

LA CRONICA MEDICA

APARTADO 2563

LIMA, PERU



COMITE CIENTIFICO

Leonidas Avendaño, Max. González Olaechea, Rómulo Eyzaguirre, Hermilio Valdizán, Edmundo Escomel (Arequipa), Carlos Morales Macedo



REDACCION

Eduardo Bello, Carlos A. Bambarén
Luis D. Espejo, Ernesto Ego-Aguirre

AÑO XLVI - 1929

SANMARTI Y CIA.
IMPRESORES -
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Control y profilaxia de los enfermos cardio-renales

POR EL DR. JUAN B. LASTRES

En clínica se conoce corrientemente con el nombre de cardio-renales, a los enfermos crónicos, que padecen de ambos órganos (riñón o corazón), cuyos procesos morbosos han evolucionado primitivamente aislados, comprometiendo secundariamente una viscera a la otra, o que han evolucionado conjuntamente, asociándose y agravando enormemente el cuadro clínico.

Corrientemente la afección que prima en los comienzos, es la de un sólo órgano, y de ahí que sean primitivamente cardiacos o primitivamente renales, sobre todo estos últimos; el proceso morboso repercute en breve plazo sobre el miocardio, dando lugar al complejo clínico cardio-renal.

Los procesos renales que generalmente se complican de repercusión sobre el ventrículo izquierdo, son principalmente la *glomérulo-nefritis difusa con insuficiencia renal*, que se acompaña de hipertensión arterial y las dos formas de *esclerosis renal*: la hipertónica pura y la forma mixta de Volhard o maligna que termina en el riñón atrófico, escleroso. La *nefrosis* rara vez repercute sobre el corazón, salvo algunas formas terminales, en que el riñón se atrofia, originándose lo que se llama atrofia nefrósica.

Las primeras manifestaciones del compromiso cardíaco son: aumento de volumen del ventrículo izquierdo, ruido de galope, soplos; después la insuficiencia, que se repetirá cuando se solicite un sobre-esfuerzo cardíaco; asistolia que, repetida en forma paroxística, terminará con el sujeto.

Las enfermedades cardíacas repercuten, pero en una forma menos intensa, sobre el riñón, siendo el predominio del cuadro netamente cardíaco. Pueden las diversas cardiopatías crear insuficiencias renales por éstasis en la circulación general, por el mecanismo del contra-golpe, por procesos infecciosos o embólicos, que dan lugar a una glomerulo-nefritis focal, a una glomerulo-nefritis difusa y a la larga a una verdadera esclerosis renal.

De todas maneras, ya sea el comienzo en el corazón o en el riñón, el hecho es que comprometiéndose primitiva o secundariamente las dos vísceras, se constituye en clínica el síndrome cardio-renal. Este compromiso es debido generalmente a las causas secundarias que después analizaremos y que originan la insuficiencia anatómica y funcional de estas dos importantes vísceras de la economía. Bien es verdad que se pueden establecer grados en este compromiso, desde las formas más ligeras, en que se puede esperar una larga supervivencia, hasta las for-

mas avanzadas de asistolia irreductible con insuficiencias renal y cardiaca, de pronóstico sombrío.

CONTROL DE LOS CARDIO-RENALES

Con respecto a esto sería bueno establecer un criterio uniforme para los diagnósticos a fin de que los datos estadísticos puedan reunirse facilmente. Se podría adoptar para las enfermedades renales la *clasificación alemana de Volhard-Fahr* que es anátomo-clínica y patogénica y para las cardíacas, la moderna nomenclatura de las enfermedades del corazón, aprobada por la *American Heart Association*, que comprende: diagnóstico etiológico, anatómico, fisiológico, de capacidad funcional y clínico.

La uniformidad de las etiquetas diagnósticas, tiene gran importancia para las Estadísticas, pues, así se podría agrupar facilmente el número de enfermos, observar la frecuencia de determinadas afecciones renales o cardíacas, sus características demográficas y la marcha del complejo cardio-renal.

Al lado de los cardio-renales confirmados, en los que las lesiones somáticas son saltantes, existen otros en potencia, en los que la afección es moderada, que demandan exámenes metódicos, sistemáticos, de técnica bastante sencilla, y cuya interpretación revelará la anomalía padecida, sea en el corazón o en el riñón.

Y el control no solo debe llevarse sobre los cardio-renales confirmados o en potencia, sino, y este es el mayor triunfo de la profilaxia y por lo tanto de la Higiene, sobre los individuos que se suponen sanos. En este sentido se podría establecer el examen sistemático y periódico de la tensión arterial, de la orina, del funcionamiento renal, etc., datos que permitirán despistar la enfermedad en sus comienzos, cuando todavía es posible la curación. Volhard cita casos en que consultado acerca de la forma hipertónica de la esclerosis renal, examina la tensión a los parientes cercanos al enfermo, aparentemente sanos, encontrándola aumentada.

Las estadísticas americanas de enfermedades del corazón, muestran que la mortalidad es de primer orden, citando el Dr. Louis Dublin de New York, la cifra de 200,000 en cada año, y también son las cardiopatías causa de invalidez.

CAMPO DE ACCIÓN DE LA MEDICINA PREVENTIVA

La Medicina Preventiva comprende el estudio epidemiológico y la salubrificacón o sea la nosogénesis y la trayectoria nosogénica o epidemiogénica y además, los esfuerzos de adaptación del individuo al ambiente geo-cósmico.

En el caso particular de los cardio-renales, la Medicina Preventiva irá a perturbar la nosogénesis, mediante el conocimiento etiológico perfecto de esta clase de enfermedades, pero siempre teniendo en cuenta que los factores etiológicos y las causas favorecedoras, son múltiples,

Contra el cardio-renal confirmado, bien poco puede hacerse, aún desde el punto de vista terapéutico. Son enfermos en los que ha venido a menos el rendimiento de dos importantes vísceras. Sobre ellos se establecerá la asistencia médica especializada, el apoyo material y moral, los servicios hospitalarios, la reglamentación del trabajo, etc. El cardio-renal es un individuo que produce muy poco en tanto que motor, consume más de lo que produce, sobre todo en las formas avanzadas. La asistencia médica, profiláctica de las complicaciones, será un campo de acción algo fructuoso.

El diagnóstico precoz, que no es sino la consecuencia de la competencia profesional especializada, es uno de los grandes medios para detener la producción de esta clase de dolencias.

Combatiendo las causas o factores primarios que actúan sobre el individuo sano, se hace la Medicina preventiva. En el caso de los cardio-renales las causas son múltiples.

En lo que respecta a la profilaxia de las enfermedades cardíacas, será menester evitar el reumatismo, en primer término, la poliartritis, la corea, la amigdalitis, la faringitis, el eritema nudoso, la sífilis, las infecciones bacterianas a estreptococo viridans; los trastornos de la tiroides (hiper e hipotiroidismo), los tóxicos, la diabetes, la hipertensión, la anemia, etc.

En cuanto a la infección reumática mencionada en primer término, es debida según estudios modernos, a un estreptococo que pulula en las amígdalas y que evoluciona clínicamente como un reumatismo poliarticular que pasa, pero la infección queda latente, evolucionando posteriormente una endocarditis de la misma naturaleza. Es un error, pues, creer que pasado el ataque poliarticular, queda curada la afección, y aún muchas veces puede el reumatismo evolucionar primitiva y únicamente en el miocardio, formando el reumatismo cardíaco evolutivo como lo describe Bezancon.

Para las enfermedades renales hay que evitar las infecciones, intoxicaciones y auto-intoxicaciones. Entre las infecciones: la sífilis, la tuberculosis, las supuraciones crónicas, la difteria, el sarampión; entre las intoxicaciones: el plomo, el mercurio etc.

Para la glomérulo-nefritis difusa: las infecciones producidas por los estreptococos, (anginas, infecciones amigdalares, escarlatinas), el reumatismo, la púrpura, la crisipela, la neumonía, el paludismo, la tifóidea, etc.

Para las esclerosis renales: todos los factores esclerosantes: lúes, abuso del tabaco y tóxicos, auto-intoxicaciones, en una palabra la intensidad de la vida.

Se ve por este resumen etiológico, la variabilidad de los factores y la variada manera de actuar de ellos; la variedad de formas clínicas que produce un mismo agente etiológico, como la variedad de agentes etiológicos que producen una misma forma clínica.

EL CONTROL PROFILACTICO DE LOS CARDIO-RENALES

La profilaxia de los cardio-renales debe hacerse, desde antes que el nuevo ser venga al mundo, procurando que los individuos se adapten con su ambiente, para tener el estado rígido.

Hay que evitar que el nuevo individuo venga al mundo con taras constitucionales (no diatésicas), que le imprimen los estigmas de la degeneración, y lo hacen posteriormente fácil presa de las infecciones y de las intoxicaciones.

En el grupo de las enfermedades que estudiamos, la sífilis, la tuberculosis, son otras tantas taras patológicas que determinan inferioridades cardiorenales.

En este momento la lucha social profiláctica consistiría en favorecer los factores progénicos del mejoramiento racial, en favorecer en una palabra la *eugenesia*.

Durante el periodo *maternológico*, se prescribiría la higiene y profilaxia corriente del embarazo. Durante el parto: la asistencia técnica especializada y la protección social de la maternidad.

En el momento *nipiológico* habrá que favorecer sus 4 características sociales: alimento, sueño, aereación e iluminación.

La frecuencia de las afecciones cardio-renales en este momento es mínimo; solamente se observan algunas formas atenuadas y atípicas. El riñón escleroso va siendo más frecuente a medida que se avanza en edad, así como la llamada pedonefritis; en cambio las afecciones valvulares congénitas del corazón son frecuentes y se acompañan de retraso del desarrollo corporal y psíquico del infante.

Pero la etapa *nipiológica* es frecuente en infecciones (escarlatina, sarampión, viruela, etc), por la propensión que tienen los niños de introducir en su boca todo lo que encuentran. También son frecuentes en esta edad las Infecciones de origen fecal (Schewitz).

Es en el periodo *hominológico*, que establecido el equilibrio metabólico del sujeto, actúan los factores cósmico-sociales, sean todas las causas morbígenas antes enumeradas; las tóxicas (alcohol, tabaco, estupefacientes, cocainismo tan frecuente en nuestro medio) y otras que lesionan el corazón y el riñón. En este período de la vida, en que el individuo se desarrolla en todos sentidos, viene a actuar sobre él, el trabajo, que es fundamentalmente un problema médico-social, en que el hombre representa el primer elemento de producción. Es en este momento de la vida, que la misma agitación de ella, crea o desarrolla las enfermedades cardiacas que permanecían en latencia; el motor humano no puede rendir ya el máximo de energía, a pesar de ser entre los motores, el que rinde más.

El medio ambiente en el que se trabaja determina muchas enfermedades renales, que podían llamarse profesionales (intoxicaciones por el plomo, arsénico, mercurio etc).

Debe reglamentarse el trabajo, conforme las aptitudes físicas y biológicas del individuo, procurando trabajos moderados, en que se realice poco esfuerzo muscular, para aquellos sujetos en que se haya diagnosticado una lesión cardiaca o renal incipiente o para los que estén un poco más avanzados.

Hay sujetos portadores de diversas cardiopatías, de nefritis hipertensiva, glomérulo-nefritis difusa, dedicados a rudos trabajos: albañiles, peones, chauffeurs, veladores de hospital; sujetos que tienen disnea de esfuerzo nocturna o asma cardiaca y que trabajan en abierta pugna con los preceptos de la Higiene Social.

En estas condiciones, aún cuando la impulsión motora de todo trabajo parte del cerebro, el sobre-esfuerzo que se pide, sobrepasa el rendimiento biológico, viniendo entonces la quiebra funcional, la *debacle* orgánica. Hay que repartir humanitariamente el trabajo, hay que hacer lo que Giovanni Loriga llama la organización humana del trabajo; repartirlo según las energías y según los rendimientos, pues, que la producción del trabajo, está ligada íntimamente a la salud del trabajador.

Hay que establecer una profilaxia general, que en estos casos será de las infecciones, intoxicaciones y auto-intoxicaciones, hay que prescribir los movimientos y ejercicios moderados, ya que ésta es la manera de exitar el miocardio; hay que formular regímenes alimenticios moderados, proclamar la restricción de bebidas alcohólicas y de sustancias tóxicas y evitar las emociones.

Hay que vigilar el embarazo en las cardíacas, pues, que éste estado pide un sobre-esfuerzo funcional, que puede llevar a la insuficiencia del órgano, procurando mantener una cardiopatía en estado de compensación y evitar el desfallecimiento, tal como lo planteó el profesor Martinet.

Hasta los débiles constitucionales cardíacos, como son la mayoría de los tipos hiposfíxicos creados por Martinet, son susceptibles de un entrenamiento y un ejercicio moderado, que asociado al régimen, puede corregir el trastorno. En estos casos se aconsejará la cura mioterápica o kinesiterápica, agregando la hidroterapia. De esta manera dice Heckel, el ejercicio muscular metódico y progresivo, mantiene la función cardíaca normal y la restablece cuando ella está desviada.

En la lucha social contra esta clase de enfermedades cobra enorme importancia, la *propaganda* y la *educación*.

La educación y vulgarización de la manera como se contraen estas enfermedades; de la influencia que tienen en su producción las infecciones endógenas y exógenas, etc. son elementos que, convenientemente difundidos y encarados por la Medicina Social, que es la ciencia que vulgariza y sintetiza los resultados científicos (Tropeano), ayudan a disminuir la morbosidad y mortalidad humanas, mejorando y prolongando la vida.

Es también necesario vulgarizar la patogenia de estas enfermedades por medio de conferencias, conversaciones, proyecciones cinematográficas etc., que llevan la luz a aquellos que la necesitan.

En Norte América se han creado numerosas Asociaciones para las enfermedades del corazón, que rápidamente han esparcido y recogido frutos benéficos en el territorio de la Unión.

Como ejemplo de Asociaciones de esta clase se puede citar la "American Heart Association", incorporada en 1935 a la "New York Association for the prevention and relief of Heart Disease".

Para los norte americanos, el problema de esta clase de enfermedades, tiene tanta importancia como el de la tuberculosis, siendo aún la lucha social mucho más difícil. Por eso se han fundado Asociaciones sociales en Boston, Chicago, Filadelfia, Indiannapolis y en el Canadá, habiendo una oficina central que supervigila la actividad de los grupos, para asegurar su eficiencia intelectual y así suprimir las actividades inútiles. Ella ofrece oportunidades a los médicos, a los trabajadores

sociales y a las organizaciones de la salud pública, para obtener demostraciones prácticas de los métodos que se han hallado efectivos en la organización del mecanismo para la prevención de las enfermedades cardíacas. Ella imprime y distribuye folletos en que se contemplan los aspectos: social, económico y médico del problema cardíaco. Por último, facilita un apoyo moral y pecuniario a los pacientes afectados de esas enfermedades y procura su internación en clínicas especiales.

El problema se ha encarado con la amplitud debida en otros países, y con resultados bastante halagadores. Si en igual forma se contemplase en el Perú y se abogase por su solución, seguramente se habría dado un paso médico-social de mucha importancia.

La Enfermedad de los Andes

(SINDROMES ERITREMICOS)

Por el Dr CARLOS MONGE
y sus colaboradores

(Continuación)

ADAPTACION. — INADAPTACION. — DESADAPTACION.

Hagamos resaltar, que hasta el presente, se ha empleado, por los fisiólogos que abordaron el estudio de la vida en las grandes alturas, un sólo término: aclimatación, sin fundamento suficiente. Mejor hubiera sido emplear los términos que proponemos, que no prejuzgan sobre un resultado final al que a veces no se llega, porque en realidad la permanencia de dos o tres meses en las grandes alturas no significa necesariamente que el hombre se haya aclimatado, aunque aparentemente haga una vida normal. Es la suma de procesos adaptivos, entre los cuales debe figurar, en primera línea, el influjo ancestral de los siglos, lo que lleva al nativo de nuestras altiplanicies a la aclimatación. El indio nace aclimatado, vive aclimatado. Pero del recién llegado apenas si puede decirse que está adaptado a la vida nueva de la altura. Generalmente está inadaptado mucho tiempo, en mayor o menor grado. Pero también el nativo puede perder su aclimatación. Y, con mayor razón, el residente. Tales sujetos se desadaptan.