

Información varia

V CURSO DE FORMACION DE "TECNICAS" EN BIOQUIMICA CLINICA

Organizado por el Departamento de Tecnología-Médica y el Servicio de Bioquímica del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo

Barcelona: 1 de octubre de 1970 - 30 de septiembre de 1971

INFORMACION GENERAL

FINALIDAD DEL CURSO

El Departamento de Tecnología-Médica y el Servicio de Bioquímica del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, organizan el V Curso de Formación de "Técnicas" en Bioquímica Clínica".

El Curso tendrá una duración de un año, a lo largo del cual las cursillistas recibirán clases, diariamente, en el Servicio de Bioquímica.

El Curso será eminentemente práctico, ya que sólo así puede conseguirse la adecuada formación de una "técnica" en Bioquímica clínica que puede definirse como:

"Aquella persona que poseyendo unas condiciones y estudios apropiados y previa capacitación adecuada, es capaz de efectuar con el máximo rigor técnico las determinaciones de un laboratorio de Bioquímica, bajo el control, dirección y responsabilidad del médico".

INSCRIPCION

La solicitud de inscripción se realizará en la hoja de inscripción que adjuntamos.

PLAZO DE INSCRIPCION

Las solicitudes de inscripción podrán remitirse hasta el día 15 de septiembre al jefe del Departamento de Tecnología-Médica del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, avenida San Antonio María Claret, 167, Barcelona (13).

DERECHOS DE INSCRIPCION

Los derechos de inscripción serán de 3.500 pesetas que deberán abonarse en el Departamento de Tecnología-Médica, al iniciarse el Curso.

NUMERO DE PLAZAS

El número de plazas será limitado a 20.

PRUEBA DE APTITUD

De las solicitudes de inscripción recibidas se realiza una previa selección.

A partir del día 1 de octubre, las señoritas seleccionadas serán convocadas para realizar una prueba de aptitud, que constará de un examen escrito sobre cuestiones elementales, y de una entrevista personal con el director del Hospital, o persona delegada, director del Servicio, jefe del Departamento de Tecnología-Médica y secretario del Curso.

DIPLOMA

Al final del Curso, las cursillistas que hayan demostrado un buen aprovechamiento en las clases prácticas y hayan pasado satisfactoriamente los sucesivos exámenes, recibirán un diploma de "Técnicas" en Bioquímica clínica del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.

SECRETARIA DEL CURSO

Señorita María Dolores Macías.
Departamento de Tecnología-Médica.
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.
Teléfonos 2364113 y 2559484.
Horario: De nueve a catorce horas.

IV SIMPOSIO DE ASMA BRONQUIAL

IV Simposio de Asma Bronquial, organizado por el Servicio de Alergia de la Seguridad Social de Baleares que dirige el doctor Cortada Macías, el próximo día 7 de diciembre, en la Residencia Sanitaria de Palma de Mallorca.

Colaboran al mismo los siguientes doctores que expondrán los siguientes temas:

Primera parte, dedicada a una miscelánea de actualización alergológica:

Profesor Segovia de Arana: "Concepto actual de los fenómenos de hipersensibilidad".

Doctor Domínguez Lázaro: "Alergia a medicamentos. Clínica y métodos diagnósticos".

Doctor Pérez Guerrero: "Tratamiento hiposensibilizante del asma bronquial primario".

Doctor Guy Trinquet: "Le rol de l'allergie dans les bronchites croniques".

Doctor Ojeda Casas: "Alergia alimentaria. Clínica, diagnóstico y tratamiento".

Doctor Blamautier: "Le rol de l'équilibre acide-basique dans les affections allergiques".

Segunda parte, dedicada al diagnóstico diferencial del asma:

Doctor Agustí Vidal: "Diagnóstico diferencial, fisiopatológico y funcional del asma con otras bronconeumopatías crónicas disneizantes".

Doctor Albert Oehling: "Aspecto alergológico del diagnóstico diferencial del asma".

Doctor Estada: "El estudio del paciente asmático por pletismografía corporal".

Doctor López Botet: "El estudio de la secreción bronquial en el diagnóstico diferencial del asma".

Doctora M. L. Subira: "Consideraciones al diagnóstico "in vitro" del asma bronquial".

SOCIEDAD EUROPEA PARA EL ESTUDIO DE LA FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA (SOCIETAS EUROPEAE PHYSIOLOGIAE ET CLINICAE RESPIRATORIAE)

Circular núm. 6 - septiembre de 1970

I. PALABRAS DEL PRESIDENTE

II. INFORME DEL TESORERO

III. CALENDARIO

IV. PALABRAS-CLAVE EN FISIOLOGIA RESPIRATORIA

I. PALABRAS DEL PRESIDENTE

Después de la Asamblea General celebrada en Bochum el mes de diciembre último, la Sociedad ha tenido dos reuniones importantes, una en Tirana y otra en Budapest.

La primera fue consagrada a la circulación pulmonar y más especialmente a los fluidos intrapulmonares, contando con la asistencia de muchos colegas americanos. Las numerosas comunicaciones abordaron problemas difíciles, para los que utilizaban técnicas que exigían medios materiales importantes y complicados cálculos. La segunda, por el contrario, tuvo como temática algo vasto y bien conocido: el síndrome obstructivo. A pesar de ello, muchas de las comunicaciones aportaron nociones originales e informaciones inéditas.

Hemos de lamentar que, en ambas reuniones, el número de participantes haya sido demasiado reducido y que el ante-programa se haya repartido ya muy tarde. En ambos casos, los medios puestos en juego por los organizadores han sido de gran importancia, siendo de lamentar que un número muy reducido de miembros de la Sociedad se haya podido aprovechar de ellos. El comité ejecutivo tomará las medidas oportunas para que en 1970 los ante-programas se envíen a los miembros con la antelación y el detalle necesarios.

Antes de que termine este año se celebrarán dos importantes reuniones patrocinadas por la sociedad; los días 12 al 14 de octubre, en Rabka, y del 9 al 11 de noviembre, en Berlín. La "función respiratoria del niño sano y asmático en edad escolar", será el tema del Simposio a celebrar en las proximidades de Cracovia, organizado por el profesor Rudnik, con la ayuda del profesor Geubelle, delegado por el comité. Los "injertos pulmonares", tema de gran amplitud, reunirá en Berlín —bajo la dirección del profesor Bucherl, ayudado por el doctor Widimsky, delegado por el comité— un número muy elevado de miembros de la Sociedad.

Los días 18 al 20 de diciembre, la octava serie de "conversaciones" agrupará a los especialistas en mecánica respiratoria, y en los primeros días del mes de octubre, la sociedad alemana estudiará los complejos problemas de la sobrecarga. Aunque no están patrocinadas por la Sociedad Europea de Fisiopatología Respiratoria, estas dos reuniones serán nuevas ocasiones de reencuentro y por ello, motivo de satisfacción para los miembros de la sociedad.

En 1971, la Sociedad va a patrocinar tres reuniones importantes: en Góteborg del 2 al 4 de junio, consagrada a la "Adaptación respiratoria al

ejercicio en las afecciones respiratorias"; en Varna, del 18 al 20 de septiembre, sobre "Controles funcionales respiratorios y reeducación", y en Lovaina, en el otoño de 1971, sobre "Neumoconiosis". Finalmente, rogamos a los miembros que tomen nota de que la Asamblea general de la Sociedad ha de reunirse en Oxford en el mes de septiembre de 1973.

Aunque este programa ya resulte un tanto cargado, no hemos de olvidar la creciente actividad de los grupos de trabajo especializados, particularmente en el dominio de los "intercambios gaseosos" y en el de la "mecánica respiratoria".

Para la totalidad de estas reuniones, parece necesario que se presenten trabajos originales y no repeticiones de cosas ya publicadas. Las observaciones comunicadas deben ajustarse a los temas propuestos por los comités organizadores. Con el fin de unificar la presentación, las normas generales se encuentran ahora en estudio por el comité ejecutivo y aparecerán en una próxima circular. Estas normas son simplemente para simplificar la comprensión de las comunicaciones y evitar la multiplicidad de trabajos similares con idénticos resultados, que constituye una verdadera plaga en las reuniones y publicaciones médicas actuales. Esperamos la colaboración de todos.

II. INFORME DEL TESORERO

Los miembros de la Sociedad de Fisiopatología Respiratoria que aún no han pagado su cuota anual para 1970, están invitados a dirigir el equivalente a seis dólares norteamericanos al tesorero, cuya dirección es:

Eur. Soc. Clin. Resp. Phys.
Aaccount nr. 57.00.14.204.
Algemene Bank Nederland.
Groningen - Netherlands (Holanda).

Para evitar complicaciones administrativas inútiles, es conveniente que la totalidad de los miembros estén al corriente de sus cuotas anuales.

En una próxima circular, el tesorero rendirá cuentas de la gestión financiera de la Sociedad durante 1970.

III. CALENDARIO DE LAS REUNIONES DE LA SOCIEDAD DE FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA

1970: REUNIONES PATROCINADAS POR LA SOCIEDAD

12-14 octubre:

Simposio sobre "Fisiopatología Respiratoria de los niños". Rabka (Polonia).

Presidente del comité organizador: Profesor adjunto Jan Rudnik.

Delegado del comité ejecutivo: Profesor Geubelle. Lieja (Bélgica).

Idiomas oficiales: inglés y francés; no existiendo traducción simultánea.

9-11 noviembre:

Reunión sobre "Trasplantes pulmonares". En Berlín.

Presidente del comité organizador: Profesor Bucherl. 1000 Berlín 19 c./o. Klinikum (Alemania Oeste).

Delegado del comité ejecutivo: Profesor Widimsky. Praga (Checoslovaquia).

Lenguas oficiales: Alemán, inglés y francés. Existe traducción simultánea.

REUNIONES ANUNCIADAS POR LA SOCIEDAD:

18-20 septiembre:

Nancy: Octava serie de las "Conversaciones sobre Fisiopatología Respiratoria" que tratará de las "Propiedades mecánicas tóraco-pulmonares en el hombre".

La secretaria en el apartado de correos (Boîte postale) núm. 65 -54-Nancy-01.
Idiomas oficiales: francés, inglés y alemán: Existe traducción simultánea.

2-3 octubre:

Bochum: Reunión anual de la "Sociedad Alemana de Fisiopatología Respiratoria".

El tema será: "La sobrecarga pulmonar" y comunicaciones libres.

Secretariado: 463-BOCHUM-Hunscheidtstr, 12, Alemania.

Lengua oficial: Alemán.

1971: REUNIONES PATROCINADAS POR LA SOCIEDAD

2-4 junio:

Göteborg: "Adaptación al ejercicio en las enfermedades respiratorias".

Simposio patrocinado por la Universidad de Göteborg y la Sociedad Sueca de Fisiopatología Respiratoria.

Presidente del comité organizador: Gösta Birath y Arne Carlsten.

Delegado por el comité ejecutivo: Bror Soderholm.

Idioma oficial: el inglés. El francés y el alemán, tolerados, pero no existe traducción simultánea.

18-20 septiembre:

Varna: "La reeducación respiratoria y sus medios de control".

Presidente del comité organizador: Doctor B. Pavlov.

Calle de Nestorov, núm. 19. Sofía (Bulgaria).

Lenguas oficiales: francés, inglés, búlgaro y ruso.

Traducción simultánea.

Otoño de 1971:

Lovaina: "Funciones respiratorias en los neumoconiosis".

Presidente del comité organizador: Profesor F. Lavenne.

IV. PALABRAS-CLAVE EN FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA

Las revistas especializadas en Fisiología y Neumología tratan de multiplicar las palabras-clave destinadas a facilitar la investigación bibliográfica en el dominio de nuestra especialidad. Parece indispensable disponer de un número suficiente, pero no excesivo, de palabras-clave. El doctor Saunier (Unidad 14, Fisiopatología Respiratoria, Inserm, Apartado de Correos - Boîte postale-65, 54-Nancy-01) está especialmente interesado en este problema y agradecería todas las sugerencias que se le hicieran en este sentido, por lo que desearía recibir cuantas palabras-clave quieren enviarle los miembros de la Sociedad que estén interesados en el problema.

PROPUESTA DE MODIFICACION DE ESTATUTOS DE LA S.E.P.A.R.

Artículo 5.º: **Dice:** "La Sociedad Española de Patología Respiratoria estará regida por una Junta Directiva compuesta por un presidente, un vicepresidente, un secretario, un tesorero y ocho vocales: los cuatro presidentes y vicepresidentes de las Secciones de Trabajo. La renovación del cargo de presidente se hará todos los años y será ocupado automáticamente por el vicepresidente, que desde el momento de su designación será considerado como presidente electo. La vacante de vicepresidente de la Junta Directiva se cubrirá entre uno de los cinco presidentes de las Secciones de Trabajo, por turno rotativo, para que, en su día, todos ocupen la presidencia de la Asociación".

Debe decir: La Sociedad Española de Patología Respiratoria estará regida por una **Junta de Gobierno** compuesta de un presidente, un vicepresidente, un secretario, y un vicesecretario-tesorero. La Junta de Gobierno, junto con los 10 presidentes y vicepresidentes de las cinco Secciones de Trabajo, constituirá la **Junta Directiva**. La Junta Directiva, más todos los presidentes de honor y ex presidentes de la SEPAR, constituirá la **Junta Consultiva**.

Todos los cargos de la Junta Directiva se someterán a elección. Su duración será de dos años y no serán reelegibles inmediatamente para el mismo cargo. Excepción a esta regla son los cargos técnicos y administrativos de la Junta de Gobierno (secretario y vicesecretario-tesorero) que se elegirán cada cuatro años y podrán ser reelegidos. Los años pares se elegirán el vicepresidente de la SEPAR y los vicepresidentes de todas las Secciones, y los años impares el presidente de la SEPAR y los presidentes de todas las Secciones. Los cargos de secretario y vicesecretario-tesorero de la Junta de Gobierno se elegirán alternativamente cada dos años, siendo por tanto su duración de cuatro años. Los candidatos podrán ser elegidos entre la terna que presente la Junta Consultiva y cualquier otro miembro de la SEPAR, con la única condición **de tener una antigüedad mínima de tres años** en la SEPAR y de comunicarlo a la Secretaría Técnica con la debida antelación. Caso de producirse una vacante en cualquiera de los cargos, y por cualquier circunstancia, se obligará a una elección para cubrirla, pudiendo la Junta de Gobierno nombrar provisionalmente a un miembro para desempeñarlo en espera de la próxima Asamblea.

Artículo 6.º: **a) Dice:** "Los asuntos rutinarios y de trámite serán resueltos por el presidente, secretario y tesorero, que actuarán, etcétera".

Debe decir: Los asuntos rutinarios y de trámite serán resueltos por la Junta de Gobierno que actuará como comisión ejecutiva permanente de la Junta Directora.

c) Dice: "Serán de incumbencia de la Junta General de Socios, en convocatoria ordinaria o extraordinaria, los siguientes asuntos:

Elección de Junta Directiva."

Debe decir: Elección de cargos por la Junta Directiva.

Debe suprimirse la última línea, "modificación de los presentes estatutos".

Y añadir:

d) Será de incumbencia de la Junta Consultiva la presentación de los candidatos a las elecciones y el estudio y aceptación de la modificación de los estatutos.

e) Para la modificación de los presentes estatutos se requerirá:

1.º La propuesta firmada por un mínimo de 50 miembros.

2.º Figurar en el orden del día de una convocatoria, para lo cual la citada

propuesta deberá presentarse a la Secretaría General con la antelación mínima de un mes a la fecha de la siguiente Asamblea Ordinaria.

Artículo 8.º: **Dice:** "La Junta General de Socios se reunirá también en convocatoria ordinaria al menos una vez al año, coincidiendo con un Congreso Nacional de Patología Respiratoria."

Debe decir: La Junta General de Socios se reunirá también en convocatoria ordinaria, al menos siempre que tenga lugar un Congreso Nacional de Patología Respiratoria.

Barcelona, junio, 1970

Acta provisional de la Reunión de la Junta General de la S.E.P.A.R.

San Sebastián, 20 de junio de 1970

Se inicia a las doce y media, bajo la presidencia del doctor Carmelo Gil Turner y la de honor del doctor Francisco Coll Colomé, y demás componentes de la Junta Directiva. Asisten en total más de un centenar de miembros.

Lectura y aprobación del acta de la sesión anterior

El secretario general, doctor Agustí, dio lectura al acta de la sesión anterior, que es aprobada.

Lectura de la Memoria de la Secretaría General

Se da por leída, toda vez que se repartió un ejemplar de la misma a todos los presentes.

Lectura y aprobación de la Memoria de la Tesorería

El doctor García-Echevarría procedió a la lectura de la Memoria de la Tesorería y estado de cuentas, que son aprobados.

Proyecto de modificación de los presentes Estatutos

Se procede a la lectura del proyecto de modificación de Estatutos, elaborado por la Comisión de la Junta Directiva encargada de estudiarlos. Dicho proyecto había sido discutido y aprobado en las reuniones de la Junta Directiva que tuvieron lugar en Madrid en el mes de abril y en San Sebastián el día 18 de junio, del año en curso, y remitido con antelación a todos los miembros de la Sociedad. Es discutido punto por punto, haciéndose las objeciones y enmiendas pertinentes, quedando después de las mismas redactado tal como figura en el anexo número uno que se adjunta a esta acta. Entre los que intervinieron en la discusión, figuran los doctores París, Martínez de Salinas, Estada, Duplá, Cornudella, y Guerra Sanz, a cuyas preguntas contestan los doctores Gil Turner y Agustí Vidal.

Renovación parcial estatutaria de la Junta Directiva

El secretario, doctor Agustí, da lectura a las conclusiones que habían sido

aprobadas por la Junta Directiva respecto a esta renovación y que eran las siguientes:

1.^a Teniendo en cuenta las gestiones pendientes de resolución que está realizando la presidencia en pro del papel docente de nuestra Sociedad, y en espera de la aprobación por la superioridad de esta modificación de Estatutos que acabamos de aprobar, proponemos a ustedes, con arreglo a los Estatutos actualmente vigentes, la reelección del doctor Carmelo Gil Turner durante un año, cubriendo este período delicado de transición.

2.^a Que el actual vicepresidente, doctor Tello, pase desde este momento a ser presidente electo de la Sociedad.

3.^a Que se someta a elección el cargo de vicepresidente de la Junta de Gobierno que deja vacante el doctor Tello. Dicho cargo tendrá una duración de dos años, ya que en 1972, y con arreglo a las modificaciones estatutarias, sería preceptiva su renovación. A este respecto, la Junta Directiva presenta una terna entre los cinco presidentes de sección."

Esta proposición de la Junta Directiva, sin embargo, no es aceptada por la Asamblea, dando lugar a una movida discusión en la que intervinieron, entre otros, los doctores Tello, Duplá, López-Merino y Martínez de Salinas, siendo contestados por parte de la Junta Directiva por los doctores Gil Turner, Agustí, García-Echeverría, Alix y Coll.

Finalmente, se decide la aplicación estricta de los Estatutos y se desestiman las proposiciones de la Junta Directiva. De esta manera cesa como presidente el doctor Carmelo Gil Turner, de Bilbao, y pasa a ocupar la presidencia el hasta ahora vicepresidente, doctor Francisco Tello Valdivieso, de Zaragoza. Siguiendo el automatismo indicado por estos mismos Estatutos, el actual presidente de la Sección de Fisiopatología respiratoria doctor Fernando Lahoz Navarro, pasa a ocupar la vicepresidencia de la Junta de Gobierno, siendo desestimada la resistencia del interesado para ocupar este cargo. Su vacante es ocupada por el hasta ahora vicepresidente de esta sección, doctor Raimundo Cornudella Mir, de Barcelona, y se somete a elección el cargo de vicepresidente de la misma, resultando elegido el doctor Vicente López Merino, de Valencia. La Junta Directiva queda, pues, constituida como sigue:

JUNTA DE GOBIERNO

Presidente: Doctor don F. Tello Valdivieso (Zaragoza).

Vicepresidente: Doctor don F. Lahoz Navarro (Madrid).

Secretario general: Doctor don A. Agustí Vidal (Barcelona).

Vicesecretario-tesorero: Doctor J. García Echeverría (Bilbao).

SECCION DE BRONCOLOGIA

Presidente: Doctor don F. Guerra Sanz (Madrid).

Vicepresidente: Doctor don J. López Mejías (Sevilla).

SECCION DE CIRUGIA PULMONAR

Presidente: Doctor don G. Manresa Formosa (Barcelona).

Vicepresidente: Doctor don L. Sagaz Zubelzu (Jaén).

SECCION DE FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA

Presidente: Doctor don R. Cornudella Mir (Barcelona).

Vicepresidente: Doctor don V. López-Merino (Valencia).

SECCION DE NEUMOLOGIA

Presidente: Dr. don J. Zapatero Domínguez (Madrid).

Vicepresidente: Doctor don R. Zumárraga Larrea (Bilbao).

SECCION DE TISIOLOGIA

Presidente: Doctor don J. Alix Alix (Madrid).

Vicepresidente: Doctor don A. Hernández Díaz (Sevilla).

Sede, ponencias y ponentes para los próximos Congresos

Congreso de 1972.—Las Palmas y Tenerife: **primera ponencia:** "Rehabilitación": Ponente designado, doctor J. Guallar Segarra. **Segunda ponencia:** "Asma bronquial" (tratada en forma de symposium): Participantes y moderador, a designar. **Tercera ponencia:** En nuestra anterior Asamblea se habían propuesto como temas quirúrgicos "Traumatismos de tórax" y "Trasplantes pulmonares". La Junta Directiva, y en especial su sección de Cirugía, considera procedente, por una serie de razones que posteriormente son comentadas por el doctor Gil Turner, la posibilidad de sustituir estos temas por el de "Tratamiento médico-quirúrgico del neumotórax espontáneo", lo que es aceptado por la Asamblea, quedando también los ponentes a designar.

Congreso de 1973.—Se da cuenta de haberse recibido la solicitud de organización de dicho Congreso por parte de las ciudades de Badajoz, Oviedo, Málaga-Torremolinos y Valencia. Se procede a la elección de la ciudad, y el resultado de la votación es el siguiente:

Badajoz: 15 votos

Málaga-Torremolinos: 32 votos

Oviedo: 18 votos

Valencia: 12 votos

Queda, pues, elegida la ciudad de Málaga-Torremolinos para la celebración del Congreso de 1973.

Ruegos y preguntas

El presidente saliente, **doctor Gil Turner**, informa a los asistentes que durante su mandato ha creído oportuno nombrar una Comisión de docencia constituida por el profesor Rozman, de Barcelona, y los doctores: Agustí Vidal, Alix Alix, Blanco Rodríguez, Coll Colomé, Gil Turner, Tello Valdivieso y Zapatero Domínguez. Los objetivos de esta Comisión serían los siguientes: Organizar una oficina de información de vacantes, seminarios o cursillos sobre "Avances en Patología respiratoria" y, por lo general, intentar promover el papel de nuestra Sociedad a nivel oficial, por todo cuanto se refiera a formación de posgraduados, titulación de especialistas, cursillos de perfeccionamiento, etcétera. Da cuenta también de las primeras reuniones sostenidas, una de ellas en San Sebastián, el día 19 de junio del corriente año, en la que se acordó organizar para los primeros meses del año 1971 un cursillo en Madrid destinado a médicos generales y profesorado por médicos de la S. E. P. A. R. de varias provincias. Este cursillo, a propuesta del profesor Rozman, llevaría por título el de "Avances diagnósticos y terapéuticos en Neumología".

El **doctor Agustí Vidal** lee las conclusiones a las que ha llegado la mesa redonda sobre **Tabaquismo**, y la carta del director general de Sanidad, doctor García Orcoyen, insistiendo en la importancia de este problema, así como de la polución aérea en general, en el desarrollo de las bronconeumopatías. Se acuerda constituir un "**Comité de actuación permanente de Medicina preventiva de las enfermedades del aparato respiratorio**" que dependa directamente de la presidencia y que cumpla en este sentido una misión de investigación, asesoramiento y docencia.

Se procede también a la lectura del acta del jurado respecto a la adjudicación del **Premio S. E. P. A. R. Congreso de Barcelona**, el cual ha quedado desierto, pero atendiendo a su relativa calidad se acordó conceder un accésit de 10.000 pesetas al trabajo presentado por el doctor Luis Muñoz, sobre "Glucorticoides y asma bronquial".

El **doctor Guallar** propone se dé el pésame al doctor Arranz por la pérdida de su esposa (e.p.d.). Asimismo propone que a la Memoria de la Secretaría técnica se añadan los simposios realizados en Castellón y en Palma de Mallorca, dirigidos por él y por el doctor Cortada, respectivamente.

El **doctor Hernández Díaz** propone como posibles temas de ulteriores Congresos los de "Micosis" y "Virasis respiratorias".

El **doctor Téllez** insiste nuevamente en el pésame al doctor Arranz.

El **doctor Gil Turner** agradece a la Comisión directiva del III Congreso S. E. P. A. R. de San Sebastián el brillante resultado conseguido, y pide que conste en acta la felicitación de la Junta Directiva.

El **doctor Tello** pide que como primer acto de su presidencia se conceda el título de miembro de honor al presidente saliente, doctor Gil Turner, cosa que se acepta por unanimidad.

No habiendo más asuntos que tratar se levanta la sesión a las tres menos quince minutos.

CONFÉRENCIA-COLOQUIO SOBRE "BRONQUITIS CRÓNICA"

El pasado día 25 de septiembre se celebró una sesión científica en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia y Asturias, consistente en la proyección de una película, cedida por los Laboratorios "Beechan", que trataba sobre distintos aspectos de la bronquitis crónica. A continuación, el doctor Guzmán Blanco pronunció una conferencia sobre el tema, que fue seguida de un animado coloquio, en el que intervinieron los doctores López Bermúdez, Jiménez Herrero y Tovar Martín. La sesión concluyó con unas palabras del presidente de la Academia, doctor Pérez Hervada.

La sesión científica estuvo presidida por los doctores Guzmán Blanco, García Baquero-Méndez, Pérez Hervada y Gutiérrez Moyano.

Publicamos a continuación el texto de la conferencia-comentario sobre la película, pronunciada por el doctor Guzmán Blanco.

Esta película ha sido producida en el Brompton Hospital de Londres, uno de los mejores hospitales del mundo dedicados a estudiar las enfermedades del aparato respiratorio, y su objetivo ha sido despertar o avivar la inquietud de todos aquellos individuos con padecimientos respiratorios, en sus fases de comienzo, y lo mismo en los médicos que aún no tienen demasiado en cuenta que un paciente les refiera una sintomatología que se pueda clasificar como bronquitis crónica.

En realidad, esta enfermedad no ha sido tenida en cuenta como afección grave hasta hace relativamente poco tiempo. Después de las discusiones de la primera reunión de Aspen, y sobre todo por el denodado esfuerzo de Fletcher, esta enfermedad continuó estudiándose cada día más.

Hoy se acepta, casi con unanimidad, la definición de Fletcher, aunque con las variantes de tiempo; sean dos o cinco años como quiere, por ejemplo, Sadoul. Por tanto, el problema de saber si un individuo es o no un bronquítico

crónico está prácticamente resuelto; no tanto conocer hasta qué punto le acompañan otras afecciones, como asma o enfisema pulmonar.

Hasta tal grado ha llegado este problema, que se planteó la necesidad de reunir las tres enfermedades en un solo síndrome, llamándolas "bronconeumopatías crónicas no específicas", sean obstructivas o no, sean difusas o no. Este problema está actualmente muy debatido y sobre todo los médicos franceses, con Kourilski, Brille y Galy como cabezas visibles, se oponen a utilizar este cajón de sastre. No es éste el momento de comentar este problema, ya que aquí solamente tenemos que comentar lo que ocurre con las bronquitis crónicas.

La importancia de esta afección podremos juzgarla teniendo en cuenta que, por ejemplo, España presenta la cuarta mayor cifra de mortalidad por bronquitis crónica de Europa y la primera del continente y tendremos en cuenta que Galicia es quizá la que mayor índice presenta. Tenemos un punto de coincidencia. Irlanda, Escocia y Galicia tienen bastante en común además del clima.

DIAGNOSTICO

Ya hemos dicho que la calificación de bronquítico crónico era relativamente sencilla, pero ya lo es muchísimo menos saber si el enfermo que tenemos delante tiene algo más sobreañadido, por lo que vamos a hacer un recuento somero del problema diagnóstico.

En primer lugar necesitamos recurrir a determinadas exploraciones especiales; a las que no siempre está dispuesto a someterse el enfermo, sobre todo si sus molestias no son muy acusadas.

Para el diagnóstico tenemos que partir de una base: ¿cuáles son los problemas de las bronquitis crónicas? Tenemos, en primer lugar, lo que ocurre en la pared bronquial, cambios de la mucosa y, por tanto, en la secreción bronquial, y la infección sobreañadida.

Para determinar el grado de espasmo recurriremos a las pruebas funcionales ventilatorias, en caso de un VEMS por debajo del 60 por 100 haremos pruebas broncodinámicas con un broncodilatador y veremos qué grado de recuperación se logra; si éste no aumenta entre el 10 y el 20 por 100, tendremos que pensar que existe algo más que un espasmo bronquial.

Para explorar el estado de la mucosa es imprescindible recurrir a la endoscopia bronquial, exploración rutinaria en la mayoría de las clínicas, y, además, a la broncografía, que nos permitirá saber si el individuo es portador o no de ectasias bronquiales.

La mejor manera de conocer el grado de infección es hacer una determinación de ácidos ribonucleicos y, después de un tiempo prudencial de tratamiento, verificar si las fibras de esta sustancia se han reducido; naturalmente creemos imprescindible efectuar un cultivo del moco bronquial, aunque quizá el esputo no es fiel reflejo.

En cuanto a la secreción bronquial y su estudio, relativamente reciente, es quizá el avance más importante en los últimos años, de información, que se obtiene del estudio bioquímico del moco bronquial, del que se derivan inapreciables conclusiones para el tratamiento ulterior de la enfermedad y su explicación etiopatogénica.

Resulta de la máxima importancia conocer cuáles son los elementos predominantes en el moco bronquial y, por tanto, su proporción, sean mucoproteínas ácidas, ricas en sulfato o en carboxilos, o bien en mucosas con predominio de grupos metilo. Últimamente se ha resuelto el estudio de los surfactantes en el moco, sin necesidad de recurrir a una biopsia del pulmón, determinando los lípidos del tipo de la lecitina por cromatografía o electroforesis.

La historia clínica del enfermo, minuciosamente tomada, y el estudio detenido de todos los factores que hemos enumerado de un modo muy superficial, nos conducirán a determinar el estado de los bronquios del individuo, para llevar a feliz término una terapéutica eficaz.

TERAPEUTICA

En el problema terapéutico tendremos en cuenta, sobre todo, los factores que agravan su estado inflamatorio bronquial-polución, tabaco, frío, humedad, etcétera.

Nosotros pensamos que la genética es quizá el factor determinante de la mayor parte de las afecciones respiratorias, que son las que estudiamos, hasta el punto de que quizá la mayor parte de los factores estén vinculados a la genética, estructura de las glándulas mucosas y, sobre todo, la actividad de los macrófagos, los máximos responsables de la limpieza bronquial y que quizá por déficit congénito o adquirido no pueden cumplir su misión de modo eficiente. A este factor congénito tenemos que añadir otros como la hipoxemia y la ingestión del alcohol, que se sabe con certeza inhiben la actividad de los macrófagos.

Por tanto, y en primer lugar, debe proscribirse inmediatamente el hábito de fumar, exponerse lo menos posible a las inclemencias del tiempo y no frecuentar aquellos lugares en los que la polución atmosférica es importante (cercañas de fábricas, etcétera).

Es muy importante el problema del frío, porque está demostrado que tanto los bronquíticos como los asmáticos tienen un tiempo de recuperación a la temperatura normal, después de la exposición al frío mucho más prolongado que el de los sujetos normales, y quizá sea esto lo que determine sus agudizaciones ante cualquier enfriamiento.

Luchar contra el espasmo bronquial por todos los medios a nuestro alcance, sobre todo con aerosoles, con broncodilatadores combinados, con mucolíticos, siempre teniendo en cuenta el resultado del estudio previo de la secreción bronquial para determinar cuál es el mucolítico adecuado, según predomine un moco ácido o neutro.

En cuanto a la infección, tendremos en cuenta la permeabilidad de la mucosa, ya que si ésta no es permeable en un grado aceptable, los antibióticos, sobre todo aquellos que necesitan ligarse a las proteínas de la sangre, no pasarán la barrera y, por tanto, será casi inútil su administración. Durante los primeros días de un estado agudo de una bronquitis crónica, la mucosa está en el mejor momento para que su permeabilidad sea perfecta, y tenemos que aprovecharla para administrar antibióticos en las cantidades precisas y suficientes para que en estos primeros días de buena permeabilidad la luz bronquial sea de nuevo esterilizada. Una vez pasada la primera fase de agudización, la mucosa vuelve, aunque no al estado primitivo, sino a constituir una barrera importante al paso de ciertos antibióticos.

Es también importante que cualquier agudización sea cortada inmediatamente, por lo que el enfermo debe ser advertido para que cuando sienta los primeros síntomas se someta a un tratamiento adecuado.

Cuando existen problemas respiratorios más graves, la gasometría es imprescindible y la terapéutica estará en razón de los resultados del laboratorio.

IV SIMPOSIO INTERNACIONAL SOBRE "CINESITERAPIA RESPIRATORIA"

IV Simposio Internacional sobre "Cinesiterapia Respiratoria", celebrado en el Sanatorio de Enfermedades del Tórax de la Magdalena, de Castellón, en colaboración con la S. E. P. A. R., bajo la dirección del doctor don Juan Guallar Segarra.

Los días 2 y 3 de octubre del presente año han tenido lugar en Castellón una serie de conferencias sobre "Cinesiterapia Respiratoria" en la que han participado los mejores especialistas europeos en este problema y que durante estas sesiones han ido exponiendo, y discutiendo, una serie de temas íntimamente relacionados con esta faceta terapéutica en las insuficiencias respiratorias crónicas.

A continuación se exponen los resúmenes de los temas que se disertaron en esta IV reunión internacional y cuyos originales servirán para una monografía que será publicada en breve.

ANATOMIA FUNCIONAL DEL ESQUELETO TORACICO

Doctor J. Alfaro Abreu

El conocimiento anatomofuncional del esqueleto torácico es una de las bases esenciales para la comprensión de las distintas técnicas cinesiterápicas indicadas en la diversa patología respiratoria.

Desde el punto de vista anatómico, la caja o jaula torácica está formada por una serie de elementos que unidos permiten los movimientos necesarios para la función respiratoria.

Dichos elementos son:

1. Elementos óseos constituidos por la columna vertebral, parte dorsal, esternón y costillas.
2. Elementos cartilagosos formados por los cartílagos costales.
3. Articulaciones más importantes que son:
 - a) Articulación de las vértebras dorsales entre sí.
 - b) Articulación contro-esternal.
 - c) Articulación costo-vertebral, formada por la articulación costo-vertebral propiamente dicha y la articulación costo-transversal, y cuyo eje de rotación se hace más sagital a medida que son más inferiores.

Si importante es el estudio anatómico, más importante es conocer la funcionalidad o mecánica del esqueleto torácico.

Esta mecánica se estudia en dos apartados:

1. Mecánica costal. Por medio de los ejes de rotación, planos costales y dimensión del radio de circunferencia de los arcos costales, las costillas en la inspiración aumentan el diámetro antero-posterior por medio de las costillas superiores y el diámetro transversal, sobre todo, por medio de las inferiores, mientras que en la espiración disminuyen dichos diámetros.

Es importante considerar la posición inicial de las costillas, pues su mecánica será menor cuanto más cerca de la horizontal se encuentran; así como las diferentes posiciones del cuerpo.

2. Mecánica de la columna vertebral.

Realiza movimientos de extensión y flexión antero-posterior, rotación e inclinación lateral.

Es importante considerar la influencia que dichos movimientos tienen sobre la posición de las costillas, como por ejemplo en la escoliosis.

Número 1

No hay discusión.

MUSCULATURA TORACO-ABDOMINAL Y SU PAPEL VENTILATORIO **Doctor Francisco Apodaca Elorrieta**

La función principal de la musculatura abdominal es proporcionar a la caja torácica unos movimientos de expansión y retracción que produzcan la entrada y salida de aire de los pulmones.

Estos movimientos se producen en los tres ejes: anteroposterior (de mayor importancia en el casquete superior del tórax), lateral (de mayor importancia en la zona latero inferior del tórax) y vertical (de mayor importancia en base).

Por eso en cada zona del tórax y en cada momento respiratorio: inspiración y espiración, normal y forzada, actuarán un grupo de músculos diferentes.

A) Casquete superior.

1. Inspiración normal.—Intercostales externos y escalenos.
2. Inspiración forzada.—En un plano anterior, esternocleidomastoideo, pectorales mayor y menor. Actuando en un plano lateral, serrato mayor, y en un plano posterior: serrato menor posterior superior, trapecio y romboides.
3. Espiración normal.—Es meramente pasiva.
4. Espiración forzada.—Aquí sólo actúa la buena relajación de la musculatura inspiratoria.

B) Zona costal inferior.

1. Inspiración normal.—Intercostales externos y diafragma.
2. Inspiración forzada.—Serrato mayor, espinosos y diafragma.
3. Inspiración forzada.—Serrato menor posterior interior, recto del abdomen, oblicuo externo e interno, transverso del abdomen e intercostales internos.

C) Base.

El movimiento del diafragma tiene teóricamente dos partes: una primera de propiamente dicha y la articulación costo-transversal, y cuyo eje de rotación se las seis últimas costillas y aumentando así los diámetros antero-posterior y transversal.

Pero para que esto pueda realizarse es necesario que haya una buena relajación abdominal y el diafragma no encuentre obstáculo al descender. Por eso la gran influencia de la posición del enfermo en los movimientos del diafragma, como se indica en las reglas de Cara, aunque hay que tener siempre en cuenta que esas normas generales varían según edad, tipo de respiración, potencia muscular, etcétera.

De aquí la importancia de considerar todos estos factores antes de la instauración de las técnicas cinesiterápicas.

Número 2

Discusión:

Doctor Giménez (Nancy).

BASES FISIOPATOLÓGICAS DE LA CINESITERAPIA RESPIRATORIA **Doctores Llopis Llombart y López Merino**

Se exponen las bases fisiopatológicas de la Cinesiterapia, dividiendo los posibles trastornos a reparar en los del impulso nervioso, acción muscular y traducción mecánica, haciendo hincapié en la mayor rentabilidad de actuación sobre el complejo abdomino-diafragmático.

Se clasifican los trastornos que conducen a alteraciones globales de la

ventilación en rigideces y obstrucciones e hipotonías, y las parciales en disarmonías, con lo que se sienta la terapéutica correctora agrupándola en las técnicas de relajación sonato-psíquica, tonificación, corrección de posturas viciosas y desobstrucción cuantitativamente suficiente con la mayor homogeneidad posible.

Tras enumerar las técnicas que se utilizan en el balance previo del sujeto para llegar a un diagnóstico exacto, se detallan las indicaciones adecuadas a cada caso.

Se exponen resultados propios obtenidos tras hiperventilación y ventiloterapia con presión positiva en la saturación de oxígeno y limpieza del carbónico.

Una serie de enfermos comprueban el efecto de la respiración en aire y oxígeno, valorando la utilidad e indicación de la oxigenoterapia en determinados tipos de trastornos, aún a pesar de la depresión ventilatoria que produce, ya que puede corregir hiposaturaciones, asociada a la presión positiva, que no desaparecen sólo con la reeducación y Cinesiterapia.

Igualmente proyectan datos referentes a la repercusión funcional que se consigue mediante la Cinesiterapia en el posoperatorio inmediato y tardío, recalcando todo ello en la necesidad de una Cinesiterapia correctamente indicada y mantenida el tiempo suficiente.

Número 3

Discusión:

Doctor Gómez Guillén (Alicante).

Doctor López Guerrero (Madrid).

Doctor Duplá (Zaragoza).

Doctor Giménez (Nancy).

Doctor Daza (Madrid).

Doctor López Merino (Valencia).

Doctor Juliá (Valencia).

EXPLORACION FUNCIONAL EN RELACION CON LA CINESITERAPIA **Doctor Raimundo Cornudella**

Como medida terapéutica, la Cinesiterapia respiratoria para que sea verdaderamente eficaz y aporte al paciente todo el beneficio que de ella puede esperarse, precisa el conocimiento previo, lo más exhaustivo posible, del tipo y grado de deterioro funcional que tal proceso ha determinado en cada caso concreto. Tan sólo estos conocimientos previos permitirán perfilar la indicación de Cinesiterapia y, lógicamente, el máximo de resultados.

El autor propone una pauta de estudio previo que comprende:

- Historia clínica del paciente.
- Examen clínico.
- Estudio radiológico.
- Investigaciones fisicopatológicas.

Estos exámenes deben ser realizados con un sentido funcional, es decir, con el intento de poner de manifiesto no lesiones anátomo-radiológicas, sino defectos o desequilibrios en el cumplimiento en la misión funcional del sistema tóraco-pulmonar, la hematosis.

El autor se extiende en comentarios sobre cada uno de los puntos que integran estos apartados y hace hincapié en la necesidad de obtener información no sólo de tipo estático, sino también dinámico.

La objetivación pormenorizada de los déficits existentes en cada paciente nos pondrá en condiciones de planear con el máximo de garantías la pauta terapéutica a seguir y permitirá esperar que el enfermo obtendrá el máximo de beneficio.

Número 4

Discusión:

Doctor Daza (Madrid).

Doctora Desviat (Madrid).

Doctor Giménez (Nancy).

Doctor Martí Lleonart (Barcelona).

Doctor Guallar Segarra (Castellón).

INDICACIONES Y TÉCNICAS DE LA RELAJACIÓN MUSCULAR

Doctor Juan Guallar Segarra

La relajación como primera fase de la Cinesiterapia se indica por su doble vertiente de oponerse a las contracturas de la musculatura ventilatoria, sobre todo la inspiración auxiliar, así como también por oponerse al estado de "tensión nerviosa", origen de contracturas reflejas de asinergias ventilatorias. Con su práctica se logra una mayor facilidad en los movimientos ventilatorios, que alcanzan una mayor eficacia con menor gasto energético.

En realidad, en cada enfermo en trance de iniciar técnicas cinesiterápicas se dan una serie de contracturas en la musculatura torácico-abdominal, tronco-zonar y tronco-cefálica que pueden estar en relación con alteraciones estáticas y funcionales del aparato respiratorio, pero también lo pueden estar con patología cardíaca, trastornos ortopédicos columnarios, hábitos previos de vida laboral o deportiva, etcétera, lo que obliga a un estudio detallado en cada caso antes de la iniciación de las técnicas de relajación y a lo largo de las mismas.

Este estudio individual se centra en la observación del tono y puntos dolorosos de la musculatura inspiratoria auxiliar, por su gran repercusión sobre la función ventilatoria, estudiándolo sucesivamente en los siguientes planos: torácico pósterio-superior, torácico posterior, torácico anterior, cervical anterior, torácico lateral y abdominal superior.

Para la realización de las técnicas de relajación se puede acudir a la de "relajación progresiva" de Jacobson, enseñando al enfermo a desarrollar la percepción de la sensación contractura o tensión muscular autorrelajación, así como a frenarla desde la musculatura del brazo a la musculatura respiratoria, y el de "autorrelajación concentrativa" de Schultz, en que el enfermo se representa mentalmente el estado de relajación deseado, con sesiones más numerosas y cortas y mayor rapidez en sus resultados. En la práctica, en nuestro Servicio hemos utilizado la técnica de Jacobson con algunas adquisiciones procedentes de otros medios, con lo que se logra una mayor rapidez de contracción. Ellas son: el insistir en la sensación de pesadez de brazos, cabeza, etcétera, en el aislamiento, en las técnicas de relajación musical, etcétera, todo ello fruto de la experiencia alcanzada en los últimos cinco años.

Finalmente se indicaron las técnicas de relajación activa, con aplicación de movimientos hipotónicos en brazos, hombros, tronco, etcétera, así como las técnicas de relajación química, con miorrelajantes periféricos o centrales, masaje, así como del gran valor de toda la medicación conducente a mejorar el estado disneico del enfermo.

Aplicando estas pautas en 200 enfermos silicóticos se pasaron de unas contracturas existentes en un 84 por 100 de casos antes de la relajación a un 28 por 100 tras su tratamiento.

La importancia de la relajación no consiste solamente en preparar al enfermo para unas técnicas sucesivas de movilización y fortalecimiento, sino que enseña al enfermo a acudir a aquéllas de modo consciente o inconsciente cada vez que por incidencias de "stress", físico o psíquico, tiendan a poner en marcha

contracturas musculares o estados disneicos. Con todo ello se tiende a fortalecer la relación médico-enfermo, así como la confianza del mismo en su reeducación funcional y rehabilitación socio-laboral.

Número 5

Discusión:

Doctor Maccagno (Roma).

Doctor Caballé (Valencia).

Doctor Giménez (Nancy).

TECNICAS DE LA MOVILIZACION COSTAL

Doctor J. Caminos Cochi

Señala el doctor Caminos en su conferencia la importancia de la movilidad costal en las variaciones de los diámetros antero-posterior y transversal de la caja torácica. Recuerda cómo estos diámetros pueden variar en una persona, según la acción de la gravedad o la posición de la columna vertebral. De este hecho deduce dos fundamentos importantes en toda Cinesiterapia, como son las posturas y las posiciones. Entre las primeras describe la lordótica, cifótica y escoliótica, cada una de las cuales prepara al cinesiterapeuta para poder realizar técnicas adecuadas. La posición es factor importante, ya que resalta la simetría cuando la persona está de pie, pero cuando está acostada sobre un hemitórax existen variaciones.

Sigue indicando los medios empleados en el Servicio de Rehabilitación del Centro para la exploración de los enfermos, en los cuales hay que realizar técnicas cinesiterápicas, y que consisten en el control de la radioscopia dinámica, el aval de la radiografía dinámica y el estudio del atrapamiento de aire por el Kalinowasky.

A continuación describe las técnicas de movilización, las cuales divide en activas, pasivas y mixtas, resaltando, sobre todo, en enfermos asmáticos antiguos que por abandono o por no haberse tratado tienen un tórax completamente rígido, y en los cuales no se debe realizar ninguna técnica de movilización hasta obtener una flexibilidad con el amasamiento torácico.

El fin de la movilización costal, previo estudio y exploración, va dirigido a obtener una movilidad superior costal, una inferior o bien una movilidad unilateral. Describe varias técnicas o ejercicios con su correspondiente iconografía, terminando su conferencia aconsejando una reflexión profunda y la posibilidad de conclusiones en este Simposio, respecto al empleo de la Cinesiterapia respiratoria como elemento eficaz en el tratamiento de las insuficiencias respiratorias.

Número 6

Discusión:

Doctor Daza (Madrid).

Doctor Maccagno (Roma).

TECNICAS DE LA MOVILIZACION DIAFRAGMATICA

Señorita M. D. Masana

Se tiene constancia que con la movilización diafragmática se obtiene la ventilación de un 60 por 100 del pulmón, por lo que la movilización de este músculo es fundamental en los enfermos con problemas del aparato respiratorio.

Las técnicas fisioterápicas han de ser simples y claras, haciendo comprender siempre al enfermo el "cómo" y el "por qué" de estas maniobras. Una vez el paciente ha logrado comprender lo que es la función respiratoria, se empezarán las sesiones fisioterapéuticas.

El paciente colocado en decúbito supino, con su cuerpo alineado, cabeza con buen apoyo, hombros en el mismo plano, columna recta, miembros inferiores semiflexionados, empleará unos ejercicios en diferentes decúbitos apropiados a cada caso y especializados.

Esta simple terapéutica que nunca puede ser nociva debido a una base física, es un tratamiento que puede ayudar a la mejoría de este tipo de enfermo respiratorio y solucionarle los problemas.

Número 7

Discusión:

Doctor Giménez (Nancy).
Doctor Guallar (Castellón).
Doctor París (Valencia).
Doctor Caballé (Valencia).
Doctor Albiach (Castellón).

TECNICA DE LOS EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO VENTILATORIO

Doctor F. Martí Lleonart

Estos ejercicios, como demostraron Guallar y colaboradores en Granada, en 1967, constituyen el término final de rehabilitación.

Deben realizarse cuando ya está establecida una buena ventilación dirigida, y se ha conseguido el automatismo.

El entreno al esfuerzo de la ventilación dirigida es un excelente medio técnico de fortalecimiento ventilatorio.

En nuestro Servicio tenemos diseñados una serie de ejercicios de fortalecimiento que exponemos gráficamente a continuación; los beneficiarios de los ejercicios son siempre los enfermos en los que ya se ha conseguido una buena ventilación automática y al esfuerzo.

Número 8

Discusión:

Doctor Pérez Guerrero (Madrid).

CINESITERAPIA DE LAS BRONCOPATIAS OBSTRUCTIVAS

Doctor M. Giménez (Nancy)

Durante mucho tiempo la reeducación respiratoria permaneció relativamente elemental, más o menos empírica y sin bases ni control fisiológico. El nuevo método de la ventilación dirigida permite obtener, en los bronquíticos crónicos y en los enfisematosos y asmáticos, mejorías a veces espectaculares.

En una primera fase demostramos los efectos benéficos inmediatos de los ejercicios respiratorios sobre la "mixique", la ventilación alveolar y los gases en sangre arterial. Asimismo se demostró que este tipo de ventilación no es nocivo.

Estudiando diferentes tipos de enfermos (15 enfisematosos, 50 bronquíticos crónicos, 15 bronquíticos crónicos obesos y 16 asmáticos) a los cuales se practicaron controles clínicos, espirográficas, tests de esfuerzo, gases en sangre arterial y registro de espirogramas ventilatorios, antes y tres semanas después

de iniciar el tratamiento fisioterápico, se constata "clínicamente" que los enfermos señalan una disminución de la fatiga respiratoria, de la tos y de la expectoración y, funcionalmente, un aumento de la cinética diafragmática, una mejoría de los valores espirográficos, así como una mejoría de los gases en sangre arterial.

En el transcurso de los ejercicios musculares para potencias energéticas idénticas se observan, después de la reeducación, una disminución de la frecuencia respiratoria, de la frecuencia cardiaca y de la ventilación total. Con frecuencia el nivel de esfuerzo es más importante.

La evolución lejana (cuatro años), controlada en 44 insuficientes respiratorios, muestra que se obtienen 32 buenos resultados (mejorías clínicas y gaseométricas), seis malos resultados y seis casos fatales.

La adquisición del automatismo ventilatorio se demuestra objetivamente en algunos de estos enfermos.

Se considera, apoyándose en estos resultados, que la reeducación respiratoria debe emplearse en el estadio de incapacidad respiratoria simple, así como en el estadio de la insuficiencia respiratoria grave con desaturación e hipercapnia importantes e, incluso, acompañada de una insuficiencia cardiaca derecha.

Las modalidades en cada caso serán naturalmente diferentes. Asociada a los otros medios terapéuticos su papel es siempre importante. A veces (enfisema "seco" y cifoescoliosis) es la única arma eficaz que disponemos.

Esta reeducación es delicada y al mismo tiempo difícil por lo que no puede ser practicada más que por un personal altamente especializado. Probablemente ésta exige un estudio clínico y funcional preciso. Por otro lado es obligatoriamente necesario una colaboración estrecha entre el médico de cabecera, el neumólogo, el funcionalista, el psicólogo, el médico reeducador y el cinesiterapeuta. La reeducación será, ante todo, la obra de un médico rehabilitador, pero es indispensable asegurarse la confianza del enfermo, y su participación activa.

Las premisas descritas, excepcionalmente respetadas, muestran las dificultades de este método terapéutico que es la reeducación y explican probablemente los fracasos señalados en la literatura.

Número 9

Discusión:

Doctor Pérez Guerrero (Madrid).

Doctor López Merino (Valencia).

Doctor Marco.

Doctor Collombier (Nancy).

Doctor Maccagno (Roma).

Doctor Martí Lleonart (Barcelona).

Doctor Guallar (Castellón).

LA CINESITERAPIA DE LA FIBROSIS PULMONAR

Profesor A. L. Maccagno (Roma)

En líneas generales, en la numerosa variedad de fibrosis pulmonares con diferentes grados de disturbio funcional, el tratamiento cinesiterápico de estos síndromes morbosos no da los resultados brillantes que se obtienen, por otra parte, en otras enfermedades neumológicas.

De todos modos también en las fibrosis, sean parenquimatosas o intersticiales, como bronquiales o vasculares, existen siempre alteraciones estáticas-dinámicas de la jaula torácica, disquinesias diafragmáticas, alteraciones bronquiales, alteraciones alveolares del tipo enfisematoso y de la relación ventilación-

perfusión, y por ello puede hacerse uso de la Cinesiterapia respiratoria, que puede ayudar a mejorar una determinada complicación, pudiendo mejorar en algún caso el cuadro funcional respiratorio, a veces de modo sensible.

Pero importa tener presente la gran importancia de un examen clínico funcional completo y sobre todo de una exacta interpretación, tanto del aspecto clínico de la enfermedad como del aspecto funcional.

Número 10

Discusión:

Doctor Concina (Turín).

Doctor Giménez (Nancy).

Doctor Daza (Madrid).

Doctor Guallar (Castellón).

LA CINESITERAPIA DE LAS PLEUROPATIAS

Profesor A. L. Maccagno (Roma)

Es muy importante tratar lo más eficaz y rápidamente posible todas las pleuropatías, sea con la terapéutica medicamentosa, sea con la Cinesiterapia respiratoria. Existen ya al esfuerzo efectos de cortacircuito en las zonas mal ventiladas, alternando con zonas de fenómenos contrarios, como se puede apreciar mediante angiografías o escintigrafías.

En relación con las pleuritis serofibrinosas, debemos estudiar el estado del sistema bronquial que puede unirse a la alteración entre la dinámica frénica y la costal, ya que es frecuente la compensación entre ambos sistemas.

A este propósito, el autor describe sus técnicas personales de medición y estudio de la dinámica frénica (índice frenocinético) y de la cinética costal (artografía torácica xifoidea y axilar).

La terapéutica cinesiterápica de la pleuritis exudativa es sobre todo una terapéutica que debe estar individualizada en cada caso. Después de haber escogido las técnicas que se pueden aplicar al descender la fase aguda, se inicia, con las posiciones y posturas correspondientes, haciendo uso de la cama frenocinética, que consigue progresivamente una máxima movilización del diafragma afecto. Más adelante se pasa a técnicas más completas de movilización, buscando pautas que refuercen el movimiento inspiratorio.

En el tratamiento de rehabilitación del sujeto decorticado se debe buscar únicamente luchar contra las excesivas deformidades, aunque sus resultados son bastante nulos. Más adelante se puede dar paso a técnicas más complejas de reeducación respiratoria, según datos obtenidos por un examen clínico, broncológico y funcional lo más exacto posible.

Número 11

Discusión:

Doctor Lahoz (Madrid).

Doctor Giménez (Nancy).

Doctor Guallar (Castellón).

CINESITERAPIA DE LA SUPURACION BRONCOPULMONAR

Doctor E. Concina (Turín)

El autor expresa su agradecimiento al doctor Guallar Segarra por la invitación, y saluda a todos los compañeros presentes. Indica no ser un fisioterapeuta puro, sino un neumotisiólogo y, por tanto, expone el tema desde un punto de

vista clínico. Subraya las dificultades de un preciso encuadramiento nosológico de las supuraciones broncopulmonares y pleurales y las consecuencias relativas a ellas: la institución de un eficaz tratamiento cinesiterápico. La eficacia de este tratamiento se basa en el diagnóstico preciso de cada caso y en la aplicación individualizada y con técnicas correctas de los distintos cinesiterápicos asociados a otras terapéuticas. Es de gran importancia en las enfermedades supurativas de las vías aéreas inferiores el estudio de los factores mecánicos del sistema tráqueo-bronquial, asociados a los de las costillas, columna vertebral, musculatura cervico-torácica, abdominal y diafragma.

Los movimientos respiratorios angulares, longitudinales, los desplazamientos, las variaciones del calibre bronquial deben ser cuidadosamente estudiados mediante la broncoscopia y la broncografía, para tener elementos objetivos que completen los datos clínicos, radiológicos y fisiopatológicos que permitan un racional tratamiento fisioterápico.

Muestra las distintas posiciones de drenaje postural en las diversas supuraciones bronquiales. El drenaje postural debe ir unido a las otras técnicas, cuales son la relajación muscular, la movilización costal y diafragmática y las técnicas de fortalecimiento ventilatorio.

Presenta una extensa iconografía que permite comprobar las distintas posturas que adoptan los enfermos según la localización del proceso supurativo, así como los efectos de abscesos pulmonares y bronconeumopatías postuberculosas, etcétera.

Termina resaltando que la Cinesiterapia es, en las supuraciones broncopulmonares y pleurales, una medida complementaria indispensable no sólo para llegar a la curación completa del enfermo cuando es posible, sino también para evitar o retardar la insuficiencia respiratoria crónica.

Número 12

Discusión:

Doctor Giménez (Nancy).

CINESITERAPIA DE LAS ALTERACIONES COLUMNARIAS TORACICAS **Doctor C. Caballé Lancry (Valencia)**

La llamada gimnasia correctiva es habitual en el tratamiento de las desviaciones de la columna vertebral. Nos interesa establecer las posibilidades y las limitaciones de esta Cinesiterapia, porque si bien es cierto que casi siempre va a producir unos beneficios indiscutibles, también lo es que en algunas ocasiones no hacen nada, entreteniendo al enfermo, y en el peor de los casos pueden agravar la alteración columnaria, entrando en círculo vicioso el complejo columna-tórax, respiración-circulación y perjudicando notoriamente al paciente.

Para comprender esta Cinesiterapia columnaria, evitar el empleo de cinesias indiscriminadas y utilizar los ejercicios verdaderamente adecuados, exponeremos algunas consideraciones sobre los factores biomecánicos y patomecánicos que pueden influir o ser influidos en las alteraciones de la columna vertebral torácica.

Los objetivos del tratamiento por ejercicios son fundamentalmente:

- Intentar corregir la deformidad.
- Restituir la movilidad articular de la columna.
- Mejorar la función respiratoria.
- Disminuir las contracturas musculares y potenciar músculos hipotónicos.
- Compensar en lo posible las curvas cuando no se pueda conseguir la corrección.

Número 13

No hay discusión.

LA CINESITERAPIA RESPIRATORIA EN CIRUGIA TORACICA

Doctores F. París Romeu y A. Cantó

En esta comunicación los doctores París y Cantó se ocupan del papel que juega la Cinesiterapia en Cirugía torácica. En un principio, la Fisioterapia iba dirigida a luchar contra la atelectasia posoperatoria y las deformidades torácicas, lo que contribuyó a cambiar la movilidad y mortalidad del posoperatorio. Sin embargo, en la actualidad la rehabilitación persigue unos objetivos más ambiciosos, ampliando el campo quirúrgico a insuficientes respiratorios y mejorando los resultados, tanto anatómicos como funcionales.

Como consecuencia de la toracotomía, se produce en el posoperatorio un déficit funcional muy superior a la restricción propia de las exéresis. El dolor, el miedo, las contracturas, la actitud escoliótica, las secciones musculares, el proceso cicatricial y la paresia diafragmática son sus principales causas. Pero hay que hacer constar que este trastorno ventilatorio del toracetomizado es pasajero y reversible.

Es posible que se efectúe una recuperación espontánea, como se señala en las gráficas que presentan los autores de las comunicación, pero también es verdad que si las estructuras no se movilizan, pueden quedar sinequias, causas y defectos de movilización más duraderos, cosa que no ocurre si se emplea una buena reeducación.

En la conferencia, los autores presentan las diferentes técnicas del posoperatorio y la rehabilitación ulterior, recayendo con especial interés en los resultados obtenidos con sus correspondientes radiografías dinámicas y valores espirométricos.

Número 14

Discusión:

Doctor Maccagno (Roma).

Doctor Juliá.

Doctor Marco.

Doctor Giménez (Nancy).

ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA REEDUCACION RESPIRATORIA

Doctora M. Collombier (Nancy)

Para comprender mejor el papel de la reeducación respiratoria en los enfermos crónicos del aparato respiratorio (enfisema, asma, bronquitis, cifoescoliosis) hay que considerarlo como un tratamiento que mejora la función respiratoria, pero también como un modo de relación entre el médico y el enfermo, que realiza un contacto con finalidad psicoterapéutica.

La función respiratoria y la vida emocional están estrechamente ligadas, en particular la disnea y la ansiedad.

Prácticamente los enfermos están hospitalizados tres semanas para realizar una exploración completa y poner en marcha la Cinesiterapia, primero individualmente y después en grupos. Al mismo tiempo existen conversaciones que pretenden precisar la personalidad del enfermo y el componente psíquico de la afección.

En los enfisematosos, las alteraciones observadas son siempre reaccionales. La ansiedad y las otras manifestaciones psíquicas son la consecuencia de la enfermedad.

En los asmáticos jóvenes existe una participación psíquica que interviene en la aparición de los fenómenos agudos. Se trata de personalidades inmaduras en

el plano afectivo. Rápidamente se desencadena un círculo vicioso, la ansiedad del enfermo es mantenida por la del "entorno", sobre todo familiar.

Mejorando la ventilación, creando un nuevo automatismo ventilatorio, rehabilitando al sujeto al esfuerzo, se proporciona al enfermo un medio para luchar contra la disnea y la angustia. Este trabajo es el de un equipo capaz de establecer con el enfermo una relación personal de seguridad, porque una técnica de reeducación, aunque sea perfecta, no es suficiente.

Número 15

Discusión:

Doctor López Botet (Valencia).

Doctor López Merino (Valencia).

Doctor Marco.

OBJETIVACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LA CINESITERAPIA

Doctores F. Lahoz Navarro y J. Pérez Guerrero (Madrid)

Se realiza un estudio sobre los enfermos con diagnóstico de homoneumopatía crónica antes y después de una tanda de quince a cuarenta sesiones de Cinesiterapia respiratoria, obteniendo en condiciones basales la siguiente exploración funcional: frecuencia respiratoria y cardíaca, perímetros torácicos, espirometría, gasometría arterial, pH, lactacidemias y oxígeno que cuesta respirar. Se somete a estos enfermos a un esfuerzo (ergómetro) y se ve la modificación de algunas de estas constantes.

Los resultados que se obtienen tras estas series de readaptación respiratoria son los siguientes:

1. Mejoría clínica de la disnea en el 100 por 100 de los casos.
2. Mejoría de alguno de esos parámetros que es tanto mayor cuanto mejor es la situación clínica.
3. Aumento de los perímetros torácicos en todos los enfermos.
4. Disminución de la frecuencia respiratoria.
5. Disminución de la taquicardia tras el esfuerzo.
6. Mejoría de algún dato espirográfico en el 50 por 100.
7. Obtención de mejor saturación en el 60 por 100 de los casos.
8. Disminución del PACO_2 en el 40 por 100 de los enfermos tratados.
9. Descenso del oxígeno que cuesta respirar en el 50 por 100 de enfermos.
10. Disminución del ácido láctico después del esfuerzo en el 50 por 100 de los casos.
11. La reeducación respiratoria da lugar a hiperventilación alveolar, mejor relación ventilación-perfusión y ventilación más eficiente.

Número 16.

Discusión:

Doctor Morente (Granada).

XXI CONFERENCIA INTERNACIONAL DE LA U. I. T. MOSCU

Programa científico

Martes, 13 de julio 1971:

"Aplicación de los conocimientos modernos a la lucha antituberculosa"; "Problemas en la aplicación de la vacunación por el B. C. G."; "Fuentes de infección tuberculosa y su detección"; "Adquisiciones recientes sobre enfermedades pulmonares causadas por las micobacterias atípicas".

Miércoles, 14 de julio:

"Problemas que plantea la organización de un tratamiento ambulatorio eficaz, en los enfermos tuberculosos"; "Reactivación endógena y reinfección exógena: su importancia relativa en la eclosión de la tuberculosis no primaria"; "El riesgo tuberculoso en los sujetos portadores de lesiones "fibrosas" descubiertas al examen radiológico"; "Sanidad pública y cuidados auxiliares-hospitalarios en la lucha contra la tuberculosis"; "Aspectos inmunológicos de la tuberculosis".

Jueves, 15 de julio:

"Participación de la colectividad en el programa de lucha antituberculosa"; "Programa de asistencia mutua de la U. I. T."; "Programas conjuntos de las asociaciones benéficas nacionales e internacionales"; "Efectos secundarios de la Quimioterapia"; "Significación clínica y epidemiológica de los resultados de pruebas de sensibilidad de Mic"; "Tuberculosis a las drogas antibacilares".

Viernes, 16 de julio:

"Resultados de ensayos terapéuticos controlados."

ACLARACION:

En el número 3 de la revista, correspondiente a mayo-junio, en el trabajo "Complicaciones quirúrgicas infrecuentes de las neumonías" se omitió involuntariamente al doctor A. Esteban Hernández que había colaborado en dicho trabajo, omisión que subsanamos ahora gustosamente.