcoholizadas simples, sin perfumes o aromas. En los catarros son obligatorias las vacunas anti-catarrales inyectadas dos o tres veces por año.

Son recomendables los deportes suaves que ejercitan la capacidad y el ritmo respiratorio; marcha en lugares planos, golf o natación, sin llegar jamás hasta la fatiga. También es provechosa la equitación, y a este propósito recordaré que María Felicia García, cantante de fama ecuménica, conocida con el nombre de la Malibran, apellido de su marido, era muy aficionada a ella y murió a consecuencia de la caída de un caballo.

Como regla general, los cantantes deben acatar las normas higiénicas que siguen las personas civilizadas, con escrupulosidad y constancia.

## **DEFECTOS DE MIMICA**

El comportamiento elegante en la escena y conciertos es de primordial importancia.

La actitud del artista tiene papel capital en la realización del acto vocal. Todo el cuerpo participa en la acción y los movimientos deben ser armoniosos.

El porte vulgar, despreocupado, es desagradable, lo mismo que la rigidez corporal. También desagradan los gestos innecesarios o exagerados de las manos. Debe formarse un conjunto corporal elegante y atrayente.

No mostrar cara enojada o condescendiente. El público se desagrada si se le da la impresión de hacerle favores.

Nada de plegamientos de la frente, abultamiento del cuello o muecas.

No poner:

Cabeza baja.

Boca torcida o labios redondeados.

No elevar las cejas.

El desgaire que indica cansancio vocal, el estiramiento corporal y de la boca demuestran esfuerzos fonatorios.

El rostro del cantante debe indicar lo que él siente, pero sin que la expresión sentimental sea exagerada, ajena a su propia emoción.

Debe cantarse con serenidad y placidez que expresen capacidad vocal, buena escuela y fuerza personal. "La voz —como dijo el médico húngaro Luis Mandl— es el espejo del alma. Es dulce o áspera según el carácter de la persona o el sentimiento que lo anima".

## **EL CANTO COLECTIVO. LOS ORFEONES**

El canto ejerce influencia grata, indiscutible, sobre la salud física y espiritual de los que lo practican. Los orfeones producen a los integrantes grandes satisfacciones, al coadyuvar con sus voces al conjunto de las

obras musicales. Las sensaciones espirituales de cada cantante se armonizan con las de sus compañeros. Esta influencia es activa también en la confraternidad y de substancial trascendencia en lo relativo a misión educadora y moralizadora, corrigiéndose defectos y asperezas de carácter, convirtiendo a los integrantes en comunicativos, transigentes y bondadosos. Son aleccionamientos que llegan a corregir "fastidios" y desviaciones de conducta.

La cultura colectiva del canto enseña disciplina técnica, altruismo y cohesión personal activa. Los coristas aprenden a plegarse a las reglas de ortografía y sintaxis musical. Adquieren el sentido del ritmo, tan necesario en todas las actividades de la vida individual y de los pueblos. Se ejercitan a pensar en grupo y a preocuparse por la vida de los demás.

El trabajo individual está dirigido hacia el bien común y el progreso de cada uno se suma al del conjunto. Todos los esfuerzos se encadenan. Son solidarios unos de otros, pero cada participante es responsable de su propio trabajo.

Se trabaja en forma anónima y desinteresada, pero conscientes de su valor propio, útiles a sí mismos y a todos, con una sola finalidad: el éxito común. Se adquiere un alma colectiva, hecha de bondad, altruismo, amor propio y abnegación. La perfección de los orfeones se alcanza gracias a las cualidades individuales y con ellas se magnifica el arte musical, propagándolo, difundiendo, en todos los estrados de las colectividades sociales.

## PSICOLOGIA DEL CANTANTE

En el campo de la psicología general, la de los profesionales de la voz cantada ocupa terreno especial. En efecto, la voz ejerce en ellos misteriosa influencia, dominando su espíritu y esclavizando el cuerpo. Están inculcados por un misterioso virus, que determina verdadera obsesión. No tienen otra preocupación que lucirla, con efecto contra-productente, porque se convierten en maniáticos y perturbados, que sacrifican todo: carrera, oficio, ocupación, peculio, con la esperanza de alcanzar la meta de dorados sueños de gloria. Si fracasan son inútiles para cualquier otra clase de trabajo, porque no se dan por vencidos, abrigando la ilusión, que con estudios y el tiempo, adquirirán las condiciones vocales de las que carecen. Resignados, porque jamás se convencen de sus deficiencias, conllevan vida de vilipendio y amargura contra sus compañeros y el público que en su opinión, no comprenden sus méritos. El cerebro se les perturba, las ideas se embrollan y las manías degeneran en desequilibrios mentales.

Si logran conquistar encumbradas categorías, llegan a imaginarse que son seres extraordinarios. Embriagados por aplausos, ovaciones y adulaciones, se vuelven tontos y hasta ridículos. La vida se les hace penosa por ser esclavos de sus laringes, a la cual dedican todos sus cuidados y pensamientos. Si están bien de voz, son simpatiquísimos, cari-

ñosos, pero si no, todo les molesta y permanecen horas y días con ánimo decaído y rabioso.

Son apasionados por su arte, fuera del cual no hay nada para ellos que les interese y valga la pena. Si tienen fallas, desfallecimientos o tropiezos, es fácil el aumento en la psicosis, de inquietudes o de angustias. Viven dominados por el temor de un accidente vocal.

Lo indudable y beneficioso es que se vuelven parcos y más honestos en los usos y costumbres de la vida, para lograr alcanzar el pináculo de la gloria.

Los ensayos, las pruebas, viajes, etc., sobrecargan su psiquismo ocasionándoles estados depresivos con melancolía, tristeza, timidez si han tenido actuaciones desafortunadas, manifestadas por palpitaciones, insomnios, intranquilidad. En no pocas ocasiones son situaciones de irritación exteriorizadas por agitación, violencias o respuestas airadas a mínimas observaciones.

No son pocas las precauciones que toman para no resfriarse, así como las privaciones que se imponen en la bebida y en los actos de la vida material. El frío, el calor, lo ácido, dulce o salado, el alcohol, café, humo de tabaco, todo los asusta y martiriza. No hay manera de hacerles comprender que la mejor higiene de la voz es usar de todo, y no abusar de nada.

La influencia del sistema nervioso sobre los cantantes hombres o mujeres, se evidencia también en el "trac". Esta palabra designa en la jerga o "argot" teatral, los diversos efectos de la emoción que experimenta el artista en presencia del público. No todos lo sufren; los mediocres lo desconocen, más lo padecen los principiantes, y en segundo lugar los sobresalientes, los consagrados. Es más intenso en conciertos que en el teatro.

Puede presentarse en todos los que hablan en público, pero principalmente los cantantes, hombres o mujeres, son sus víctimas, verosíblemente porque en ellos los deslucimientos son catastróficos. Ostenta diversos tipos: En algunos es pulmonar: respiración irregular, anhelante, con alteraciones de emisión vocal y tendencia a cantar muy alto. En otros son manifestaciones cardíacas: angustia y palpitaciones, pero sin modificaciones de la voz. El muscular consiste en temblores de labios, piernas y brazos. Náuseas y hasta vómitos son la manifestación gástrica. En el faringeo experimentan constricción y sequedad de la garganta. La obnubilación temporal y de la memoria caracteriza el cerebral, lo mismo que los trastornos visuales al ocular. Disminución de la audición para las palabras o notas musicales y vértigos (mareos) tipifican el auditivo. Algunos sienten que un gran frío les sube de los pies a la cabeza, siguiendo el movimiento ascendente del telón. En todos estos estados psico-patológicos las secreciones se acrecientan: sudores de las manos y necesidad imperiosa de micciones.

El "trac" engendra parálisis del auto-control por suspensión de la voluntad. Los cantantes que no son dueños de sí mismos, que tienen miedo a rechiflas o silbatinas, son presas de estados enloquecedores indescriptibles, verdaderos pánicos. Son sensaciones penosas, dolorosas.

La explicación científica del "trac" es que la emoción perturba la circulación de la sangre, la respiración y las secreciones y de allí la rapidez del pulso, enfriamiento de las extremidades, opresión en el pecho que impide la respiración, sequedad de las mucosas de la boca y garganta, sudores profusos, orinas abundantes y diarreas.

Los que tienen órganos fonatorios sanos en buenas condiciones y poseen técnicas vocales perfectas, seguros de su voz, no los domina el "trac". Naturalmente se emocionan en los primeros momentos, pero luego desaparece gradualmente. Es un temor emocional natural que no paraliza, ni priva de sus medios al actor, y es favorable porque conquista al auditorio y crea ambiente propicio.

Los atacados por esta angustia vocal llegan a sufrir desequilibrios del sistema nervioso, por lo cual deben ser tratados por psicólogos en tiempo oportuno, con la obligación evidente de hacerles corregir, por los profesores de canto, las imperfecciones fonatorias, deficiencias de memoria e insuficiente preparación a la carrera artística. La clasificación correcta de la voz es imperiosa, porque es ella la que rige el porvenir y asegura el éxito, soslayándose estas enojosas molestias. Grandes cantantes, de brillante porvenir, han abandonado prematuramente la carrera por no poder soportar esta emoción profesional, que se acrecienta con el aumento de la reputación. Únicamente férrea voluntad domina el "trac".

Los artistas son de sensibilidad caprichosa. El bienestar de la voz depende en ellos de la salud general. Los cantantes son servidores de un órgano eminentemente sensible. En ellos la única preocupación es mantener la integridad de sus órganos respiratorios y fonadores, porque de su normal funcionamiento depende el éxito de la carrera artística.

## **HASTA QUE EDAD SE PUEDE CANTAR**

La evolución completa de la laringe finaliza a los veinticinco años en la mujer y a los veintiocho o treinta en el hombre. Hasta estos límites, el uso excesivo, exagerado de la voz cantada, trastorna el desarrollo orgánico del aparato fonador.

Normalmente las voces femeninas se conservan más tiempo que las masculinas, porque la osificación de los cartílagos laríngeos, que hace perder la flexibilidad al órgano, es más precoz en los hombres.

¿Hasta qué edad se puede cantar bien? Es pregunta que hacen los profesionales. Entre los 40 y 50 años la voz está en todo su esplendor. A medida que avanza el tiempo, se va perdiendo la vista: el oído, las fuerzas se debilitan y todo se acaba; hasta la voz. Alrededor de los sesenta años se torna menos fuerte, menos clara, menos precisa y menos

timbrada. Pierde el colorido y llega a ser temblorosa como la de los ancianos. La falta de tonicidad de los músculos y las rigideces del esqueleto originan que funcione mal el fuelle pulmonar y no vibren correctamente las cuerdas vocales. Sin embargo, la duración de la voz en condiciones correctas es relativa y varía con las personas. Hay envejecimientos prematuros que obligan a los artistas abandonar precozmente el escenario, pero existen otros en quienes se prolongan las cualidades vocales en condiciones muy aceptables hasta edades muy avanzadas.

Marcel Lermoyez, destacado otorrinolaringólogo de París, escribió: "La voz baja de tonalidad con el envejecimiento. Es una gama que desciende suavemente desde el primer grito del niño al nacer, hasta el último gemido del viejo al morir"

Para conservar la voz es imprescindible cuidar los órganos fonatorios, cuyo conjunto constituye el aparato vocal: fosas nasales, boca, faringe, laringe, tráquea, bronquios y pulmones. Los antiguos artistas griegos y romanos cuidaban mucho su voz. Se valían de infusiones de plantas y aromas para que siempre fuese fuerte, pura y suave.

Quienes poseen buena voz para cantar detentan tesoros y deben ser avaros en su cuidado. No deben derrocharla. Expende los intereses y guardar el capital vocal, debe ser el lema que guíe a los artistas en la vida profesional.

\* \* \*

Finalizo con esta exhortación:

Bien conocido es el apotegma: "Más vale prevenir que curar", y el proverbio latino: "Mens sana in corpore sano" que podría transmutarse para el canto: "Vox sana in corpore sano".

Es preferible evitar las enfermedades de la voz cantada que curarlas, y por ello aconsejo: cuidar el aparato fonatorio y conservar indemne la salud, sin ofuscaciones mentales, porque es la mejor manera de conservar su magnificencia. Buena salud general con equilibrio espiritual, es la perfecta conjunción para disfrutar lozanía vocal.

# 70% *Nuevo!*

proteínas

# SUPERSTAT

CONCENTRADO ALIMENTICIO

SQUIBB



## aporta aminoácidos en combinación fisiológica

SUPERSTAT suministra los aminoácidos esenciales en proporciones fisiológicamente adecuadas para la renovación de los tejidos y la reparación celular general.

## en las dietas hipocalóricas

SUPERSTAT es ideal para suplementar las dietas destinadas al control de la obesidad, dado su escaso valor calórico y su alta concentración nutritiva.

## en las dietas hipercalóricas

SUPERSTAT refuerza las dietas en que es preciso favorecer el aumento de peso, ya que su rico contenido de aminoácidos provee al organismo de una reserva proteica segura y contribuye al balance positivo del nitrógeno.

### SUPERSTAT

## MEZCLA DE PROTEINAS CARBOHIDRATOS Y VITAMINAS

Un alimento de alto valor proteico compuesto de proteínas obtenidas de la leche natural, con carbohidratos y vitaminas.

#### ANALISIS:

Cada 100 g. contienen:

Proteinas (Proteinas - N x 6.38)	70%
Carbohidratos	15%
Sodio	0.1%
Cenizas	5.5%
Grasas, menos del	1%
Humedad	5%
Calorias (100 por cada 30 g.)	

#### Además contiene:

Vitamina B1 (clorhidrato de tiamina)	0.0088 g.
Vitamina B2 (riboflavina)	0.0044 g.
Niacinamida	0.132 g.
Vitamina C (ácido ascórbico)	0.132 g.

#### Ingredientes:

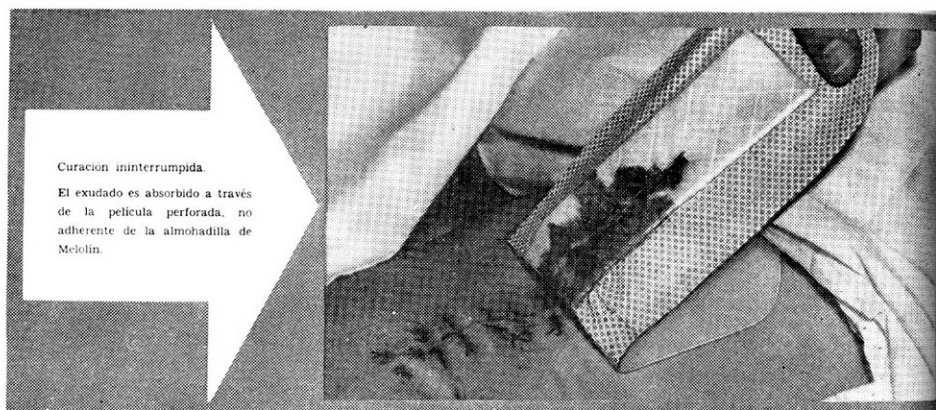
Caseína, Lactoalbúmina, Azúcar, Dextrosa, Jarabe de Maiz, Metilcelulosa y Sabor artificial.

SQUIBB



*Un siglo de experiencia inspira con confianza*

ningún apósito contribuye tanto  
al cuidado post-operatorio  
como el vendaje post-operatorio



# Tensoplast Airstrip

El Vendaje Post-Operatorio  
TENSOPLAST-AIRSTRIP provee  
completa protección a las incisiones  
quirúrgicas. Estos Vendajes combinan  
dos elementos únicos en apósitos:

Airstrip y Melolín. Airstrip es una  
película P.V.C. microporosa que  
cierra el paso al agua y a las  
bacterias, pero admite aire y permite  
la evaporación de los exudados.  
Está cubierto con un adhesivo en  
una forma que no causa oclusión.

La almohadilla de Melolín, no  
adherente y extra absorbente, aísla  
los exudados de la herida  
conservándola limpia y seca. Puede  
ser removida sin dolor y sin halar  
la herida o suturas. Cada apósito  
está esterilizado y envuelto  
individualmente



**SMITH & NEPHEW LTD.**  
Welwyn Garden City, Inglaterra.  
Agentes Exclusivos para Venezuela:  
**EUROCIENCIA, C. A.**  
Apartado 5272  
Caracas

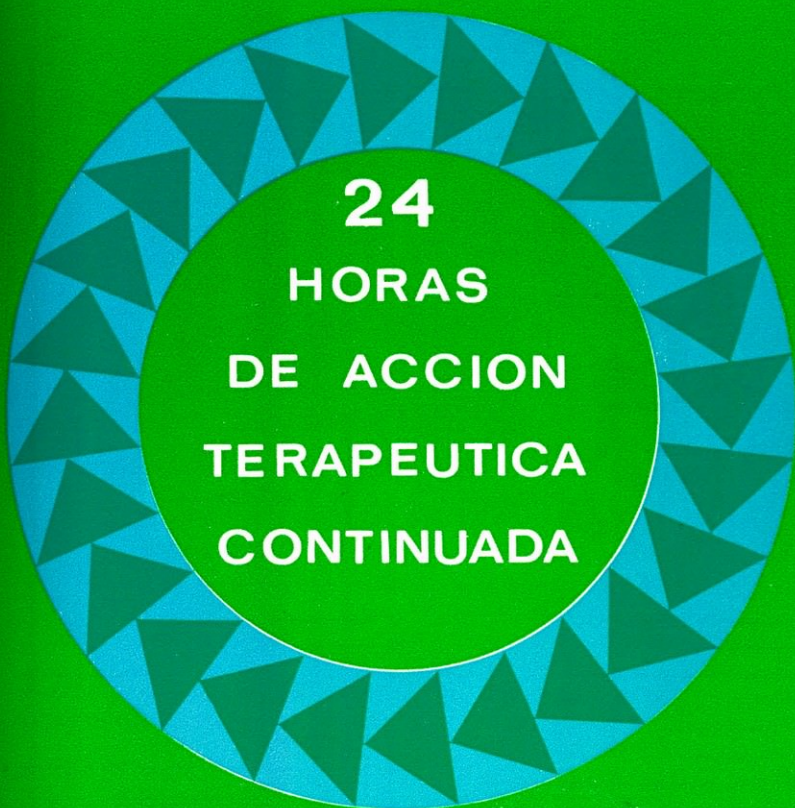
# laurabiótico®

laurilsulfato de tetraciclina

un enfoque original de la investigación dirigida:

la primera tetraciclina

• liposoluble • tensoactiva



Absorción constante y homogénea

Concentraciones hemáticas elevadas

Eficacia terapéutica sin discontinuidad.

Eliminación de los intervalos horarios sin defensa

**Inyectables**

100 mg. presentación pediátrica  
250 y 500 mg.  
Cajas con 1 vial y 1 ampolla

**Cápsulas**

Frasco con 8 cápsulas

**Suspensión oral**

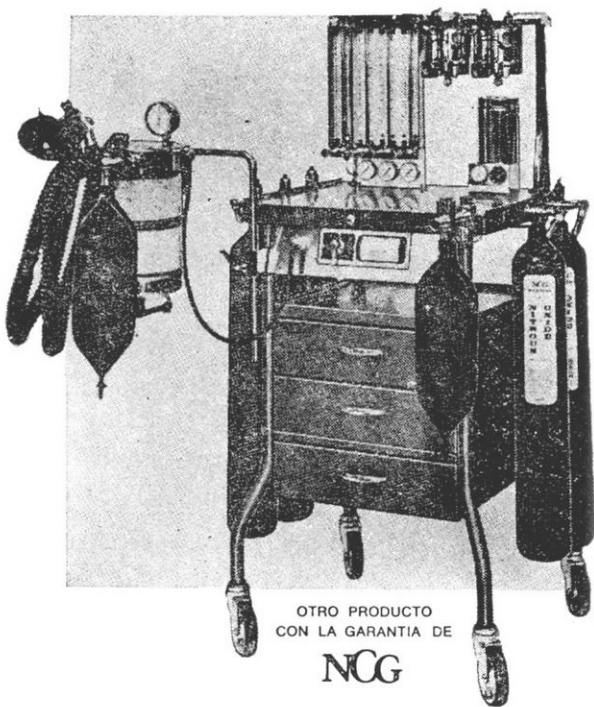
Frasco con 30 cc.

**FARMA S.A.**

# GIV

## LA MAQUINA DE ANESTESIA "QUANTIFLEX" DE NCG SEGURA Y DE FACIL MANEJO

Preparada para adaptarle ventilador y otros accesorios. Para usar con gases oxígeno, óxido nítrico y ciclopropano. Vaporizadores Fluotano y Pentano. Concentrador de Gases y Absorbedor para usarlo independiente o en instalaciones centrales.



OTRO PRODUCTO  
CON LA GARANTIA DE

**NCG**

- Unidades de emergencia
- Ventiladores
- Equipos para Oxigenoterapia
- Máscaras
- Catetes nasales
- Incubadoras
- Tiendas de oxígeno refrigeradas por hielo
- Tiendas infantiles para terapia de aerosol
- Resucitadores

- Reguladores de presión
- Absorbedor Baralyme
- Instalaciones de sistemas completos de centrales de oxígeno, óxido nítrico, succión y aire comprimido.
- Sistemas de oxígeno-aire proporcionado para retenes de prematuros.
- Aparatos para salas de recuperación y unidades de terapia intensiva.

Consulte nuestro Departamento Técnico sin compromiso.

**GIV**  
Servicios Médicos

**C.A. GASES INDUSTRIALES  
DE VENEZUELA**

CARACAS: Edif. Trio - 1er. Piso, Plaza Sur Altamira  
Teléfonos: 33.53.81 - 33.53.82 - 33.53.83

MARACAIBO - VALENCIA - MARACAY - BARQUISIMETO  
PUERTO ORDAZ - PTO. FIJO - SAN JOSE DE GUANIPA

# JOSE F. BAUTE MESA

OFRECE A LOS SEÑORES MEDICOS  
CLINICAS Y HOSPITALES  
UN EXTENSO SURTIDO EN

## MATERIAL MEDICO - QUIRURGICO, EQUIPOS E INSTRUMENTAL

---

EXHIBICIÓN Y VENTAS:

MANDUCA A FERRENQUIN No. 136 — EDIFICIO BAUTE

TELEFONOS: 55.93.49 - 55.46.22 - 54.45.69

CARACAS, D. F.

ESTACIONAMIENTO PROPIO PARA CLIENTES

Y RELACIONADOS



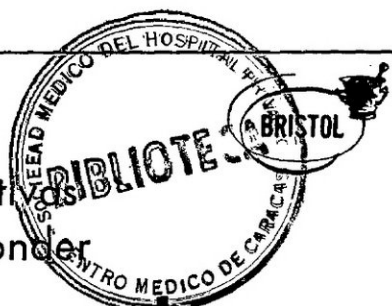
ITURBE HNOS. C.A.

Instrumentos, Aparatos  
y Mobiliario

para Médicos,  
Clínicas y Hospitales

**PASEO DE LOS ILUSTRES - EDIF. RADS - LOCAL "B"**  
Frente a la Universidad - Los Chaguaramos  
**TELEFONOS: 61.59.31 - 61.93.08**  
**CARACAS - VENEZUELA**

99 de 100  
pacientes con  
infecciones grampositivas  
comunes deben responder



al nuevo

# Diclocil\*

la penicilina potente

UNICA PARA ADMINISTRACION

B I D  
IS IN IE  
(DOS DOSIS DIARIAS)

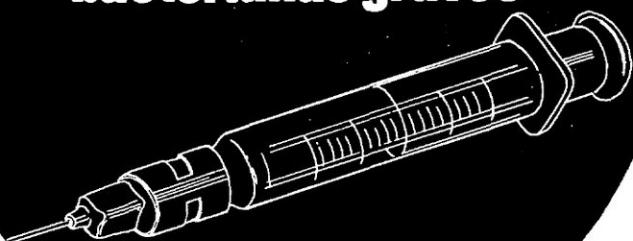
Fco. de 12  
cápsulas  
125 mg

## Diclocil\*

Fco. de 12  
cápsulas  
250 mg

PEDIATRICO  
POLVO PARA SUSPENSION  
62,5 mg./ 5 ml. Fco. 60 ml.

**el antibiótico  
de primera  
elección aun en  
infecciones  
bacterianas graves**



**GENTALYN**

- cuando los patógenos causantes no han sido identificados
- cuando existe o se sospecha una infección bacteriana mixta
- cuando se ha desarrollado resistencia a otros antibióticos

espectro de actividad "único" que abarca la mayoría de las bacterias grampositivas y gramnegativas; inclusive: estafilococos resistentes, klebsiella, *E. coli*, pseudomonas y proteus (indol + e indol-).

**Gentalyn\***  
Inyectable

(gentamicina 40 mg/cm<sup>3</sup>)

GAR(1) 5127/703



SCHERING CORPORATION DE VENEZUELA, S. A.  
Prolongación Calle Vargas 2a. Transversal Boleíta Norte,  
Distrito Sucre (Estado Miranda) Caracas, Venezuela.

**Gentalyn\***  
Pediátrico

(gentamicina 10 mg/cm<sup>3</sup>)

\*Marca de S.C.

30 comprimidos de 10 mg.

# Ritalin<sup>®</sup>

**C I B A**

Psicotónico



## Bibliografía:

JACOBSON, A., (1958) 'The Use of Ritalin in Psychotherapy of Depressions of the Aged', *Psychiat. Quart.*, **32**, 474.

JAFFE, G. V., (1961) 'Depression in General Practice—A Clinical Trial of a New Psychomotor Stimulant', *Practitioner*, **186**, 492.

LEE, T. M., and BUCKMAN, J., (1963) 'The Treatment of Anxiety with Lysergic Acid and Methyl Phenidate', *Practitioner*, **191**, 201.

MATE, M. L., and KOVETZ, B., (1956) 'Experiences with Methyl Phenylacetate Hydrochloride (Ritalin) in Psychotic Patients', *Autonomic Med. clo. Ther.*, **3**, 309.

MELTZ, R., GROSS, F., and DUPOD, J., (1954) 'Ritalin a New Synthetic Compound with Specific Action on the Central Nervous System', (Original in German), *Acta. Psychiatr.*, **32**, 445.

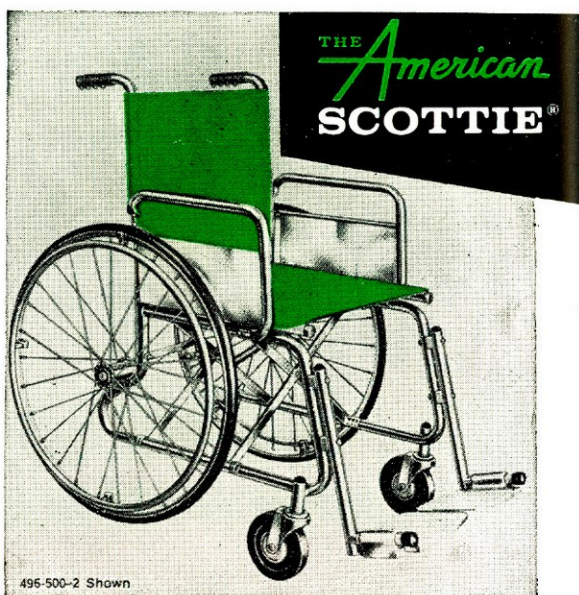
NATHANSON, A. L., (1956) 'Clinical Evaluation of Ritalin, A New Psychomotor stimulant', *Dis. nerv. Syst.*, **17**, 392.

SCOGIN, J. T., and DONSON, J. H., (1962) 'Acute-Alcoholic Intoxication: Use of Methyl Phenidate', *Am. Practicr.*, **11**, 84.



*American*

HOSPITAL SUPPLY CORPORATION  
DE VENEZUELA C. A.



EQUIPOS DE REHABILITACION  
TERAPIA OCUPACIONAL  
DIAGNOSTICO  
APARATOS PARA EJERCICIOS

## Sillas de Ruedas

Edificio La Hacienda. Oficina 31-L  
Teléfonos: 33-63-05 y 33-59-01  
Avenida Principal de Las Mercedes  
Caracas - Venezuela

# Estado Actual del Tratamiento de la Insuficiencia Hepática Aguda \*

Dr. Simón Beker G. \*\*

La manifestación clínica más dramática de la insuficiencia hepática aguda es el coma hepático. Este se puede instalar con una hepatitis aguda fulminante o con una cirrosis hepática terminal. La aparición del coma ha sido objeto de investigaciones exhaustivas para explicar su patogenia; la muerte aparece porque los mecanismos homeostáticos son incapaces de compensar las alteraciones metabólicas severas causadas por la insuficiencia hepática aguda (1). En la hepatitis aguda, viral o tóxica, este aparece porque se produce una necrosis masiva difusa y progresiva del parénquima sin regeneración sustitutiva adecuada; en la cirrosis hepática, el coma irreversible se interpreta como la necrosis terminal o casi terminal del parénquima sobreviviente funcionando, al proceso crónico. En la literatura abundan las controversias sobre el papel de la hiperamonemia como causa en la producción del coma hepático (2, 34). Actualmente se presume que concurren un número no determinado de sustancias específicas (amonio) e inespecíficas denominadas "metabolitos tóxicos" las cuales son producidas por una variedad de alteraciones metabólicas diferentes que actúan eventualmente sobre centros vitales y conducen a la muerte (3, 5). En los episodios de coma hepático que aparecen en una cirrosis hepática es posible determinar la alteración causal (hemorragia, alcalosis hipokalémica, sedantes, etc.), pero en la hepatitis aguda fulminante o en la cirrosis hepática terminal, si bien los "metabolitos tóxicos" inducen el coma, no existe cuantitativamente parénquima hepático con capacidad funcional para contrarrestar la des-

---

\* Conferencia dictada en el Hospital Español de la Ciudad de México, el día 3 de Abril de 1970, por invitación de la Asociación Mexicana de Gastroenterología.

\*\* Profesor Titular de la Cátedra de Clínica Gastroenterológica. Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas.

compensación metabólica, conduciendo definitivamente a la insuficiencia hepática aguda fatal. Por estudios realizados en animales y en el hombre se sabe que las células parenquimatosas que sobreviven después de una necrosis hepática aguda pueden regenerarse y la evaluación de la enfermedad está determinada por la extensión de la necrosis y por el grado de regeneración hepatocelular, por lo tanto, la insuficiencia hepática aguda o fulminante casi siempre aparece cuando la necrosis hepatocelular es submasiva o masiva (6). En la hepatitis aguda fulminante existe la posibilidad de que el grado de regeneración sea suficiente para la recuperación funcional y anatómica, ya sea evolucionando hacia la curación completa o hacia una hepatopatía crónica (hepatitis crónica, cirrosis). Esta evolución es improbable en la cirrosis hepática terminal ya que la regeneración nunca es cuanti y cualitativamente adecuada para mantener la vida del paciente. El porvenir de los pacientes con necrosis hepática aguda es pobre y es por ello el que existan una serie de métodos terapéuticos que han sido y son ensayados en el hombre en situaciones verdaderamente desesperadas buscando conservar vivo el paciente durante el periodo de regeneración y lograr así su recuperación. Es todavía difícil tener una opinión definida sobre el valor de cada uno de los procedimientos que se han venido desarrollando en los últimos años, ya que las experiencias son limitadas. Los tratamientos convencionales son de soporte y tienden a mantener la vida del enfermo con la esperanza de que ocurra la regeneración hepatocelular. Para contribuir al conocimiento de los resultados obtenidos hasta el presente, nos hemos permitido revisar la bibliografía publicada en casos de hepatitis aguda fulminante, dividiéndola en tres periodos: pre-esteroideo, esteroideo y actual, incluyendo nuestra experiencia al respecto. El cuadro I señala que la supervivencia del coma hepático como complicación de una hepatitis aguda antes de la era esteroidea era solo de un 4.4% sobre un total de 67 casos informados (7,12). Con el advenimiento de los esteroides se comenzó una etapa favorable en el tratamiento de esta complicación grave. En el cuadro II puede observarse un 14.9% de sobrevida en 208 pacientes informados (12,25). Como puede observarse del simple análisis comparativo, los esteroides han mejorado en forma significativa el porvenir de estos enfermos, aunque no lo suficiente ya que aproximadamente 1/6 de ellos tienen la oportunidad de sobrevivir; es por ello que los esteroides se han venido empleando sistemáticamente en todo paciente con signos de precoma, inclusive en aquellos donde se aplican los nuevos métodos. En nuestro material de 20 casos, el uso de los esteroides logró la recuperación de 2 pacientes, es decir un 10% (25). En la última década, han aparecido nuevos procedimientos experimentales para el tratamiento de este cuadro tan dramático y han intentado mejorar la evolución inminentemente fatal. Estas técnicas que se han venido utilizando pueden clasificarse en dos grupos (cuadro III).

Las del primer grupo, tienen por objeto extraer de la circulación los metabolitos tóxicos dializables (hemodiálisis, diálisis peritoneal) y no dializables (exanguinotransfusión), permitiendo circunstancialmente el tiempo adecuado para la regeneración hepatocelular; las del segundo grupo, utilizan temporal (circulación cruzada, perfusión extracorpórea)

**C U A D R O I**

**COMA HEPATICO - HEPATITIS AGUDA**

**PERIODO PRE-ESTEROIDEO**

AUTOR	AÑO	CASOS	SOBREVIDA
Walche (7)	1951	12	2
Fernando y col. (8)	1951	19	0
Ducci y col. (9)	1952	16	0
Foulk y col. (10)	1955	9	1
McDermott y col. (11)	1955	2	0
Evans y col. (12)	1955	9	0
<b>TOTAL</b>		<b>67</b>	<b>3 (4,4%)</b>

**C U A D R O II**

**COMA HEPATICO - HEPATITIS AGUDA**

**PERIODO ESTEROIDEO**

AUTOR	AÑO	CASOS	SOBREVIDA
Evans y col. (12)	1955	7	2
Benavides y col. (13)	1955	16	4
Wildhirt (14)	1958	15	8
Katz y col. (15)	1962	23	9
McDonald y col. (16)	1963	13	4
Sherlock (17)	1963	8	2
Kumate y col. (18)	1965	21	1
Nelson (19)	1965	6	1
Burnell y col. (20)	1967	17	0
Saunders (21)	1967	10	2
Davis y col. (22)	1968	13	6
Benhamou y col. (23)	1968	13	0
Ritt y col. (24)	1969	15	0
Beker y col. (25)	1969	20	2
<b>TOTAL</b>		<b>208</b>	<b>31 (14,9%)</b>

## C U A D R O I I I

### METODOS ACTUALES DE TRATAMIENTO DEL COMA HEPatico EN HEPATITIS AGUDA FULMINANTE

#### A) SIN SUPLENCIA HEPATICA:

- 1) Hemodiálisis (40)
- 2) Diálisis peritoneal (41)
- 3) Exsanguineotransfusión (26,42)

#### B) CON SUPLENCIA HEPATICA:

- 1) **Circulación voluntaria:**
    - a) Voluntarios (43)
    - b) Primates (44, 45)
  - 2) **Perfusión extracorpórea:**
    - a) Heteróloga (46, 47)
    - b) Homóloga (48)
  - 3) **Transplante hepático (49)**
- 

o permanentemente (transplante hepático) la capacidad funcional normal de otro hígado para depurar los productos metabólicos tóxicos permitiendo la recuperación del paciente grave. Sobre el valor y la utilidad de dichos procedimientos es importante tener presente que de todos ellos los más empleados son la exanguinotransfusión, la perfusión extracorpórea con hígado de cerdo y últimamente la circulación cruzada con primates.

La exanguinotransfusión fue empleada con éxito por Lee y Tink (26) en 1958 quienes informaron por primera vez un caso recuperado. Posteriormente Trey y colaboradores (42) trataron un grupo de 7 casos con este procedimiento, observando en todos una recuperación de la conciencia, 5 de los cuales con un solo recambio sanguíneo, y en uno fueron necesarios hasta 7 para sobrevivir; dos pacientes de esta serie murieron. Con esta experiencia se comenzó a difundir el método, siendo de manejo fácil en un hospital general que cuenta con un buen banco de sangre.

El cuadro IV demuestra que los resultados son mejores que con los esteroides en forma aislada (21, 22, 26-39). Estos datos estadísticos no representan que dicho método sea el más eficaz en el tratamiento de dicha complicación tan grave, pero abre un nuevo horizonte terapéutico sobre todo si se evalúa en función de la indicación oportuna (precoz ante cualquier manifestación de insuficiencia hepática), de la severidad de la enfermedad (grado de necrosis hepatocelular), de la velocidad de regeneración hepatocelular (necesidad de repetir los recambios sanguí-

neos) y de la presencia de complicaciones (anemia, hemorragia, infecciones, etc.). Nuestra experiencia (39) revela que desde el punto de vista clínico 4 recobraron la conciencia de 8 pacientes tratados con este procedimiento, dos de los cuales se recuperaron totalmente y dos finalmente murieron. Bioquímicamente, la bilirrubinemia descendió, posiblemente por el recambio sanguíneo mismo, y en casi todos los que recuperaron la conciencia el tiempo de protrombina mejoró. Hallazgos anatomopatológicos en los casos recuperados: uno tuvo una "restitutio ad integro" y el otro tiene una hepatitis crónica. Hemos excluido dos cirróticos con cuadro clínico de insuficiencia hepática aguda de varias semanas de evolución, diagnosticados clínica y bioquímicamente de hepatitis viral. En ellos se planteó la posibilidad de que el proceso necrótico masivo o submasivo se hubiera instalado en un hígado sano y como resultado del tratamiento instituido (esteroides + exanguinotransfusión) no se recuperaron y evolucionaron rápidamente hacia una cirrosis; este planteamiento, aún hoy día debatido, coincide con las observaciones de otros autores (50, 21) quienes refieren experiencias similares <sup>1</sup>.

La perfusión extracorpórea con hígado de cerdo es un método más complicado y laborioso, que necesita equipos y personal especialmente entrenado para este procedimiento; es costoso y no ha demostrado a la larga mejores resultados que el empleo de los esteroides (47, 51, 52, 38) (cuadro V).

**C U A D R O I V**  
**COMA HEPATICO - HEPATITIS AGUDA**  
**EXANGUINEOTRANSFUSION - ESTEROIDES**

<b>AUTOR</b>	<b>AÑO</b>	<b>CASOS</b>	<b>SOBREVIDA</b>
Lee y col. (26)	1958	1	1
Sayders y col. (21)	1966-1968	22	6
Berger y col. (27)	1966	1	1
McKechnie y col. (21)	1967	3	1
Burnell y col. (20)	1967	2	0
Krebs y col. (29)	1967	1	1
Gelfand y col. (30)	1967	1	1
Berger y col. (31)	1967	7	2
McLean y col. (32)	1967	4	1
Eisenburg y col. (33)	1968	1	1
Sherlock y col. (34)	1968	15	2
Davis y col. (22)	1968	3	0
Benhamou y col. (23)	1968	11	2
Tytgat y col. (35)	1968	5	2
Durden y col. (36)	1969	2	2
Ritt y col. (24)	1969	7	1
Voicoulesco y col. (37)	1969	9	3
Pirola y col. (38)	1969	4	0
Beker y col. (39)	1969	8	2
<b>TOTAL</b>		<b>107</b>	<b>29 (26.1%)</b>

**C U A D R O V**

**COMA HEPATICO - HEPATITIS AGUDA**

**PERFUSION EXTRACORPOREA (Hígado de Cerdo)**

+  
**ESTEROIDES**

AUTOR	AÑO	CASOS	SOBREVIDA
Eisman (47)	1967	45	8
Abouna y col. (51)	1969	4	0
Chevrel y col. (51)	1969	4	0
Pirola y col. (38)	1969	6	1
<b>TOTAL</b>		<b>59</b>	<b>9 (15,2%)</b>

Eiseman (47) en los 45 pacientes que trató con esta técnica obtuvo como resultado la recuperación de 8, y solamente 3 de estos han logrado sobrevivir por un periodo prolongado.

Por último, el método que posiblemente tenga mayor porvenir es el de la circulación cruzada con primates, que se encuentra en pleno desarrollo en algunos centros hospitalarios (44, 45), pero la complejidad de la técnica, que requiere hipotermia profunda y una anastomosis cardiopulmonar para el primate ha sido motivo de crítica por los pobres resultados obtenidos (53). Es necesario esperar una mayor experiencia para llegar a concluir sobre el particular.

El problema terapéutico de la insuficiencia hepática fulminante en hepatitis aguda permanece sin resolverse satisfactoriamente en forma significativa, aunque el empleo de los esteroides y la exanguinotransfusión utilizados en momento oportuno, precoz, han mejorado un poco el porvenir de enfermos a quienes prácticamente no teníamos nada que ofrecerles con el tratamiento convencional (cuadro VI). Existen posibilidades promisoras de llegar, en un futuro próximo, a combatir con éxito esta grave complicación.

La insuficiencia hepática aguda que se desarrolla en la cirrosis (54) puede ser debida: 1º A la evolución terminal de la enfermedad sin una causa determinada aparente, ya que la masa parenquimatosa funcioante es prácticamente insuficiente para compensar las alteraciones metabólicas, o bien, 2º A factores causales evidentes únicos o múltiples y que pueden actuar por varios mecanismos: a) produciendo hiperamoniemia (régimen hiperproteico, hemorragia digestiva, sales amoniacales, uremia, etc.). b) Produciendo trastornos hidroelectrolíticos (hipovolemia, hiponatremia, hipokalemia, acidosis-alcalosis, paracentesis abundante, diuresis copiosa, etc.). c) Produciendo depresión del sistema nervioso central (opiáceos, hipnóticos, sedantes, tranquilizantes, etc.). d) Infecciones agudas

## CUADRO VI

<b>COMA HEPATICO - HEPATITIS AGUDA</b>					
<b>PRE-ESTERIDO</b>		<b>ESTERIDO</b>		<b>EXANGUINEOTRANSFUSION</b>	
casos	sobrevida	casos	sobrevida	casos	sobrevida
67	3	208	31	107	29
	44%		14,9%		26,1%
		$P < 0,05$		$P < 0,01$	
$P < 0,001$					

reumonía, infecciones urinarias, etc. e) Intervenciones quirúrgicas (disminuyendo el flujo + factor tóxico, etc.

Existe una vasta literatura al respecto tratando de investigar sobre la patogenia del coma. El coma hepático del cirrótico es un síndrome potencialmente reversible si se tiene un concepto racional del tratamiento a seguir. En nuestro material el 30% de los cirróticos (54) desarrollaron un coma hepático; en el 82.2% se logró identificar el factor desencadenante siendo el más frecuente la hemorragia digestiva (53.4%); el tratamiento aplicado fue uniforme en todos los casos obteniéndose un 44.4% de recuperación y un 55.5% de mortalidad; sin embargo el grupo que se recuperó presentó nuevos episodios de coma, muriendo todos antes del año. En el cuadro VII se actualiza la terapia del coma hepático en la cirrosis; de todos ellos, los métodos no quirúrgicos, actúan cuando se eliminan los factores desencadenantes, pero no son tampoco definitivos, lo que sugiere que puede aparecer en el paciente nuevamente el coma y conducir hasta la muerte; de los métodos quirúrgicos, el único que ofrece una esperanza cuando se solucionen los problemas que este procedimiento involucra, es el trasplante hepático. Es en este tipo de enfermos donde el trasplante es más difícil, porque no puede mejorarse la condición preoperatoria, el riesgo quirúrgico es mayor y la recuperación postoperatoria imprevisible, y es en donde debe insistirse, ya que del plano utópico se está llevando cada día a la realidad. Hasta el momento se han realizado en el mundo (61), 55 trasplantes ortotópicos en 53 pacientes y 21 trasplantes heterotópicos accesorios, de todos estos, 22 enfermos

han sobrevivido más de un mes y solamente 3 más de un año. El papel del trasplante hepático en el tratamiento de la insuficiencia hepática aguda, tanto, por hepatitis como por cirrosis, no ha sido todavía bien definido, tanto más cuando el riesgo es muy grande en estos pacientes. El trasplante hepático es ya un hecho, pero los problemas relacionados con este procedimiento y los escasos éxitos obtenidos no serán un obstáculo en el futuro cuando lleguen a solucionarse los aspectos poco conocidos, y, mientras esto suceda debemos recordar una célebre frase de nuestro gran Cervantes en el Don Quijote:

“Siempre deja la ventura una puerta abierta en las desdichas, para dar remedio a ellas”.

## C U A D R O V I I

### METODOS ACTUALES DE TRATAMIENTO DEL COMA HEPATICO EN CIRROSIS HEPATICA

#### A) NO QUIRURGICOS:

##### 1) Eliminar factores amoniogénicos:

Convencionales (proteínas, catarticos, antibióticos, etc.) (54)

Lactulosa (55)

Lactobacillus acidophilus (36)

Inhibición ureasa bacteriana (57, 58)

##### 2) Extracción Amonio circulante

Hemodialisis (40)

Circulación cruzada (43)

Diálisis peritoneal (41)

##### 3) Inhibición-necrosis

Esteroides (15)

##### 4) Oxigenoterapia hiperbárica (59)

#### B) QUIRURGICOS:

1) Colectomía - ileosigmoidostomía (60)

2) Perfusión extracorpórea (46, 47, 48)

3) Trasplante hepático (49)

## ESTADO ACTUAL DEL TRATAMIENTO DE IHA

### 1 Addendum.

Después de haber terminado este trabajo, que contempla toda la información disponible hasta el año 1969 inclusivé, apareció el tercer volumen de *Progress in Liver Disease* en 1970, editado por Popper y Schaffner (62) que incluye dos capítulos, 17 y 18, de Hoenig y Trey y Davidson respectivamente mereciendo el de estos últimos nuestra consideración por ser una evaluación crítica de los métodos empleados en 142 pacientes; el resultado informado por ellos se presenta en el cuadro VIII, es decir que por medio de la exanguinotransfusión se obtuvo un 22% de sobrevida; en la experiencia de los autores, de 36 enfermos tratados en esta forma 26 recobraron la conciencia, 15 de los cuales recayeron, sobreviviendo finalmente 11 pacientes (30,5%).

**C U A D R O V I I I**  
**COMA HEPATICO-HEPATITIS AGUDA**

METODO	Nº CASOS	SOBREVIDA (%)
Conservador	16	18,7
Esteroides Unicamente	32	9,4
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>10,4</b>
Exs S/Esteroides	14	21,4
Exs C/Esteroides	68	22,1
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>19,1</b>

### B I B L I O G R A F I A

1. Beker S.: Resultados de los diversos métodos de tratamiento del coma hepático en la hepatitis aguda fulminante. *Tribuna Médica XXIV*: 28, 1969.
2. Webster L. T., Jr., Hepatic coma. A biochemical disorder of the brain. *Gastroenterology* 49: 698, 1965.
3. Zieve L.: Pathogenesis of hepatic coma. *Arch. Int. Med.* 118: 211, 1966.
4. Phear E. A. Sherlock S. and Summerskill W. H. J.: Blood ammonium levels in liver diseases and hepatic coma. *Lancet.* 1: 836, 1955.
5. Walshe J. M.: Hepatic coma. *Postgrad. Med. J.* 32: 467, 1956.
6. Popper H.: *Acute hepatic necrosis in hepatitis.* The Liver. Editado por A. E. Read. P. 181, Colston Papers N° 19, Butterworths, London, 1967.
7. Walshe J. H.: Observations on symptomatology and pathogenesis of hepatic coma. *Quart. J. Med.* 20: 421, 1951.

8. Fernando P. B. and Thanabalasunderam R. S.: Infective hepatitis and cirrhosis of the liver. *Quart. J. Med.* 20: 403, 1951.
9. Ducci H. and Katz R.: Cortisone, ACTH and antibiotics in fulminant hepatitis. *Gastroenterology* 21: 357, 1952.
10. Foulk W. Butt H. R. Stauffer M. H., Baggenstoss A. H. and Gross J. S.: Hepatic Coma: Clinical and pathological study. *Gastroenterology* 29: 171, 1955.
11. Mc Dermott W. V., Wareham J. and Ridell K. G.: Treatment of hepatic coma with L-glutamic acid. *New Eng. J. Med.* 253: 1.093, 1955.
12. Evans A. S., Nelson R. S., Sprinz H. and Cautiell F. P.: Adrenal hormone therapy in viral hepatitis. IV. The effect of gamma-globulin and oral cortisone in the acute disease. *Am. J. Med.* 19: 783, 1955.
13. Benavides V. L., Kumate J., Pérez Navarrete J. L., Sagaon J. y Carrillo J.: Treatment of hepatic coma complicating viral hepatitis in infancy: study of 16 cases. *Pediatrics* 15: 586, 1955.
14. Wildhirt E.: Remarks on treatment of hepatic coma. Proceedings of the First World Congress, vol. 2, pág. 906, 1958.
15. Katz R., Velasco M., Klinge J. and Alessandor M.: Corticosteroids in treatment of acute hepatitis in coma. *Gastroenterology* 42: 258, 1962.
16. Mc Donald R. and De La Harpe P. L.: Hepatic coma in children. *J. Pediat.* 63: 919, 1963.
17. Sherlock S.: Diseases of the liver and biliary system. 3rd. Ed. pág. 85, 1963.
18. Kumate J., Rivas Aguilar E., Luna Flores A., Scyffert Romero A. and Benavides L.: Coma hepático post-hepatitis infecciosa. *Bol. Med. Hosp. Infant. (México)* 22: 685, 1965.
19. Nelson R. S.: Viral hepatitis in patients over fifty. *South M. J. Cit. por Burnell y col.: Acute hepatic coma treated by cross circulation or exchange transfusion. New J. Med.* 276: 935, 1967.
20. Burnell J. M., Dawborn J. K., Epstein R. B., Gutman R. A., Leinbach G. E., Thomas E. D. and Volwiler W.: Acute hepatic coma treated by cross circulation or exchange transfusion. *New Eng. J. Med.* 276: 935, 1967.
21. Saunders S. J.: The treatment of hepatic coma by exchange blood transfusion. Colston Paper: *Liver Diseases*, pág. 289. Edited by A. E. Read, Butterworths, 1967.
22. Davis M. A., Peters R. L., Redeker A. G. and Reynolds T. B.: Appraisal of the mortality in acute fulminant viral hepatitis. *New Eng. J. Med.* 278: 1.248, 1963.
23. Benhamou J. P., Rueff B., et Sicot Ch.: Etudes critique des traitements actuels de l'insuffisance hépatique grave. *Rev. Franc. Etudes Clin. et Biol.* XIII: 651, 1963.
24. Ritt D. T., Whelan G., Werner D. J., Eigenbrodt E. H., Sxhenker S., and Combes B.: Acute hepatic necrosis with stupor or coma. *Medicine* 48: 151, 1969.
25. Beker S., Grases P. J., González M. y Valencia-Parparcén J.: Coma hepático por hepatitis aguda. (Insuficiencia hepática fulminante). *GEN XXXIII*: 401, 1969.
26. Lee C. and Tink A.: Exchange transfusión in hepatic coma; report of a case. *Med. J. Austr.* 1: 40, 1958.
27. Berger R. L., Liversage R. M., Mc Goldruck D. M., Stohlman F.: Exchange transfusion in the treatment of fulminant hepatitis. *New Eng. J. Med.* 274: 497, 1966.
28. Mc Kechnie J. C., Beutlif P. S. Abott J. P. and Kelsy J. R.: Exchange transfusion in treatment of acute liver failure. Preliminary report. *Southern Med. J.* 60: 297, 1967.

29. Krebs R. and Flynn M.: Treatment of hepatic coma with exchange transfusion and peritoneal dialysis. *JAMA* 199: 430, 1967.
30. Gelfand M., Sussman L., Cimol B. C., Florita C. and Johnson F.: Successful treatment of hepatic coma by exchange transfusion. *JAMA* 201: 630, 1967.
31. Berger R., Stanton J. R., Liversage R. M., Mc Goldrick D. M., Graham J. H. and Stohman F.: Blood Exchange in the treatment of hepatic coma. *JAMA* 202: 119, 1967.
32. Mc Lean J. A. and Luke H. A.: Direct exchange blood transfusion in hepatic coma. *Brit. Med. J.* 4: 78, 1967.
33. Eisenburg, J. y col.: The treatment of hepatic coma by exchange transfusion. *German Med. Mont.* 13: 175, 1968.
34. Sherlock S.: *Diseases of the liver and biliary system.* Fourth Ed., pág. 126, 1968.
35. Tytgat G., Piessens J., Collen D. and Groo J.: Experience with exchange transfusion in the treatment of hepatic coma. *Digestion* 1: 257, 1968.
36. Durden D. W. Siemsen A. W., and Briggs W. A.: Exchange transfusions in the treatment of fulminant hepatitis and coma. *The Amer. J. of Gastr.* 51: 129, 1969.
37. Voiculesco M., Paun, L., Leonesco M., Roman A., Valeriu A. et Tofan N.: L'exanguinotransfusions dans le traitement duccoma hépatique par hepatitis virale. Resultats obtenus dans 9 cas. *Rev. Int. Hepatolog.* XIX: 205, 1969.
38. Pirola R. C., Ham J. M. and Elmslie R. G.: Management of hepatic coma complicating viral hepatitis. *Gut.* 10: 898, 1969.
39. Beker S., González M., Lecuna V., and Valencia-Parparcén J.: **Hepatic coma due to fulminant hepatic failure treated by exchange blood transfusion.** En prensa. Por presentar en la Reunión Internacional de la Sociedad Bockus en Amsterdam, 1970.
40. Kiley J. E., Pender J. C., Welch H. F. and Welch C. S.: Ammonia intoxication treated by hemodialysis. *New Eng. J. Med.* 259: 1.156, 1968.
41. Jones J. L., Strader L. D., Berry W. L.: Peritoneal dialysis in liver coma. *U. S. Armed Forces Med. J.* 10: 977, 1959.
42. Trey C., Burns D. G., Saunders S. J.: Treatment of hepatic coma by exchange blood transfusion. *New Eng. J. Med.* 274: 497, 1966.
43. Burnell J. M., Thomas E. D., Ansell J. S., Cross H. D., Dillard D. H., Eptein R. B., Esbach J. W., Hogan R., Hutchings R. H., Motulsky A., Ornsky J. W. Poffenbarger P., Scribner H. B., Voiwiler W.: Observations on cross circulation in man. *Am. J. Med.* 38: 832, 1965.
44. Bosman S. C. W., Treblanche J., Saunders S. J. Harrison G. G. and Barnard C. N.: Cross circulation between man and baboon. *Lancet* 11: 583, 1968.
45. Saunders S. J., Terblanche J., Bosman S. C. W., Harrison G. G., Walls R., Hickman R., Biebuyck J., Deut D., Pearce S. and Barnard C. N.: Acute hepatic coma treated by cross-circulation with a baboon and by repeated exchange transfusion. *Lancet* 11: 585, 1968.
46. Eiseman B., Liem D. S., Raffucci F.: Heterologous liver perfusion in treatment of hepatic failure. *Am. Surg.* 162: 329, 1965.
47. Eiseman B.: Treatment of liver failure. Colston Paper: *Liver diseases*, pág. 279, 1967. Edited by A. E. Read. Butterworths.

48. Sem P. K., Bhalerao R. A., Parulkar G. P., Samsi A. B., Shah B. K. Kinare S. G.: Use of isolated perfused cadaveric liver in the management of hepatic failure. *Surgery* 59: 774, 1966.
49. Starzl T. E., Marchioro T. L., Faris T. D.: Liver transplantation. *Ann Int. Med.* 64: 473, 1966.
50. Klatskin G.: Subacute hepatic necrosis and postnecrotic cirrhosis due to anicteric infections with hepatitis virus. *Am. J. Med.* 25: 333, 1958.
51. Abouna G. M., Kirkley J. R., Hull C. J., Aschcroft T., Kerr D. N. S.: Treatment of hepatic coma by extracorporeal pig liver perfusion. *Lancet* 7: 64, 1969.
52. Chevrel J. P., Opolon P., Thomas M., Smajda M., Apoil A., Hadchouel P., et Caroli J.: Application de l'épuration par foie de porc a quatre cas d'atrophie aigue du foie. *Arch. Fr. App. Digestif.* 58: 637, 1969.
53. Abouna G. M.: Cross-circulation between man and baboon in hepatic coma. *Lancet* 2: 729, 1968.
54. Beker S. y Valencia-Parparcén J.: Contribución al estudio del coma hepático en la cirrosis del hígado. *GEN XIX*: 5, 1964.
55. Elkington S. G., Flock M. H., and Conn H. O.: Lactupose in the control of portal systemic encephalopathy. *New Eng. J. Med.* 281: 408, 1969.
56. Mac Beth W. A. A. G., Kass E. H., Mc Dermott W. F., Jr.: Treatment of hepatic encephalopathy by alteration of intestinal flora with *Lactobacillus*, *acedophilus*. *Lancet* 1: 399, 1965
57. Thomson A., and Visek W. J.: Some effects of induction of urease immunity in patients with hepatic insufficiency. *Amer. J. Med.* 35: 804, 1963.
58. Fishbein W. N., Carbone P. P., and Hoshstein H. D.: Acetohydroxamate: bacterial urease inhibitor with therapeutic potential in hyperammonaemic states. *Nature (hondon)* 208: 46, 1965.
59. Aubert L., Arroyo H. et Malavaud A.: Notes Sur le Traitement du coma hépatique par hyperoxie hyperbarique. *Marseille Med.* 104: 357, 1957.
60. Resnick R. H., Ishihara A., Chalmers T. C., Schimmel E. M. and the Boston Interhospital Liver Group: A controlled trial of colon by pass in chronic hepatic encephalopathy. *Gastroenterology* 54: 1.057, 1968.
61. Leading Articles. Liver transplantation. *Lancet* 1: 868, 1969.
62. **Progress in liver disease.** Vol. III. Ed. Popper H. y Schaffner F. Capítulos 17 (management of acute liver damage in man, por V. Hoenig p. 269) y 18 (The management of fulminant hepatic failure, por Ch. Trey y Ch. Davidson, p. 282). Grune y Stratton. New York y Londres, 1970.



# La Coordinadora, S. R. L.

## Sociedad de Corretaje de Seguros

Inscrita en el Ministerio de Fomento Bajo el No 9

### **JUNTA CONSULTIVA**

Dr. Francisco Manuel Mármol  
Sr. Temístocles Fernández C.  
Sr. Jesús Alberto Fernández C.  
Dr. Carlos Eduardo Stolk  
Sr. Antonio Pardo Soubllette

### **ADMINISTRADOR**

Sr. Temístocles Fernández Caballero

---

De acuerdo con la ley, trabaja en el mercado nacional de Seguros con todas las Compañías legalmente constituidas en el País, y en todos los ramos de Seguros.

La actividad en Seguros de La Coordinadora data del año de 1.945.

Autorizada esta Publicación por el Ministerio de Fomento, Superintendencia de Seguros, bajo el No 2.073.

# **CYANAMID DE VENEZUELA C. A.**

# **DAVIS & GECK**

**SUTURAS QUIRURGICAS DE ALTA CALIDAD**

**SEDA SILICONADA A N A C A P**

**FLEXON**

**DERMALENE**

**SURGILON**

**CATGUT,**

**VAB = Fajas Abdominales de Diseño Exclusivo**

**PRE-OP = Esponjas Quirúrgicas para lavado  
pre-operatorio.**



**Calle Chicago con Autopista del Este**

**California Sur**

**Apartado del Este 11.391**

**TELEFONOS: 34 35 18      34 35 19      34 91 10**

**C a r a c a s**

PRESENTANDO UN NUEVO Y DESTACADO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO  
de la familia de las cefalosporinas...

**KEFLIN**  
(cefalotina sódica, Lilly)

suficientemente potente para las  
infecciones más graves y, a la vez,  
excepcionalmente bien tolerado

Información adicional a solicitud de los médicos



ELI LILLY Y COMPAÑIA DE VENEZUELA, S. A. - MARACAY

Diferente a todos los somníferos conocidos . . .

# NITRAX

(Nitrazepam "Fisia")

COMPRIMIDOS de 5 mg.

Primer derivado HIPNOTROPICO de la benzodiazepina

Mecanismo de acción original:

- A diferencia de los barbitúricos, no  **fuerza**  al sueño sino que lo  **induce**  a través del sistema límbico, sin afectar otras zonas del cerebro.
- Tranquilizante y relajador, protege los mecanismos normales del sueño contra los estímulos sensoriales y emotivos que lo perturban.

Optimos resultados: 8 HORAS DE SUEÑO NORMAL,  
SEGUIDO DE UN DESPERTAR  
LUCIDO

Márgen terapéutico considerable.

**Posología.** Adultos: ½ a 2 comprimidos, por la noche al acostarse.

Niños: ½ a 1 comprimido, según la edad.

**Laboratorios Physia S. A.**

Edificio PAULY

Ave. Baralt - Esq. Qta. Crespo

CARACAS.

¡Nuevo!

Electrolitoterapia equilibrada  
mediante



## Soluciones **NORMOSOL**<sup>®</sup>

Modernos substitutos de la solución de dextrosa en agua,  
solución salina normal y dextrosa en solución salina normal.

**NORMOSOL-M CON DEXTROSA AL 5% • NORMOSOL-R • NORMOSOL-R CON DEXTROSA AL 5%**



# MILIEQUIVALENTES POR LITRO DE LAS SOLUCIONES NORMOSOL Y ALGUNOS DATOS COMPARATIVOS

	Na <sup>+</sup>	K <sup>+</sup>	Mg <sup>++</sup>	Ca <sup>++</sup>	Cl <sup>-</sup>	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>			Cal. por litro
						Como acetato	Como gluconato	Como lactato	
Normosol-M con Dextrosa al 5%	40	13	3	cero	40	16	cero	cero	175
Normosol-R	140	5	3	cero*	98	27	23	cero	18
Normosol-R con Dextrosa al 5%	140	5	3	cero*	98	27	23	cero	185
PLASMA	140	4-5	2-3	5	102	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> 27		5	Fosforo 2mEq
Solución de Dextrosa al 5%	cero	cero	cero	cero	cero	cero	cero	cero	170
Solución Salina Normal	154	cero	cero	cero	154	cero	cero	cero	cero
Solución Salina Normal con Dextrosa al 5%	154	cero	cero	cero	154	cero	cero	cero	170
Ringer con Lactato	130	4	cero	3	109	cero	cero	28	9
Ringer con Lactato y Dextrosa al 5%	130	4	cero	3	109	cero	cero	28	179
Extremos de la ingestión dietética en 24 horas	90-250	80-200	15-30		35-200				
Extremos de la excreción urinaria en 24 horas	45-200	30-200	3-6		150-280				

\* Compatible, por lo tanto, con transfusiones de sangre.

## LO LOGICO ES USAR:

**NORMOSOL-M CON DEXTROSA AL 5%,** en lugar de Solución de Dextrosa al 5%  
**NORMOSOL-R,** en lugar de Solución Salina Normal.

**NORMOSOL-R CON DEXTROSA AL 5%,** en lugar de Solución Gluco-Fisiológica  
 o Solución Ringer con Lactato.



**ABBOTT LABORATORIES, C.A.**  
**CARACAS - VENEZUELA**

Montevideo • North Chicago • Panamá • Río Piedras, P. R. • San Salvador • Santiago, Chile • Santo Domingo • São Paulo • Bogotá • Buenos Aires • Caracas • Guayaquil • Lima • Managua • México •

# **Infarto Agudo del Miocardio Complicado de Asistolia Ventricular e Hipoxia Cerebral**

**Dres. Alfredo J. Naime,  
Deyanira Almeida y Pedro Lizarraga.**

Con el avance de la técnica moderna, el médico general y el especialista cuentan cada día con más recursos que, bien utilizados, contribuyen a modificar en forma favorable la evolución de algunas enfermedades, entre ellas el infarto del miocardio, cuya complicación más temible es el paro circulatorio por asistolia o por fibrilación ventricular, con anoxia cerebral.

El objeto de este trabajo es presentar un caso atendido en el Servicio de Emergencia del Hospital Universitario de Caracas.

**O. A. Hist. N° 14-76-85**

Paciente masculino de 47 años de edad. Ingresa al Servicio de Emergencia, con cuadro clínico y electrocardiográfico de Infarto del Miocardio. Durante el examen de emergencia presenta arritmia completa por fibrilación auricular seguida de fibrilación ventricular (ver fig. 1 y 2) Se procede a dar masaje externo y respiración boca/boca; una vez intubado y bien oxigenado, se aplica shock eléctrico, seguido de asistolia ventricular (E. C. G.) por lo que se administró adrenalina intracardiaca que hizo reaparecer la fibrilación ventricular. Un segundo shock eléctrico logra revertir la fibrilación y mantiene sus signos vitales en niveles normales al cabo de 15 a 20 minutos de paro circulatorio.

En el Servicio de Recuperación el enfermo continúa intubado, con respiración asistida, en coma profundo, con hipertonia muscular generalizada, a veces crisis convulsivas, temperatura elevada y miosis paralítica. Se considera que el daño cerebral es avanzado y el coma irreversible debido al cuadro clínico que presenta y por haber estado durante 15 a 20 minutos en hipoxia cerebral en normotermia.

El paciente durante las primeras 72 a 96 horas es mantenido bajo control permanente de frecuencia y ritmo cardíaco (E.C.G.), control de presión venosa central, flujo urinario horario, presión arterial y temperatura corporal.

Durante ese período las cifras obtenibles fueron las siguientes:

PCV: Fue mantenida entre 4 y 12 cm. de agua.

Flujo urinario horario: Se mantuvo un flujo urinario por encima de 85 cc. hora.

PA: Varió entre 100/70 mm. Hg. y 150/100 mm. Hg.

Temperatura Corporal: Varió entre 36.4° C. y 38.5° C.

Pulso: Entre 80 y 120 x'

Visoscopia: Apareció ritmo sinusal al cabo de varias horas; sin embargo presentó luego arritmias ventriculares del tipo de la extrasistolia ventricular, con salvas de taquicardia ventricular y, en varias ocasiones, aparecieron colgajos de fibrilación ventricular de muy corta duración (30" a 1') seguidos de convulsiones generalizadas. Durante la extrasistolia se usó Lidocaina I.V. Aproximadamente a las 36 horas de evolución desaparece el coma profundo y queda un período de excitación y convulsiones por lo que fue necesario administrar drogas del tipo de la Clorpromazina y Prometazina.

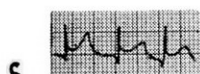
A las 24 horas se apreció enfisema subcutáneo y se diagnosticó ruptura traqueal y neumotorax. Se practicó toracotomía mínima para drenaje cerrado de tórax. A las 48 horas, el paciente estaba consciente y cinco días más tarde se transfirió al Servicio de Cardiología, para continuar con el tratamiento del accidente coronario (ver fig. 2) Egresó del Hospital a los 36 días de su ingreso con monoparesia braquial izquierda.



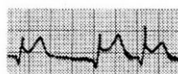
a



b



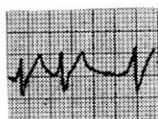
D 2



D 3



aVF



V1



V3



V5

FIGURA No. 1

E. C. G. Trazo sugiere: a) Fibrilación Ventricular; b) Trazo post-choque (D.C.) eléctrico y adrenalina intracardiaca. c) Trazo 1 hora después del choque eléctrico; sugiere: Fibrilación Auricular. Onda de lesión sub-epicardica de cara postero-inferior.

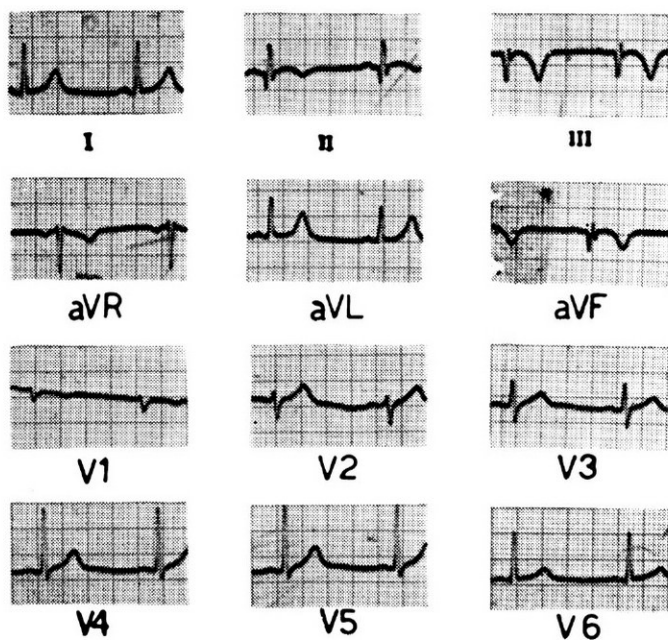


FIGURA No. 2

E. C. G. (al egreso) Trazo sugiere: Zona inactivable, más Isquemia sub-epicardica de cara postero-inferior.

## DISCUSION:

La enfermedad coronaria constituye el 30% de todas las cardiopatías, ocupa el primer lugar de las causas de muerte del mundo occidental y es responsable del 80% de las muertes súbitas.

La forma clínica más grave e incapacitante de la enfermedad coronaria es el infarto del miocardio.

Friedberg (1) cita los trabajos de Palmer, Bland y White, Ball y Master, donde se establece que sólo el 25% al 40% de los pacientes que sobreviven a un infarto, pueden reiniciar su vida activa anterior al cuadro agudo, sin limitaciones para el trabajo.

Melean (2) en su trabajo acerca de la localización y arritmias del infarto del miocardio en el material clínico del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Caracas, se encuentra una incidencia del 3.7%.

Moleiro en su estudio: El infarto del miocardio en el adulto joven, (3) encuentra una mortalidad del 18.98%.

Otros autores (4) dan una mortalidad del 40% para los casos de infarto del miocardio en todas las edades.

Estudios recientes acerca de la mortalidad de los infartos del miocardio, tratados en unidades de cuidado coronario dan una incidencia del 30%. (4).

Desde hace muchos años, se acepta que los trastornos del ritmo complican frecuentemente al infarto del miocardio. En la actualidad, está establecido que la incidencia es mayor que la apreciada mediante control electrocardiográfico rutinario. Igualmente, se acepta que la incidencia de arritmias post-infarto es más frecuente en las primeras 48-72 horas del accidente agudo.

Melean (2) en su trabajo, da una incidencia del 50% de arritmias mediante control con el método electrocardiográfico rutinario.

Moleiro encuentra una incidencia del 16.67% utilizando el mismo método. (3).

Mc Millan y Coll (4) informan que, de 60 pacientes atendidos en una unidad de cuidado coronario, que murieron repentinamente, 40 fallecieron

con arritmias ventriculares (fibrilación ventricular en 32), (taquicardia ventricular en 8), y (20 con arritmias supraventriculares).

En un estudio reciente, de uno de nosotros (5) acerca de la incidencia del infarto del miocardio, durante 1966, en el Servicio de Cardiología; necesidad de una Unidad de Cuidados Coronarios, se encontró una mortalidad del 30%, y de ella, las muertes repentinas el 40%, por lo que presumimos que las mismas fueron debidas en un alto porcentaje a trastornos del ritmo.

El caso presentado reviste interés no sólo por constituir una de las complicaciones frecuentes del infarto del miocardio, sino también por haberse acompañado de coma cerebral anóxico.

Se ha establecido que el pronóstico del coma cerebral anóxico grave, como el de nuestro enfermo, debe ser siempre emitido con cautela y reserva. Existen dos guías pronósticas clásicas: a) La dilatación pupilar y b) la hipertonia. Cuando ambas están presentes, se dice que el coma es irreversible; y nuestro paciente presentó hipertonia y miosis pupilar. El hecho de que a pesar del diagnóstico de coma irreversible, haya habido recuperación, nos obliga a poner de manifiesto que en todo caso de coma cerebral anóxico deben buscarse ambos signos clásicos como guía pronóstica.

#### **CONCLUSIONES:**

Se presenta un caso de infarto del miocardio con paro circulatorio por F V recuperado mediante masaje externo, respiración boca-boca y shock eléctrico. Se cree posteriormente en descerebración por la presencia de coma cerebral anóxico; sin embargo, se practican todas las medidas de cuidados coronarios intensivos, logrando recuperación total a las 72 horas del accidente agudo. Egresada del Hospital Universitario a los 36 días de su ingreso.

#### **R E S U M E N:**

- 1º Se confirma una vez más que el masaje externo bien aplicado es altamente efectivo.
- 2º En la FV el shock eléctrico (DC) es decisivo.
- 3º El paro circulatorio por FV o asistolia ventricular pueden llevar al coma cerebral anóxico, cuyo pronóstico es guiado por la coincidencia de dilatación pupilar y rigidez.

4º Creemos que la actitud serena, pero decidida de un equipo médico altamente preparado para las medidas de emergencia del paro circulatorio, identificación de la causa del mismo y los cuidados del infarto del miocardio, en el periodo agudo en una Unidad de Cuidados coronarios, contribuyen a mejorar el pronóstico de este tipo de enfermos.

#### B I B L I O G R A F I A

- 1.—FRIEDBERG, Ch. K.: Enfermedades del corazón. Editorial Interamericana, S. A. 1964.
- 2.—MELEAN, I. A.: Frecuencia de localización y arritmias del infarto del miocardio. Tesis de Grado. VII Curso de Post-Grado de Cardiología. Hospital Universitario de Caracas.-1967.
- 3.—MOLEIRO, F.: El infarto del Miocardio en el adulto joven. Tesis de Grado VII Curso de Post-Grado de Cardiología. Hospital Universitario de Caracas. 1967.
- 4.—MAC. MILLAN, R. L. et al.: Changing Perspectives in Coronary care. Am. J. of Card. 20: 451. 1967.
- 5.—NAIME, A.: DRAYER, A.: Incidencia del Infarto del Miocardio durante 1966, en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Caracas. Necesidad de una Unidad de Cuidados, (en publicación).

NOTA: Este trabajo, fue realizado en las Cátedras de Cirugía Cardiovascular y Cardiología, del Hospital Universitario de Caracas.

# SULFOBARINA

SULFATO DE BARIO EMULSIONABLE PARA RADIO-  
DIAGNOSTICO DEL TRACTO GASTRO-INTESTINAL



Presentaciones:

**SULFOBARINA ORAL:** Gracias a su presentación en latas herméticas se conservan inmejorablemente la emulsionabilidad del polvo y las cualidades gustativas del producto, en beneficio de la general aceptación por parte de los pacientes.

**SULFOBARINA RECTAL:** Presentado en bolsas para facilitar la preparación de la emulsión.

**Laboratorios Tecno - Químicos, C. A.**

Capital: Bs. 500.000,00

C A R A C A S

Infecciones del tracto urinario  
Indicaciones para un rápido y  
exitoso tratamiento con

# Ceporan

cefaloridina



Para mayor información consultar con  
**LABORATORIOS GLAXO DE VENEZUELA, C. A.**

Apartado 80.238 P.E. - Sabana Grande  
Urb. La Trinidad - Baruta - Edo. Miranda  
Teléfonos: 77.00.45 - 46



C O R T E S I A   D E L  
“ G R U P O   D R O L A R A ”

A   N O M B R E   D E

DROGUERIA LARA C. A. - Barquisimeto

DROGUERIA LARA CARACAS C. A.

INVERSIONES DROLARA C. A.

ASOCIACION FARMACEUTICA LARA C. A.

## Algunos Hechos Relativos al Costo de Servicios de Hospitalización, con Especial Referencia a los Hospitales Privados

Dr. Jorge Soto-Rivera

Los costos de funcionamiento y por lo tanto las tarifas de hospitalización, iniciaron su ascenso inmediatamente después de la segunda guerra mundial. Para explicarse esa situación, hay que recordar algunos hechos muy peculiares que expondremos a continuación.

- 1.—El Hospital TIENE que funcionar durante 24 horas diarias durante los 365 días del año. . .
- 2.—El Hospital es una institución de SERVICIO PERSONAL, en donde una gran variedad de personas tienen que servir directa e indirectamente al paciente que es confiado a su atención. No hay posibilidades de AUTOMATIZACION de servicios. . .
- 3.—Las necesidades de personal para un hospital, tienen que ser previstas para 168 horas semanales . . . Las empresas comerciales e industriales programan tan solo para 36 ó 40 horas semanales . . . Por lo tanto, las necesidades de personal en un hospital es CUATRO veces mayor, por cuanto los pacientes tienen que ser atendidos todos los días, todas las noches, todos los fines de semana y todos los días feriados... El hospital como Institución constituye el principal empleador de la comunidad. Así se explica que el 70% como **mínimo** de los gastos de operación y funcionamiento de un hospital se destinan a gastos de personal . . . mientras que la proporción habitual por el mismo concepto dentro de empresas comerciales e industriales, fluctúa alrededor del 30%. . . .

- 4.—La clientela de los hospitales privados está limitada a la clientela de los médicos de su cuerpo médico, y el servicio que se presta a pacientes hospitalizados está limitado a su número de camas en servicio. No hay manera de establecer diversificación de servicios ni “ampliación de mercado” . . . No es posible establecer “plan familiar” . . . “ni saldos de inventario” . . . ni “remates por mudanza” . . . ni “Jefe por 9 días” . . .

De allí que los aumentos en los costos de operación, tengan que ser pasados inexorablemente al paciente.

- 5.—Hasta el año de 1940, las remuneraciones a los trabajadores en los hospitales, se mantuvieron muy por debajo de los sueldos y salarios que por mismo tipo de trabajo pagaban la industria y el comercio. Incluso en hospitales gubernamentales, el cuerpo médico trabajaba por una remuneración nominal y hasta sin remuneración alguna.

A medida que fue aumentando el costo de la vida, se fueron nivelando las remuneraciones y aumentando el costo de operación y funcionamiento de los hospitales en forma más acentuada que para la industria y el comercio, por partir de cifras mucho más bajas, hasta llegar a nivelarse con la industria y el comercio. La curva de ascenso ha sido por tanto mucho más pronunciada para los hospitales.

- 6.—La jornada individual de trabajo, ha venido acortándose en el curso de los años y hoy día una gran mayoría de los trabajadores en los hospitales disfruta de un horario corrido de seis horas (con media hora libre para comidas), o sea 36 horas semanales que se reducen a 33 efectivas.

- 7.—El personal nocturno en la gran mayoría de hospitales, trabaja una noche sí y otra no, con cuatro horas de reposo en su jornada y percibe el 20% de remuneración adicional, como bono nocturno, conforme a nuestra Ley del Trabajo. Ello ha obligado a duplicar el personal de la guardia nocturna y por tanto su costo. En muchos aspectos el hospital de hoy necesita de mayor número de trabajadores para hacer el mismo trabajo que antes se hacía.

- 8.—El número de trabajadores en un hospital ha venido aumentando desde 1940 hasta hoy, en que la mayoría de los hospitales tiene que mantener un promedio de tres trabajadores por cada cama en servicio.

- 9.—La obligación moral de los hospitales de mantener la más alta calidad de servicios a los pacientes confiados a su atención implica el mantenimiento de guardias permanentes de personal médico y paramédico: Residentes, Bio-Analistas, Hemoterapistas, Técnicos Radiólogos y otros a un alto costo y con ninguna posibilidad de que se vean compensados en su costo con los ingresos que producen dichos servicios.

10.—Los progresos de la Ciencia Médica, tantos y tan variados, obligan a los hospitales al establecimiento de nuevos servicios tales como el de recuperación post-operatoria, cuidado intensivo, diálisis renal, cirugía cardíaca y tantos otros, que ameritan de personal altamente especializado y obligan a la adquisición de equipos de alto costo, para beneficio del paciente confiado a su atención. En los hospitales privados, las utilidades, si las hay, tienen forzosamente que re-invertirse en remodelaciones y ampliaciones para el mantenimiento de la calidad del servicio que presta.

11.—La llamada "Capitalización" no es ni remotamente tal en hospitales privados, ya que el valor de las acciones no fluctúa según el valor en libros, ni está sujeta a fluctuaciones en bolsas de comercio.

12.—Así como la comunidad tiene que pagar más por la comida, vivienda, lencería, agua, teléfono, impuestos y demás, así también el hospital tiene que pagar más por los mismos artículos, servicio e impuestos.

#### **QUIENES SON LOS RESPONSABLES DEL AUMENTO DE LOS COSTOS DE FUNCIONAMIENTO DE LOS HOSPITALES?**

El progreso de los pueblos se mide en cierto modo por la calidad de la atención que prestan sus hospitales a la comunidad. El hospital que todos aspiramos que nos sirva tiene que ser oportuno y eficiente. El hospital podría prestarnos un servicio mucho más barato. Para ello bastaría con eliminar servicios costosos y normas de calidad que implican gastos, lo cual con toda seguridad significaría la diferencia entre la vida y la muerte . . . y nadie quiere ni desea un hospital así . . .

En cierto modo los responsables de los aumentos en los costos de funcionamiento de nuestros hospitales, somos NOSOTROS MISMOS, como resultado de nuestros deseos muy humanos de una norma de vida cada vez mejor . . .

#### **DEBEMOS RECRIMINARNOS ENTONCES A NOSOTROS MISMOS?**

En cierto modo sí . . . por nuestra falta de previsión. Si se lograra desarrollarse una conciencia del seguro privado de hospitalización, con un gran mercado, las primas serían mucho menores . . . y con una pequeña cantidad mensual que destináramos de nuestros ingresos a dicho fin, podríamos seguir aspirando a la más alta calidad de los hospitales que aspiramos que nos sirvan, sin que ello implique desembolso de consideración dentro de nuestros recursos habituales.

**CAFETERIA Y FUENTE DE SODA  
DEL HOSPITAL PRIVADO  
CENTRO MEDICO DE CARACAS**

Abierto desde las 7 a. m. hasta las 11 p. m.  
todos los días  
inclusive Sábados, Domingos y Feriados

**TELEFONOS :**  
52.09.19 (Directo) y 52.22.22 - Extensión 156

**Contratista Responsable:**  
**HERMANN PERGER**



# **FARMO - QUIMICA**

## **SUPLEMENTOS PARA LABORATORIOS**

**Reactivos y Colorantes**

**Medios de Cultivo**

**Vidriería**

**Dr. F. DE GREGORIO R.**

**TELEFONO 61.57.87**

**Apartado 2409**

**CARACAS**

# Capramol

Acido epsilon - aminocapróico



## A N T I F I B R I N O L I T I C O

Inhibidor de los activadores del plasminógeno

Suprime la formación de plasmina

### TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LAS HEMORRAGIAS

Cirugía general, prostática, pulmonar, porto-cava,  
carcinológica.

Hematurias (tumores renales, vesicales, litiasis)

Hemorragias digestivas.

Meno-metrorragias (funcionales, fibromatosas,  
tumoraes, etc.).

**Presentación:** Ampollas inyectables (intravenosa)  
y bebibles.

**I. V. S. S. NP-6672-04**

**D i s t r i b u i d o r e s :**

**C. MUSKUS C. R. L.**

**Apartado Postal 993 — Caracas**