

**SEMLANZA**

Vol. 29. No. 4 Octubre-Diciembre 2006  
pp 204-208

**Antecedentes en anestesiología**

Dr. David Marrufo-Valverde

El objetivo de este artículo es hacer referencia a la forma en que se llevaba a cabo la enseñanza de la Medicina, en los años en que yo estudié la carrera de Médico Cirujano en la Universidad Nacional Autónoma de México y el entrenamiento en Anestesiología en el Hospital General de México, ahora Hospital General de México O.D. Me referiré en términos muy generales a la enseñanza de la medicina y en una forma muy particular relataré como fue que nos formamos Anestesiólogos algunos de mis compañeros y yo, allá por los años de 1953, 1954, 1955, 1956 y 57.

Según el Plan de Estudios de nuestra H. Facultad de Medicina, al terminar el quinto año se formarían equipos de cinco estudiantes para conformar Guardias de Practicantes que rotaríamos por los diferentes servicios, con guardias de 24 h en el servicio de urgencias para luego, en el sexto año, prepararnos para ser Pasantes de Medicina en Servicio Social.

En algunas de nuestras reuniones de amigos hacíamos comentarios acerca de lo que tan frecuentemente nos repetían nuestros Maestro: “La MEDICINA SE APRENDE EN LA CABECERA DEL ENFERMO”, de tal manera que decidimos que durante las ya próximas vacaciones, en lugar de salir, como era costumbre, a nuestros lugares de origen, nos quedaríamos en la CD para tratar de principiar nuestro entrenamiento. Y decidimos de inmediato solicitar nuestro ingreso al Pabellón 24, servicio a cargo del distinguidísimo y prominente maestro Dr. Abraham Ayala González y a su lado personalidades tan prestigiadas como el maestro Don Leónides Guadarrama y los maestros Luna Olivares, Charvel, María Elena Anzures, y entre otros mencionaré en una forma muy especial al Dr. Everardo Ortiz de Montellano quien fuera en el futuro próximo, Jefe de Residente en el Área Quirúrgica.

Imposible que por nuestro rango fuéramos recibidos por el Jefe del Servicio, pero tuvimos la fortuna de lograr entrevistarnos con quien por razones de organización llevaba todo el Mando Medio: “La Primera”, que así se le llamaba a la Jefa de enfermeras de cada servicio, quien nos escuchó sin decir palabra pero sí con mirada muy especulativa, hasta que por fin escuchamos la esperada expresión: Son Uds. aceptados, al escucharla uno de mis compañeros casi grito ¡órale!, inmediatamente la Primera preguntó ¿Quién dijo órale? Y con el argumento de que en este Servicio usamos buenas costumbres nos canceló su aceptación.

En ese tiempo el ejercicio de la Medicina se practicaba en grupos muy cerrados tanto en los hospitales de la capital como en los hospitales de provincia, aunque se valía que uno o varios estudiantes de medicina, como era nuestro caso, o uno o varios médicos titulados solicitaran su incorpora-

*Solicitud de sobretiros:*

Dr. David Marrufo Valverde  
Las Rosas No. 310, Col. Reforma  
Oaxaca, Oax. 68050  
Tel: 01 951 51 530 52  
01 951 51 520 02

ción en cualquier Servicio, (Pabellones se llamaba a cada uno de ellos) para que se analizara su caso, en algunos Servicios era este personaje, La Primera, a quien le tocaba definir cuál sería el curso de nuestra carrera, era La Primera la que estaba autorizada para tomar la decisión.

A pesar del tropiezo nosotros seguimos insistiendo en lograr un sitio en donde pudiéramos estar cerca del paciente, nuestro gran Maestro, así nos lo habían dicho nuestros profesores, quienes despojándose de su orgullo anteponían a Su Majestad el doliente, El Maestro de Maestros.

Seguimos insistiendo y por fin fuimos aceptados en el Pabellón para Tuberculosos, el que por razones obvias era de los menos solicitados, como tampoco eran muy solicitados el pabellón de cancerología por su excesivo trabajo y el pabellón de anatomía patológica, por ser muy riguroso.

En tal pabellón 27 que también así se conocía al de tuberculosos, a mí me asignaron el Departamento de Endoscopía a cargo del Dr. Raúl Cicero Sabido; le practicábamos broncoscopía de rutina a todos los pacientes de primer ingreso y periódicamente a los pacientes encamados, bajo anestesia tópica introducíamos los broncoskopios de Jackson, que son tubos metálicos rígidos de distintos calibres, según se requiriera.

Al introducir el broncoscopio, los pacientes frecuentemente tosían y la tos era más intensa al llegar el instrumento a la Carina, de tal manera que las secreciones nos llegaban directamente a la cara totalmente desprotegida, el operador estaba expuesto a la contaminación, a pesar de que la mayoría de los pacientes ya eran negativos al bacilo, personalmente yo me contagié levemente, contraje una pleuritis que cedió fácilmente al tratamiento médico, por tal razón, se tuvieron que tomar medidas protectoras.

A los pocos meses de haber ingresado al Servicio de Endoscopía, fui integrado a la sala de operaciones como observador, y luego el jefe de las salas de operaciones, el Dr. Antonio Ávila Sabaleta, Anestesiólogo, Oaxaqueño originario de Guelavia, Oax. me pidió me sentara a su lado sustituyendo al médico residente que muy frecuentemente tenía que ser retirado de la segunda operación.

A cada anestesiólogo se le proveía, al entrar a quirófano, de una ampolla de pentotal para la inducción de la anestesia, una ampolla de flaxedil, relajante muscular muy débil y una latita de 100 cc de éter, anestésico volátil muy potente que se usaba para mantener la anestesia durante un tiempo aproximado de cuatro a cinco horas, por cierto su costo en el mercado era de ocho a diez pesos, cada operación duraba dos horas y media como promedio, el contenido de dicha latita se vaciaba en un frasco a través del cual era arrastrado por el oxígeno que pasaba por dicho frasco barboteador; pero nuestro amigo, era retirado del área quirúrgica a la sala de descanso en donde se dormiría profundamente, había inhalado lo que se reservó. Para ese momento mi maestro y yo ya ocupábamos su lugar.

Desde el momento en que yo fui incorporado al equipo del Dr. Ávila, él se encargó de darme entrenamiento y enseñanza en la materia y durante muchos meses fuimos inseparables en el hospital, poco a poco gané su confianza y después de algunos meses me integré de lleno al equipo de ese Servicio; fue así como me metí a este mundo maravilloso de la Anestesiología, disciplina que practiqué con orgullo durante más de cuarenta años. Yo ya estaba entrenado, y mis servicios eran indispensables debido a la falta de otra persona que ocupara ese puesto, inclusive podría haber sido una enfermera capacitada, podría haber sido Ester, pero ella era la encargada de la coordinación de las enfermeras, la Primera pues, entraba también

a sustituir al residente cuando se encontraba ya incapacitado para desempeñar tan importante función, o María Elena Carrasco, pero ella era la anestesista de la sala dos de Cirugía, no podía desempeñar esta doble función. Así era como se cubría la falta de Anestesiólogos en muchas partes de la República, obviamente también era así en estos hospitales tan importantes como este Hospital General de México, el Hospital Juárez o el Hospital Central Militar en donde estas plazas de anestesia eran ocupadas por enfermeras o enfermeros o estudiantes aficionados, inclusive por profanos de la medicina como sucedía en algunas provincias (será referido posteriormente). Valga la oportunidad para referir como ejemplo que se acababa de nombrar Jefa de Enfermeras a la Sra. Marcelina Enestroza quien había administrado más de tres mil anestesias en este Hospital General. Yo fui elegido por las autoridades del Hospital para llenar el hueco que había dejado la ausencia del referido Dr.; yo contaba con la asesoría permanente y muy cercana de mi Jefe y Tutor Profesional, el maestro Antonio Ávila Sabaleta.

Para anestesiar al paciente, se disolvía la ampolla de pentotal en 20 cc de agua destilada y se aplicaba i.e., se observaba el reflejo palpebral, por lo general se pedía al paciente que empezara a contar, al dejar de hacerlo, es decir, al perder la conciencia, se continuaba inyectando hasta completar otro tanto a lo necesario para que perdiera la conciencia, inmediatamente se inyectaba el flaxecil y se valoraba la relajación muscular, moviendo manualmente la mandíbula del paciente, hacia arriba y hacia abajo, es decir abriendo la boca del paciente; cuando se notaba que la mandíbula se desplazaba sin resistencia, con rapidez se introducía el laringoscopio y al ver la laringe abierta se introducía la sonda endotraqueal, lo frecuente era que al observar la laringe se observaran ligeros movimientos de las cuerdas bucales, lo que equivalía a que la relajación no fuera completa, de tal manera que nuestros movimientos tendrían que ser rápidos pero suaves, muy rápidos y muy suaves porque con ese relajante muscular tan débil, lo que seguía era un acceso de espasmos, tos y esfuerzos del paciente para defenderse, la experiencia nos demostró que se requería, en muchos casos profundizar la anestesia, administrando ciclopropano con mascarilla y luego administrar el relajante. Las sondas endotraqueales eran de hule muy blandas y sin manguito, de tal manera que para cerrar el circuito, es decir para evitar que se fugara la mezcla de gases, se taponaba la faringe con gasas humedecidas, maniobra que consistía en bajar la lengua con los dedos de la mano izquierda y empujar las gasas con los dedos de la mano derecha luego se procedía a sellar la boca con telas adhesivas anchas. Se ventilaba al paciente manualmente y a ritmo de la respiración normal; como el relajante muscular tenía acción acumulativa y no había antagonista, no podíamos administrar más dosis, para lograr que el pulmón no se moviera espontáneamente para que en esta forma se facilitaran las maniobras quirúrgicas, en forma especial la disección de los elementos del hilum pulmonar. Eliminábamos el reflejo alveolar (de Hering Brauer) ventilando adecuadamente al paciente y gracias a un buen funcionamiento del filtro de cal sodada lográbamos que fuera eliminado del circuito el dióxido de carbono y por lo tanto no hubiera estímulo alveolar, a esto se le llamaba respiración controlada que nos permitía mantener "silencio respiratorio". Con esta respiración controlada se eliminaban de su función automática todos los músculos respiratorios, de tal manera que al eliminar también el diafragma, tampoco se movía el abdomen y obteníamos también silencio

abdominal, es decir, podíamos operar vientre alto sin necesidad de relajante muscular. Para corroborar que el funcionamiento de la cal sodada fuera correcto era necesario observar constantemente el indicador de la cal sodada, el recipiente que contenía la cal sodada era metálico, con capacidad de un kilogramo y cerrado con rosca, conforme se iba fijando el CO<sub>2</sub> en la cal se iba calentando, de tal manera que era necesario detectar este calentamiento con el tacto, y solamente se abría el mencionado filtro para observar el indicador cuando se consideraba necesario o cuando volvían a aparecer movimientos respiratorios automáticos, lo que nos indicaba que había que cambiar la cal sodada, esta maniobra era laboriosa, por lo que necesitábamos trabajar rápidamente y a cuatro manos para no perder la concentración de gases. Los gases que se usaban eran oxígeno y ciclopropano a flujos de 250 cc a partes iguales, éstos pasaban por el frasco barboteador de éter y arrastraban sus vapores, los medidores o flujómetro eran de agua y siempre se usaba circuito cerrado y ventilación manual pero a veces se llenaba la bolsa de reinhalación (La famosa Negra) tanto que dificultaba las maniobras de ventilación, entonces era necesario vaciarla ya fuera desprendiéndola de su soporte o abriendo una válvula evacuadora que el aparato traía para tal fin, ambas maniobras contaminaban el ambiente de tal manera que el uso cotidiano hacía que el área quirúrgica y sus alrededores mantuviera permanentemente un característico olor a anestésicos que se mezclaba con el olor fuerte y penetrante de otros elementos como el yodoformo y el formol que eran los antisépticos habituales.

Las intervenciones que se realizaban en esta unidad eran, desde sellos de agua, neumotórax extrapleural, toracoplastías que consistían en resechar tres o cuatro costillas para colapsar el pulmón que portaba una caverna tuberculosa, o practicar una lobectomía o de plano hacer una neumonectomía hasta, posteriormente, llevar a cabo cirugía de corazón.

El equipo al que yo ya pertenecía, se distinguía, más allá de nuestro ámbito hospitalario por su inquietud en la investigación, el Dr. Alejandro Celis Salazar logró por primera vez en el mundo sondear las cavidades cardíacas e inyectar medio de contraste yodado, logrando primero una angiografía y como resultado final una angioneumografía. También Alejandro Celis Zalazar y cols. lograrían, por primera vez opacificar la circulación hepática; estas publicaciones se realizaron en 1950, alguno de ellos, en el año de 1953. el maestro Alejandro Celis Salazar, el maestro Carlos R. Pacheco o el maestro Raúl Cicero Sabido se enteraron que del reconocido Hospital “Karolinska de Suecia”, había llegado el Dr. Alfonso Topete, a la Universidad de Guadalajara como maestro de tiempo completo en cirugía, adscrito al Hospital Civil de Guadalajara como Cirujano Cardiovascular en donde había fundado el Departamento de Cirugía Experimental; aprovechando que era hermano de mi compañero Jesús Topete Sarapia, el estudiante que se había incorporado ya al Departamento de Fisiología del Pabellón de Neumología y Cirugía de Tórax (así se llamaba ahora el Pabellón para tuberculosis) se solicitó al mencionado Hospital Civil de Guadalajara que Jesús y yo fuéramos admitidos en entrenamiento en el mencionado Departamento de Cirugía Experimental. Después de considerar conveniente regresamos a nuestro Hospital y se fundaría allí el Departamento de Cirugía Experimental bajo la dirección del maestro Carlos R. Pacheco. Mi compañero estudiante Ernesto Góngora Guillén, quien ya había sido incorporado al equipo de cirugía sería el encargado de coordinar dicho Departamento de Cirugía Experi-

mental de Corazón y Grandes Vasos que después se llevarían a nuestros pacientes.

Se podrá observar que en todos estos enroques la mención de la dirección del hospital no se encuentra casi por ningún lado, bueno, pues la razón de esto es que cada Pabellón, es decir cada Servicio, era una ínsula de mando o de dirección o de coordinación. Ya se formaría un Consejo General que le diera pies y cabeza a esta institución.

Si un médico titulado deseaba hacer la residencia para alguna especialidad, se presentaba con la autoridad de ese Servicio y manifestaba su deseo, si era aceptado, se comunicaba al Director del Hospital o al jefe de Residentes para que se le autorizara alojamiento y alimentación y se le proporcionara el uniforme correspondiente.

En ese tiempo había dos jefes de Residentes, el Dr. Arturo Lozano, Jefe de Residentes, coordinador del área Médica y el Dr. Everardo Ortiz de Montellano coordinador del área quirúrgica.

La permanencia en el hospital como residente era opcional, cada uno de ellos se retiraba cuando lo deseaba, se sugería, por parte de la dirección del hospital una estancia de dos años para hacerse acreedor a un diploma de reconocimiento, pero también podría permanecer más tiempo; aunque excepcionalmente se podía reingresar a otro Departamento, hubo casos en que un residente egresaba, se iba a algún lugar a ejercer su preparación, si por alguna razón decidía regresar a otra especialidad podía hacerlo. Por ejemplo, se preparaba en ginecoobstetricia, se iba a su lugar de origen, pero al permanecer allí por algún tiempo, se veía la necesidad de ocupar una plaza de radiología, o de anatomía patológica, o de cualquier otra especialidad, con toda libertad podía llegar de nuevo al hospital para ahora ser residente en el Servicio de Radiología, o de Patología o de Otorrinolaringología etc. Las autoridades de este Pabellón, el 27, para tuberculosos, que ahora se llamaba de Neumología y Cirugía de Tórax, consideraron que yo sería muy útil permaneciendo en el hospital las 24 h para cuidar el postoperatorio de sus pacientes, los que habían sido sometidos a cirugías muy amplias, sangrantes, muy dolorosas y limitantes y fue así como hicieron los trámites necesarios para que yo ingresara al hospital como residente, tendría que estar de guardia todos los días de la semana y así se hizo, se consiguió que yo tuviera como todos los residentes alojamiento y alimentación pero no uniformes ni sueldo.

This paper offers a retrospective view on the teaching and practice of anesthesiology in Mexico City during the 1950's, from the very personal standpoint of the author.

