

INTOXICACION POR BARBITURICOS

por el

DR. VÍCTOR GONZÁLEZ MENDOZA

Los barbitúricos son sustancias derivadas del ácido barbitúrico, descubierto por Emil Fischer al combinar la urea con ácido malónico o su éster.

Los estudios químicos de estas sustancias han permitido la síntesis de una inmensa cantidad de compuestos que tienen por acción farmacodinámica la de producir una sensación de alitud, somnolencia y sueño. Se diferencian de los narcóticos y de los analgésicos en que no disminuyen el dolor, a menos que la dosis sea lo suficientemente grande como para producir hipnosis. Según algunos autores, la administración de un barbitúrico para abolir un dolor, lejos de quitarlo, lo aumenta. Salter trae la siguiente ecuación:

$$\text{dolor} + \text{hipnótico} \longrightarrow \text{delirio}$$

El haberse convertido estas sustancias en los hipnóticos de moda y ser—a pesar de las restricciones legales—libre su expendición, obligan a quienes las recetan a estar alertas ante cualquier posible manifestación tóxica.

Las estadísticas crecen cada día en cuanto a las muertes accidentales o provocadas por el mal uso de los barbitúricos. Siete por ciento de los suicidios en Estados Unidos se deben a estas drogas.

Los barbitúricos se emplean hoy con más frecuencia en nuestra especialidad. Ello nos ha movido a los siguientes comentarios en relación a los síntomas de intoxicación y a los recursos terapéuticos empleados hoy para combatirlos.

Intoxicación.—Esta puede presentarse de modo accidental en el curso de su uso terapéutico, o bien ser provocada. Se divide en aguda y crónica.

Aguda.—Los síntomas se refieren en especial al aparato cardiovascular y sistema nervioso.

Cuando la intoxicación se ha desarrollado, son características la letargia, el sueño profundo o el coma y la muerte por parálisis del centro respiratorio.

Intoxicación crónica.—Esta puede presentarse con el uso continuado de barbitúricos en dosis que permiten la acumulación de los efectos tóxicos. Los síntomas son: somnolencia, retardo mental, lenguaje incoherente, confusión mental. Además, pueden presentarse: vértigo, nistagmo (espasmo de los músculos motores del globo ocular, que permiten a éste movimientos involuntarios en todas direcciones), anorexia, estreñimiento, urticaria. Se ha acusado al fenobarbital de producir erupciones en la lengua.

Tratamiento.—Para la intoxicación aguda. Aun en los casos de haberse ingerido grandes cantidades de barbitúrico y encontrarse el paciente en un estado de intensa depresión, es necesario el lavado gástrico para extraer los restos de tóxico sin absorber y dejar en el estómago un purgante salino.

Se instituye luego el tratamiento que Salter llama de *sostén*. Cuando los centros respiratorios están deprimidos, se hace necesaria la respiración artificial. La persistencia de cianosis obligará a la oxigenoterapia. Se aconseja, para evitar el enfriamiento del cuerpo, la inyección de solución de glucosa al 50 por 100.

El tratamiento que pudiéramos llamar específico se hace a base de *analépticos*: cafeína con benzoato de sodio, en dosis de 0,5 g. cada cuatro horas; sulfato de efedrina, en dosis de 25 mg. El remedio que hasta hace poco se consideró de mayor eficacia es la picrotoxina (sustancia obtenida de un arbusto de las Indias Orientales). En los pacientes ambulatorios, la dosis puede ser de 20 mg. por dos veces, con intervalo de treinta minutos. En hospitales, la mejor dosis es de un g. por minuto, por vía intravenosa.

Un reciente trabajo de A. Shulman y colaboradores ("British Medical Journal") se refiere a la incorporación de dos nuevas sustancias en el tratamiento de la intoxicación barbitúrica aguda:

La BB-metiletilglutarimida (NP13) y el clorhidrato o bromhidrato de 2,4, diamino 5 feniltiazol (DAPT). Según dichos autores, con estas nuevas drogas se puede reducir el índice de mortalidad por intoxicación barbitúrica. En un grupo de 41 casos de intoxicados con barbitúricos se produjo una sola muerte.

El compuesto NP13 ejerce una acción antagónica de los barbitúricos. El DAPT es un excelente estimulante de la función respiratoria; pero, sobre todo, es un sinérgico del NP13.

Ambas sustancias se administran en solución salina, en las concentraciones siguientes: 0,5 por 100 (5 mg. por c. c.), el NP13, y 1,5 por 100 (15 mg. por c. c.), el DAPT. En general, es suficiente una dosificación total de 200 c. c. de NP13 y de 20 c. c. de DAPT.

De acuerdo con dicho trabajo, parece ser que estos dos fármacos representan el mejor tratamiento actual para la intoxicación aguda con barbitúricos.

El tratamiento para la intoxicación crónica consiste, simplemente, en la supresión del agente hipnótico e instituir una terapéutica sintomática y de sostenimiento; a veces se requieren dos o tres semanas para que desaparezcan por completo todos los síntomas.

TRIBUNAL PARA ESTOMATOLOGIA MEDICA DE MADRID

Ha sido designado el siguiente Tribunal que ha de juzgar las oposiciones para la provisión en propiedad de la cátedra de Estomatología médica de la Escuela de Estomatología de la Facultad de Medicina de Madrid:

Presidente: Doctor don Gerardo Zabala Rubio.

Vocales: Doctores don Carlos Jiménez Díaz, don Miguel Sebastián Herrador, don Francisco Díaz González y don José Calvo Blázquez.

Presidente suplente: Doctor don Guillermo Núñez Pérez.

Vocales suplentes: Doctores don Agustín Pedro Pons, don Manuel Valdés Ruiz, don Antonio Aznar Reiz y don Arturo López Viejo. ("Boletín Oficial del Estado" 25-V-1956.)

El nombramiento de este tribunal ha sido últimamente revocado.—(Redacción.)

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

VOL. XI

Núm. 125 (5)

1954

ESTUDIOS ODONTOLÓGICOS EN ESPAÑA

por el

DR. VÍCTOR GONZÁLEZ MENDOZA

En mi reciente viaje a España, con motivo de asistir al I Congreso Hispano-Americano de Odontología, llamó poderosamente mi atención la discusión en torno a la ponencia sobre plan de estudios para una Escuela de Odontología, pues aunque la ponencia no era sino una opinión de cómo debía interpretarse en la actualidad una organización de estudios odontológicos, dió origen a muchas intervenciones y a la exposición de muchos criterios.

De ellas se colegía con toda facilidad la existencia de dos corrientes contrarias: de un lado, quienes abogaban por los estudios puros de acuerdo al plan expuesto; del otro, quienes defendían los estudios odontológicos posteriores a los estudios médicos.

Para otros, sujetos a un plan similar al que rige en las Universidades americanas, despertó mucho interés dicha discusión, pues siempre nos habíamos preguntado el porqué de esta organización y si en verdad es útil desde el punto de vista práctico y justificado desde el científico que una persona, para ser dentista, deba ser previamente médico. De los argumentos expuestos por quienes defendían el sistema que rige en la actualidad los estudios odontológicos en España, ninguno fué lo suficientemente fuerte y concreto que lograra convencernos.

Alguien nos dijo que dicha organización tiende a elevar el prestigio profesional, a darle más personalidad científica al odontólogo español; este argumento es más aceptable desde el punto de vista de la justificación, pero, sin embargo, no excluye que esa misma elevación del prestigio profesional se logra siendo simplemente un *buen dentista*.

Cuando ejercemos nuestra profesión con eficiencia y honradez, cuando dominamos las técnicas, estamos rindiendo una labor positiva y estamos situándonos a la misma altura en dignidad y en prestigio que los otros profesionales.

Los últimos años han sido más que pródigos para el desarrollo de la Odontología; no se puede pensar, hoy por hoy, en obtener un dominio completo de la profesión como se lograba ayer, cuando presenciábamos en la actualidad nuevas y concretas especialidades. Y ante este innegable desarrollo, nos preguntamos: ¿Hasta dónde es posible leer esta profunda disciplina científica en el corto tiempo de dos años? Un profesor de la Universidad Central de Venezuela opinaba como médico, y demostraba con ello su más profunda ignorancia, que la Odontología era carrera de meses; esto hubiera sido verdad en los tiempos de Fouchard, mas hoy es ya imposible impartir una enseñanza completa y lograr que los cursantes salgan con una habilidad suficiente en los cuatro años que prevén casi todos los países americanos.

Quienes hemos tenido alguna experiencia docente comprendemos que ya la Odontología debe cursarse en cinco años; por ello, estamos perfectamente de acuerdo con lo resuelto en la reunión de decanos de las escuelas dentales de América, celebrada recientemente en Buenos Aires, de elevar a cinco años la duración de los estudios de Odontología.

Haciendo abstracción voluntaria de las materias médicas, ¿serían suficientes dos años únicamente para técnicas? Si pensamos que no todos los cursantes tienen la suficiente habilidad manual requerida, que ella es necesario crearla y que tal cosa se logra con un trabajo escalonado, ascendente, gradual, comprendemos fácilmente que es muy corto dicho tiempo.

La operatoria dental, por ejemplo, requiere un esfuerzo creciente: primero, el trabajo sobre modelos; después, sobre pacientes. En Venezuela, donde el alumno cuenta con cuatro años, no adquiere como estudiante la completa habilidad manual en esta rama tan difícil de la Odontología. Recuerdo que un famoso cirujano cubano, hoy médico y ayer dentista, me decía que para él resultaba más fácil una intervención quirúrgica abdominal, por ejemplo, que una preparación M-O-D.

Es innegable la situación ventajosa de la organización de la Facultad en España en cuanto al dominio de las clínicas médicas ne-

cesarias a nuestra especialidad. Pero si pensamos con un criterio utilitario tenemos que concluir que es más útil formar dentistas con pleno dominio de sus técnicas. Y crear para el médico interesado los estudios estomatológicos, como creo se hace en Francia.

La necesidad de ser médico para estudiar Odontología limita, a mi juicio, el estudio completo de ésta, expone a sus egresados a un dominio pobre de las técnicas, y resta la energía de los mejores años en estudios que serán de escaso interés para quien abrigue dedicarse, por ejemplo, a los problemas protéticos.

Como quiera que los breves comentarios esbozados nacieron de la discusión que sobre la enseñanza dental se originó en el I Congreso Hispano-Americano de Odontología, yo me atrevería, con el perdón de quienes tal cosa defienden, a proponer se establezca un plebiscito entre la clase odontológica española, para ver si existen un consenso general que justifique tal organización. Pues los argumentos expuestos en dicha oportunidad y los comentarios personales que pude recoger señalan un gran desacuerdo sobre dicho sistema.

De ser positiva dicha encuesta, establezcamos entonces una discusión entre los países que poseen otros sistemas, pues es conveniente no que la Odontología se unifique en cuanto a plan de estudios, sino que la enseñanza se ubique dentro de las características que el desarrollo y la experiencia señalen, pues carece de sentido lógico que las condiciones básicas para ser odontólogo varíen al unísono de las diferencias geográficas.

Mesencefalotomía en el tratamiento del dolor facial intratable, por el Dr. E. Spiegel ("Arch. of Neurol and Psych", 1953, 69, 1).

En algunos casos, el dolor facial resiste a todas las terapéuticas; esto sucede especialmente en el tic doloroso, del que los autores han tratado tres casos resistentes a una neurectomía retrogasseriana. En total, han tratado seis casos de dolor facial persistente, mediante la lesión electrolítica con un estereocéfalo-tomo, en las vías sensitivas del mesencéfalo, solamente o combinada con la lesión de los núcleos dorsomediales del tálamo (mesencéfalo-talamotomía). En dos de los casos se ha obtenido una supresión completa del dolor. En otro de los casos se produjo una recidiva pasajera a los tres años de la intervención. Los enfermos han sido operados demasiado recientemente para poder asegurar el resultado. El sexto enfermo, con dolor talámico, sólo mejoró durante cuatro meses, probablemente por ser incompleta la interrupción de las vías conductoras del dolor.