

MAYO-JUNIO 1981 - AÑO 2 - N° 3

MIR



ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD
DE MEDICINA RURAL
DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN



biochemical s.a.c.i.f.i.

cirugia · química · ortopedia

**AL SERVICIO DEL
PROFESIONAL**

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

MINISTRO GONZALEZ 221 - TE. 24103-25992-23998

CP. 8300 — NEUQUEN



**SOCIEDAD
DE MEDICINA
RURAL
PROVINCIA
DEL NEUQUEN**

**COMISION
DIRECTIVA**

PRESIDENTE:

Dr. Malcon Elder

SECRETARIO:

Dr. Rodolfo Arienti

TESORERO:

Dr. Jorge E. Cuevas

**DIRECCION
PUBLICACIONES**

Dr. Miguel Yrigoyen

DIRECTOR

Dr. Malcon Elder

SECRETARIO

REDACCION

Dr. Miguel Yrigoyen

ASESORES

CIENTIFICOS

Dr. Julio Arce

Dr. Carlos Pianciola

Dr. Norberto Kurchan

Dr. Julio Raby

Dr. Daniel Echeverria

Dra. Maria E. Chiessa

Reg. Prop. Int.: En trámite
Tirada de este N°: 2.000 Ejemp.
Coordinación General:
CARLOS A. FERNANDEZ
Dirección Postal:
C.C. 705 (8300) NEUQUEN
DISTRIBUCION GRATUITA

EDITORIAL

En forma reiterada y en distintos ámbitos surgen a nuestros oídos los comentarios acerca de la proyección de la Medicina General. Asimismo, en nuestras mentes se entrecruzan pensamientos y concepciones con esos comentarios, en busca de las definiciones que permitan la orientación de nuestro quehacer y la encarnación de esas concepciones en la REALIDAD DIARIA. No es nuestra intención con estas líneas efectuar una definición al estilo clásico sino de introducir alguna reflexión acerca de las perspectivas que se le ofrecen a aquellos que han elegido trabajar en la Medicina General, y que tanto preocupa a los integrantes de nuestra Sociedad.

Estamos identificados con el concepto que la medicina general debe ser buena, es decir científica, humana y eficiente de lo contrario deja de llamarse medicina, aunque quienes la ejerzan muestren su título por doquier y para ello la capacitación continúa de pre y post-gradado debe ser uno de los estímulos catalizadores predominantes y característica de aquellos que hacen de esta modalidad su opción de trabajo.

No desconocemos que en nuestra provincia la particular conformación de los subsectores de salud ha llevado a que en su gran parte los médicos generales desarrollen su tarea en las áreas rurales de población dispersa con pequeñas localidades de población nucleada. En las ciudades más grandes, que no pasan de media docena, aún se debe proceder a una adecuada organización de la "oferta" para los servicios de salud básicos en esos medios urbanos. Por ello, por lo realizado hasta ahora y por lo que se podrá efectuar en el futuro, esta medicina está llegando a sectores marginados de nuestra población rural y urbana, ofreciendo el acceso al derecho a la salud, lo que constituye un singular privilegio por un lado y por otro un tremendo desafío dado que exige una responsabilidad social decisiva.

Por otro lado si esta medicina es realizada con la comunidad, intrincada con ella, deberá pertenecer al basamento de un sistema de servicios de salud estructurado que parta de las acciones primarias de baja complejidad realizadas por el equipo de salud verdadero con esa comunidad. Si esta "puerta de entrada" se halla humanizada, tenderá luego, cualquiera sea la complejidad en las acciones, a mantener esa humanización, palabra esta que entendemos se contrapone con el cientificismo exagerado, el culto al aparataje, y el mercantilismo que observamos en la medicina. Significa en la relación médico-paciente y en la relación equipo de salud-comunidad que estos sean sujetos, protagonistas activos en su bienestar. El médico general podrá introducir al hombre paciente al mundo de la medicina o de la salud, podrá vincular como integrante-conductor al equipo de salud con la comunidad y sus instituciones.

Invitamos a nuestros lectores a hacernos llegar sus reflexiones acerca del tema a fin de enriquecerlo. Sin duda, la proyección de la medicina general estará dictada por sus protagonistas y por la forma en que respondamos a las exigencias sociomédicas de nuestro medio comunitario neuquino.

El siguiente artículo tomado de EL DIA MEDICO - Año XXVII - N° 56, publicado hace más de veinticinco años, y cuyo autor fue uno de los propulsores de la Anestesiología moderna en nuestro país, guarda una sorprendente actualidad en muchos de sus conceptos, que entendemos serán de utilidad para muchos médicos generales que se desempeñan en nuestro medio, y por ello lo reproducimos.

MUERTE DURANTE LA ANESTESIA

Por el Dr. ROBERTO OWEN ELDER

Una muerte en la sala de operaciones provoca en algunos países la investigación judicial. El estudio realizado por peritos permite establecer la responsabilidad de los médicos actuantes. La incapacidad o la negligencia reciben su condigno castigo. En cambio, es difícil conocer las causas reales de tales accidentes cuando por diversos motivos se los trata de ocultar, como frecuentemente sucede en nuestro ambiente. ¿Cuál es la etiología de los "paros cardíacos" en enfermos quirúrgicos? ¿Cómo pueden evitarse los desastres de origen anestésico?

Hemos oído relatar casos de enfermos cuya operación no se pudo llevar a cabo porque unas horas antes habían sufrido un "sincope cardíaco". No son raras las muertes súbitas ocurridas en los días subsiguientes a una intervención quirúrgica. Estos accidentes —¿coronarios o embólicos?— no siempre eran previsibles, ni sucedieron en personas ancianas. Incluso a veces se han presentado inesperadamente durante ese más dramático lapso entre el pre- y el post-operatorio...

La angustia o la "opresión", anticipándose a la agresión quirúrgica, que en muchas personas se manifiesta por hiperadrenalinemia y mayor requerimiento de oxígeno, colocan al corazón en condiciones de gran susceptibilidad, y pueden conducir al paro "cardíaco". Recordamos un enfermo gastrectomizado, bajo anestesia loco-regional, cuyo "sincope" se produjo pocos minutos antes de terminar la intervención... La fibrilación aparecida en el curso de una anestesia con ciclopropano o clorofórmo, tiene su origen en este "stress" emocional... Recientemente Waters ha demostrado con "anestesia moderna", como el temido "sincope clorofórmico" se puede evitar. Una adecuada preparación psicológica, y la suficiente sedación farmacológica son imprescindibles (mejores que las palabras groseras y los golpes de puño en el pecho del enfermo) si se quiere evitar el paro cardíaco.

Hay enfermos que llegan a la mesa de operaciones en malas condiciones. La infección, la intoxicación, el desequilibrio humoral, la hemorragia, el "shock", son de tal magnitud, que basta la más pequeña anestesia y una operación mínima, para que el corazón deje de latir... se han muerto mientras estaban anestesiados...

Nadie debe morir por cirugía, pero si se acepta la necesidad de operar, el cirujano ha de saber que la falla circulatoria puede presentarse también por causas quirúrgicas directas o reflejas.

¿Cuáles son las causas de orden quirúrgico que pueden llevar al paro cardíaco? El mano-

seo de las vísceras abdominales o intratorácicas, y la fuerte estimulación del peritoneo, piel, peristio, esfínteres, y las terminaciones nerviosas del vago y el trigémino, actúan alterando el delicado equilibrio vago-simpático que rige la actividad cardíaca, y esta interferencia se puede acrecentar bajo la acción de casi todos los anestésicos, sin que el adecuado grado de la narcosis (liviano a veces, otras profundo), actúe protegiéndolo de todos los estímulos nocivos. La prolongación exagerada del acto quirúrgico acentúa el traumatismo operatorio. La hemorragia aguda y la oculta, la embolia gaseosa o la grasosa, menos frecuentes, son otras causas de la inhibición cardíaca, tributarias de la cirugía.

Los pocos cirujanos que consideran a la anestesia "un mal necesario", se niegan al análisis abierto de las causas de un accidente, y culpan a la anestesia de todos sus contratiempos. felizmente, el cirujano moderno, no sólo técnico brillante, sino conocedor profundo de las alteraciones fisiopatológicas susceptibles de aparecer por la triple agresión: enfermedad-anestesia-cirugía, buscará entenderse lealmente con su colaborador el anestesiólogo —no con fines de acusaciones reciprocas, ni para salvar prestigios eludiendo responsabilidades— sino para corregir errores y evitar desastres.

El cirujano joven tendrá así oportunidad de observar lo que debe a la buena anestesia, y el maestro de generaciones confesar cuantas veces el buen anestésico ha salvado situaciones de apremio de origen quirúrgico. La confianza y el respeto mutuos, base de toda colaboración en equipo, redundará en beneficio de cirujanos y anestésicos, unidos en defensa del enfermo. Cuando llegue a tocarles la tarea de anestesiarse y operar a un paciente de grave riesgo, únicamente afrontarán el problema y el peligro con serenidad, si les anima el espíritu ecuaníme, les dirige la pericia y les frena la honestidad.

¿El agente anestésico de por sí puede influir en la producción del paro cardíaco? Recientemente se han referido algunos casos de "sincope" como consecuencia de un bloqueo loco-regional realizado con novocaína. Si la cantidad total de droga infiltrada en una zona de fácil absorción ha sido grande, se asemeja a la infusión venosa excesiva de clorhidrato de procaina, y ésta —en un paciente cuyo poder de procainolisis se halla retardado— producirá el paro cardíaco por bloqueos de rama. Es posible también que cantidades de adrenalina superiores a las necesarias, agregadas al analgésico local, actúen desfavorablemente en ciertos enfermos.

Ya hemos mencionado la fibrilación ventricular que puede sobrevenir cuando se administran "chorros" de ciclopropano o "bocanadas" de cloroformo en pacientes muy nerviosas. Un corazón sensibilizado por adrenalina o ciclopropano, anoxia o exceso de anhídrido carbónico, puede fácilmente sucumbir al apurar el suministro de éter... Este agente, gozando de fama de tónico cardíaco en concentración ligera, resulta un *poderoso tóxico del miocardio* al profundizar rápida o excesivamente la anestesia, y en estas condiciones anula también los mecanismos de compensación frente al "shock" y la hemorragia. El óxido nítrico, prácticamente atóxico, asociado al *oxígeno en concentraciones inferiores a las fisiológicas*, coloca al corazón en situación favorable para la asistolia aguda. El curare deprime poderosamente la respiración, creando la hipoxia y la hipercapnia, causales de la claudicación cardíaca. Mencionaremos también las drogas ganglioplégicas, y los "potenciadores" de la

anestesia, cada una de las cuales, *mal indicadas o en dosis excesivas*, es capaz de producir el paro cardíaco. ¿Olvidaremos el pentotal sódico, que ya en Pearl Harbour causó tantas muertes por su *mala aplicación*, y que en nuestro país, usado en *dosis elevadas*, sigue preparando las condiciones ideales para el temido reflejo vago-vagal? La analgesia raquídea, por la hipoventilación e hipotensión no tratadas, resulta peligrosa. La incorrecta aplicación de cualquiera de los anestésicos, mata por acción tóxica directa, o por interferir principios elementales de fisiología.

Se ha querido adjudicarle al éter una relativa inocuidad frente a la peligrosidad de otros agentes narcóticos. En algunos centros de Estados Unidos el éter es usado en el 50% de las anestésias. Un análisis de 17 paros cardíacos (R.P. Bergner, (1955) "Anesthesiology" 16:2, p. 177) de origen anestésico (excluidos los de otra etiología) en más de 35.000 anestésias, demuestra que 8 sucedieron bajo la acción del éter, a la vez el agente de más frecuente aplicación. En nuestro país la mayor mortalidad intra-operatoria se registra (según últimas publicaciones) justamente en los servicios donde están proscritos ciertos agentes, y es empleado casi exclusivamente el éter.

Resulta evidente la existencia de otro factor que juega el rol preponderante en estos desgraciados accidentes. En el análisis de Bergner que comentamos, 10 paros cardíacos sucedieron cuando daba anestesia algún practicante o médico nuevo en la especialidad. Frente a los paros acaecidos en los 7 casos restantes confiados a anestésistas de experiencia, el *sincero análisis del procedimiento empleado*, reveló que hubo alguna ligereza, o falla, en la acostumbrada correcta elección y aplicación de la anestesia. En el otro extremo la ignorancia y la improvisación del anestésista ocasional, o la mínima preparación del novicio, los exponen a errores groseros.

No se puede tolerar la sublime despreocupación del anestésiadador cuya fuga de la sala de operaciones para fumar un cigarrillo o dormir una siesta, es tan peligrosa como la desaprensión del anestésiadador cómodo, descuidado, inconsciente, cuyos pensamientos están lejos de la sala de operaciones... Tales "anestésistas peripatéticos", cada vez menos numerosos en nuestro

ambiente, son quienes poseen la mayor experiencia en paros cardíacos anestésicos...

¿Cuáles son las pequeñas fallas o los errores groseros que el anestésista ha de sortear para ver disminuida la mortalidad intra o postoperatoria, y paralelamente la morbilidad? La incapacidad en materia de anestesia es una de las causas de los accidentes. Hay listas largas de operaciones muy prolongadas que por el régimen de trabajo se deben cumplir en horas de la mañana. No alcanzan los anestésistas entrenados para cubrir tales requerimientos dentro de ese término. (Tanto el anestésista como el cirujano, deben ocuparse de su práctica privada por la tarde, si quieren hacer frente a sus necesidades económicas). Estas listas (por algún motivo que no alcanzamos a comprender) hay que cumplirlas íntegramente, aunque las últimas operaciones las realicen cirujanos y anestésistas fatigados, sin el material necesario, con oxígeno o sin oxígeno! Si por error se le ha dado de comer a un enfermo, no es motivo suficiente para postergar la intervención, dicen algunos, ¡no va a pasar nada! La bronconeumonía, por aspiración... ¡no es nada! La solución, según ellos, es improvisar anestésistas, en número suficiente y rápidamente (sin reparar en las condiciones exigibles al futuro anestésiadador). Dar anestesia no es difícil, pero dar anestesia sin hacer peligrar la vida del enfermo requiere un aprendizaje concentrado, bajo la tutela personal y exclusiva de un anestésiólogo de cierta experiencia. No será suficiente asistir a clases colectivas donde la instrucción consiste en que "el alumno copia en un cuaderno los apuntes que anotó el instructor en el pizarrón, sin que las ideas hayan pasado por la inteligencia de ninguno de los dos". Creemos firmemente, que el antiguo método del "preceptor" da mejores resultados, pues capacita al educando enseñándole los principios generales sin hacer mucho hincapié en detalles de información. La implantación por la Asociación de Anestesiología del "Certificado de Especialista en Anestesia" será dentro de pocos años una garantía de idoneidad en esta disciplina de tanta responsabilidad.

El anestésista debe conocer de antemano los principales detalles de la historia clínica del enfermo y ha de haber conversado previamente con él a fin de tranquilizarlo y prepararlo psicológicamente para la operación. Debe eliminarse la costumbre de tener al enfermo esperando (¡sentado a veces!) en un pasillo por donde entra y sale mucha gente. Se ha de evitar que sea llevado despierto a la mesa de operaciones, donde frecuentemente se lo tiene esperando, mientras en otra mesa ya están operando. En ocasiones, aparece algún médico, con guantes sucios de sangre, que quiere "tocar" el abdomen en ese momento, o viene otro que comenta el "caso", y finalmente, el cirujano empieza a "pintar" el campo operatorio (¡inclusive la región precordial, en previsión del paro cardíaco!). Mientras tanto, el anestésista prepara varios jeringas, sin rotularlas, golpea tubos de gas, y prueba con un ruidoso chorro si tiene suficiente oxígeno. Condiciones ideales para que se produzca un accidente al iniciar la anestesia! ¡Cuán distintamente se debe proceder!

Adecuadamente premedicado con una pequeña dosis de un hipnótico, y antiespasmódico protector del corazón como es el Demerol, junto

con Atropina para evitar la sobreactividad del parasimpático, el enfermo es traído en camilla hasta una salita de anestesia contigua a la sala de operaciones, por una enfermera, que se queda con él y lo anima, hasta que el anestesista se hace cargo para iniciar la inducción de la narcosis. Se dirá que esto no es realizable. ¡Si no se procede así, se expone al enfermo al paro cardíaco! De paso llamaremos la atención sobre la despreocupación, no ya de anestesiistas, sino de cirujanos y enfermeras, cuando al terminar una operación dejan a los enfermos profundamente dormidos y sin reflejos, en los pasillos cercanos a las salas operatorias, sin vigilancia. Si sucede un accidente asfíctico ¿quién es el responsable? ¿el anestesiista, el cirujano, la enfermera o el director del hospital?

No podemos pasar por alto la incorrecta aplicación que se hace de los barbitúricos intravenosos, especialmente en ambientes no quirúrgicos y por personal inexperto. El consultorio obstétrico, la clínica psiquiátrica y la ortopédica, los gabinetes de exodoncia y las mesas de radiología, rivalizan con los mal equipados quirófanos en el abuso de hipnóticos tan potentes como el pentotal, el kemital, el nesdonal, etc., por personas no especializadas. Cada vez que sea aplicado por un médico cualquier procedimiento anestésico, sea por bloqueo, o por narcosis, debe disponer de todos los equipos necesarios para tratar la depresión respiratoria (tubo de oxígeno, reductor de presión con llave de paso, goma de alimentación hasta una bolsa de respiración, conectada a una careta de adaptación hermética) y conocerá perfectamente como se procede a realizar la respiración artificial con estos elementos. Así combatirá la asfixia, principal causa de los paros cardíacos en ambientes no especializados. Si desea evitar los inconvenientes, imputables a la mala elección del método y la incorrecta ejecución, buscará la cooperación del médico especialista en anestesia.

La agradable inducción que se obtiene con los barbiturados por vía venosa, ha popularizado este método hasta el punto de que resulta casi una exigencia de los enfermos, "ser dormidos" en esta forma. Los peligros que acompañan a este procedimiento disminuyen a medida que aumenta la experiencia del anestesiadador. El principiante tomará buena nota de las siguientes precauciones, no siempre enseñadas ni practicadas por anestesistas con años de práctica:

El tiobarbiturato no es un anestésico propiamente dicho. De la sedación se pasa a la hipnosis y la narcosis, pero la abolición de las reacciones al dolor y la relajación muscular se obtienen recién al inyectar dosis capaces en muchos enfermos de provocar serias de presiones respiratorias e irreversibles intoxicaciones del miocardio. (Gran hipotensión y paro cardíaco). Es casi imposible prever cual es el enfermo que reaccionará mal al barbitúrico, de donde se desprende la necesidad de inyectar pequeñas cantidades, diluidas, y repetirlas según la necesidad.

Salvo en contadas indicaciones, se utilizará el barbitúrico únicamente para la inducción de la narcosis, en "dosis de sueño" (generalmente de 200 a 400 miligramos para el adulto normal). Raramente es necesario llegar hasta los 500 miligramos de pentotal sódico. (Ampollas de medio

gramo). *Condenamos la peligrosa práctica que enseñan en algunos servicios, de inyecciones masivas de hasta un gramo o más de pentotal.*

La pequeña y pasajera depresión respiratoria que en ocasiones se presenta durante la inducción barbitúrica es fácilmente contrarrestada con suaves compresiones manuales sobre la bolsa de respiración del aparato de anestesia cargada de oxígeno, al ajustar la careta y levantar el maxilar.

A veces se produce obstrucción respiratoria por caída de la lengua. Hay quienes enseñan a corregir este inconveniente introduciendo una "cácula de Mayo". Aunque en muchos casos esta maniobra es exitosa, en algunos enfermos provoca una reacción laringea más o menos intensa. Un anestesiista nos ha referido una muerte por espasmo laringeo de este origen. La analgesia tópica previa permitirá utilizar un tubo bucal o nasofaríngeo blando que así será tolerado bajo narcosis barbitúrica.

La acción disociada del pentotal (aparente anestesia y relajación, acompañadas de reflejos laringotraqueo-bronquiales exacerbados) es la causa de muchos paros cardíacos, por espasmos o reflejo vagal, al efectuar la intubación traqueal sin analgesia tópica o con insuficiente dosis de relajante muscular.

Sin entrar a considerar las indicaciones de la intubación traqueal, procedimiento del que mucho se abusa, sólo diremos que si han de aprovecharse las anestésias para apendicectomias para "hacerse la mano" con intubaciones, el método menos peligroso será el siguiente: inducción con pentotal sódico, "puente" de ciclopropano o protóxido de azoe, para pasar el éter, profundizando a medida que progresa la intervención. Al cerrar el peritónico, existe una buena relajación muscular por la anestesia etérea. En este momento es posible introducir el laringoscopio sin dificultades, reconocer las formaciones anatómicas y retirar el instrumento antes de que reaccione el operado. Una vez dominada la técnica de la laringoscopia, se podrá pasar a colocar un tubo traqueal, en caso necesario, y bajo anestesia etérea profunda, con buena excursión respiratoria, buen color y buen pulso.

Completando estas consideraciones sobre el abuso de los barbitúricos intravenosos, deseamos llamar la atención de los cirujanos que en ciertas circunstancias tiene la culpa de que se produzcan accidentes. Frente a la deshección post-operatoria, es frecuente que el cirujano, por diversos motivos, decida cerrar la herida en la misma cama del enfermo, y pida a un médico interno o a un anestesiista desprevenido "un poquito de pentotal". En estas condiciones al inyectar los primeros centímetros cúbicos, se produce la regurgitación o el vómito, sobreviene el espasmo de glotis y el paro cardíaco, por el mecanismo que ya hemos tratado. La anestesia para la pequeña intervención que requiere esta enojosa complicación quirúrgica debe ser hecha siempre por un anestesiista avezado, teniendo a mano todos los recursos para evitar o tratar situaciones que casi siempre aparecen en estos casos.

La mayoría de los accidentes anestésicos son primitivamente respiratorios. El peligro de excederse en la anestesia detiene al inexperto en planos demasiado superficiales, donde ciertos estímulos quirúrgicos provocan respuestas respira-

torias reflejas: la respiración se acelera, se profundiza, se acorta o el enfermo "hace fuerza" cerrando la glotis. Si persisten los espasmos, y se prolongan las apneas, o si el anestesista intenta profundizar apresuradamente el plano anestésico, es fácil producir un "paro cardíaco". El conocimiento del plano anestésico adecuado para determinado tiempo operatorio, permitirá al narcotizador atento, adelantarse a las necesidades del cirujano. No hay mejor entrenamiento para la apreciación de la relación "plano anestésico: estímulo quirúrgico" que un corto aprendizaje con el éter "gota a gota".

Hay quienes, frente a los malos resultados que obtienen con diversos anestésicos, quisieran limitar la anestesia general al éter, que según se dice, parecería poseer mayor margen de seguridad. No se librarán, con el éter gota a gota, o en circuito cerrado, de algunos laringoespasmos en la inducción, por irritación directa de vapores concentrados, ni se salvarán de la intoxicación aguda del miocardio cuando se cumplan demasiado bien y rápidamente las exigencias vocales de relajación. Además, se multiplicarán las "salas de recuperación", donde se destinarán las enfermeras para atender a enfermos que duermen horas enteras y vomitan días seguidos, recuperándose de una anestesia que ha alterado profundamente su fisiología normal. El objeto real de la "sala de recuperación" es la atención de enfermos delocados sometidos a intervenciones de gran riesgo, pero que "dejaron su anestesia en la sala de operaciones".

Artusio, distinguido fisiólogo norteamericano, ha publicado recientemente un detallado estudio sobre el éter, empleado en 150 intervenciones de cirugía cardíaca. Demuestra cómo es posible, con un estado de hipnosis y analgesia, realizar las más delicadas maniobras intracardíacas sin que aparezcan reflejos peligrosos.

Desde que Mushin nos explicó, al visitarnos en 1947, lo nocivo de las anestésicas que pasan del primer plano, anulando los mecanismos de compensación frente al "shock", algunos anestesistas argentinos hemos comprendido la simplicidad del concepto moderno de la anestesia, dividida en sus tres componentes: a) hipnosis, b) analgesia, c) relajación, cada una de las cuales se obtiene

con discretas, inocuas y reversibles dosis de fármacos de acción conocida y pronosticable. La acción hipnótica del tiobarbiturato se superpone a la analgesia de un gas débil (como el protóxido de azoe, o bien "aromas de éter"), y la resolución muscular se consigue por el curare. Esta concepción práctica satisface las exigencias de una "buena anestesia", ocasionando menos **desequilibrio** que un solo agente (como sería el éter) que "empapando" al enfermo, obtiene narcosis, anestesia, y relajación muscular.

Tal modalidad moderna de anestesia comparte con los métodos clásicos el inconveniente de la depresión respiratoria. No es posible obtener relajación muscular y silencio respiratorio, principalmente en operaciones sobre el abdomen superior, sin **comprometer** buen número de músculos intercostales. La insuficiente ventilación origina hipoxia e hipercarbia, y esta combinación anti-fisiológica es punto de partida de alteraciones circulatorias, hipertensión e hipotensión arterial, arritmia y paro cardíaco. De ahí la necesidad al utilizar técnicas anestésicas que reduzcan la ventilación pulmonar (anestesia etérea profunda, o curarización, o mismo analgesia raquídea) de complementar eficientemente la respiración automática con presiones rítmicas sobre la bolsa de anestesia "apoyando" la respiración durante todo el tiempo que dure la insuficiencia respiratoria para que no parezcan las alteraciones enunciadas. Esto significará una atención más cuidadosa del enfermo, y hasta un cierto esfuerzo físico, que redundarán en beneficio del mejor resultado operatorio: menos "shock", y menos "paros cardíacos".

Pocas son, en fin, las reglas básicas cuya observación cuidadosa es perentoria si se quiere evitar las muchas "muertes anestésicas" que en ciertos servicios quirúrgicos constituyen un problema realmente serio. Enseñanza individual, intensiva, y bajo supervisión personal, de médicos cuyo interés principal será la vigilancia sin tregua del enfermo anestesiado, para que su fisiología, agredida por la enfermedad y la cirugía que la ha de curar, no se vea aún más desequilibrada por una anestesia incorrectamente elegida y mal aplicada.

"¡Duerme, yo velaré tu sueño!"

MIEDO A LA MUERTE EN EL ENFERMO QUIRURGICO

por el Dr. Miguel Ángel Gigena, Jefe del Servicio de Anestesia y Quirófanos del Hospital Neuquén

El miedo al acto anestésico-quirúrgico al no ser debidamente comprendido o tenido en cuenta, puede generar ansiedad, depresión, etc. aún en pacientes bien equilibrados. El miedo puede llamarse miedo a la muerte o miedo al dolor, y a no poder soportarlo, que también es morir, y miedo al deterioro físico u orgánico.

Teniendo en cuenta la anestesia, el miedo al dolor es relativamente fácil de calmar en algunos pacientes, pero en muchos la anestesia provoca miedo a la pérdida de control, y refuerza el temor a la muerte a través de no despertar o morir por asfixia. Hay que darle mucha importan-

Continúa

cia a la parte informativa, lo que se hace en la preparación al parto sin temor. El paciente al conocer el proceso y la forma en que desarrollará con el apoyo emocional y afectivo adecuado se transformará en un participante activo junto al equipo médico. Al disminuir el factor de stress se facilita el trabajo de equipo quirúrgico, tanto en lo que se refiere a la etapa de inducción como a la intervención en sí.

El paciente no es una cosa es una persona y eso no hay que olvidárselo nunca. La información por supuesto debe ser adecuada a su edad y nivel intelectual, pero siempre debe darse lo cual es reconocer y calificar al paciente.

Como un aporte a este excelente trabajo del maestro anestesiólogo Dr. O. Elder cuya vigencia trasciende al momento mismo en que fue escrito y cuya publicación enaltece el trabajo de los redactores de esta publicación de la Sociedad de Medicina Rural, quiero referirme a ciertas características del trabajo del médico anestesiólogo y en última instancia al funcionamiento del equipo quirúrgico.

El anestesiólogo goza del raro privilegio de ser depositario del paciente y su vida, el aforismo con que termina el trabajo del Dr. Elder "Duerme que yo velaré tu sueño", significa que el control de partes vitales del enfermo, como circulación, respiración, homeostasis, etc. y aparte la identificación a veces a nivel no conciente, en los padecimientos del paciente, corren por su cuenta. El Cirujano aísla un campo y trabaja con un objeto quirúrgico. En muchos casos el anestesiólogo tiene limitada sus posibilidades de intervenir en lo que está ocurriendo en el campo quirúrgico, pero depende de su técnica y estrategia el éxito de la intervención.

A pesar de todo es un ser anónimo, en franca dependencia con el cirujano, y cuando no transformarse en "chivo emisario" de sus sentimientos de fracaso, depresión, agresión, etc. De este desfazaje entre la responsabilidad por un lado y la dependencia con el cirujano y el anonimato por otra, surgen en el especialista una serie de emociones negativas que debe conocer y manejar para poder compensarse.

CURSO DE ADMINISTRACION HOSPITALARIA

EL HOSPITAL (1)

El hospital desde su nacimiento es la institución que la comunidad creó con el fin de resolver problemas de salud y enfermedad. La evolución histórica del hospital está ligada estrechamente a la evolución de la sociedad y a los adelantos científicos y técnicos de la humanidad.

Si bien en un principio el hombre con poder material no salía de su ámbito cuando le acaecían los eventos de la enfermedad y las perspectivas de la muerte y los hospitales estaban destinados a ser reservorio de dolientes sin esperanzas, paulatinamente la tecnología y la limitación y costo de los recursos, que también es mejor distribución de los recursos puesto que están a disposición de más personas. Llevan al ser humano a que en su vida, casi fatalmente, pase una parte crítica de ella en una institución que no es su hogar y en el momento de su mayor minusvalía.

Sin embargo debemos hacer notar que la literatura ha fijado esos diversos momentos históricos del hospital con definiciones que son expresión de cada época. Así, la definición que dice: **el Hospital es el establecimiento en que se curan enfermos, por lo general pobres**, está muy lejos de todo lo que quiere decir aquella otra que lo resume con **el hospital es el centro de salud de la comunidad**.

En la primera, solo se hace mención de una función, la reparadora, olvidando las de prevención, promoción y rehabilitación que implica la segunda. Además la primera restringe el uso a un solo tipo de usuario: los pobres, como si la indigencia material no fuese, como lo es hoy, una condición relativa a la que el hombre solitario se ve expuesto. La segunda hace hincapié en la

Por el Dr. OSVALDO PELLIN, Jefe Servicio
Pediatría Hospital Neuquén

comunidad en su doble acepción totalizadora: todos los habitantes sin distinción, lo que implica con seguridad la necesidad de su agrupamiento y esfuerzo conjunto, hecho imprescindible para afrontar los eventos de la salud y la enfermedad.

Sin embargo el hospital desde comienzo del siglo, coincidiendo con el cambio espectacular que aportaron los descubrimientos científicos, se perfila, quizás por el gran impacto de las teorías de entonces, hacia planteos reparativos y actitudes mecanicistas que tienden a aislarlo de los verdaderos problemas de salud y enfermedad que enfrenta el hombre contemporáneo, que suele contemplar azorado como su humanidad se fracciona en entes que lo alienan y suelen no resolver sus problemas. Por eso es fundamental que se tienda a un acercamiento en los conceptos sobre enfermedad y salud que tiene el público y los profesionales, pues como dice Eisenberg "Los pacientes sufren alteraciones" y "los médicos tratan enfermedades"... "los trastornos son **experiencias** de cambios nocivos en los estados del ser y en la función social; las enfermedades en el modelo científico de la medicina moderna son **anomalías** en la **estructura** y **función** de los órganos y sistemas corporales."

Funciones del hospital

Son tres: **asistencia o atención médica, docencia e investigación**, sin olvidar la función social que las engloba a todas y que dejará su impronta de acuerdo a las características de la sociedad y el momento histórico que ésta vive.

Continúa

Dichas funciones no son partes paralelas de un todo, por el contrario se integran en la previsión, la acción y los resultados.

De este modo el hospital se ha convertido en el efector que concentra y ejecuta las actividades totales del sistema de salud. En este sentido ya no se admite que el paso del hospital tradicional al moderno deba hacerse a través de experiencias piloto (la optimización de la parte no implica la optimización de todo) sino a través de experiencias totalizadoras del sistema.

El hospital moderno tiende hacia:

- atención personalizada.
- atención preventiva y de promoción de la salud.
- apertura hacia la comunidad

docencia para la totalidad del personal. investigación de aspectos clínicos, epidemiológicos, psicosociales y administrativos. Para su concreción es menester que el sistema cultural del país difunda los **objetivos** a largo plazo, se programen los recursos necesarios para el mediano plazo y se concreten aquellos a través de una **organización** adecuada.

Las áreas críticas del hospital moderno son numerosas pero podríamos citar algunas de las que son de por sí motivo de profunda reflexión:

Las relaciones de los médicos de zona con el hospital cabecera: puesto que el hospital es efector de una red de establecimientos para un área determinada, el escalonamiento asistencial, docente y de investigación debe ser cuidadosamente normatizado.

La utilización de los recursos diagnósticos: dado su alto costo es menester considerar su máxima utilización incluyendo en un programa al efecto a toda el área.

Mecanismos para la internación de pacientes y seguimiento posterior: uno señala la necesidad de normas bien conocidas no solo por médicos sino por personal del hospital y los propios usuarios y otro hace presumir un sistema de seguimiento domiciliario como proyección del hospital.

No debe haber disparidad en la atención en los distintos establecimientos de la red: ello puede solucionarse a través de insumos adecuados y distribuidos equilibradamente y de la docencia.

Superposición de recursos y jurisdicciones: problema básico que hace a la irracionalidad de un sistema de atención porque eleva los costos, impide la concreción de experiencias en forma homogénea y retarda el proceso de modernización.

Coordinación intersectorial: fundamental para las tareas a nivel primario o comunitario. Debe provenir de un paso previo que es la integración de los planes de gobierno.

Evaluación de su labor: un hospital no tiene el derecho de ignorar lo que produce y con que nivel de eficiencia lo realiza. Insume demasiados recursos como para permitirse esa actitud. Debe tenderse a hacer de la evaluación de resultados un mecanismo sistemático que comprenda desde la etapa de planificación.

Apertura a la comunidad: aspecto de importancia múltiple que involucra:

- a) comprender el sentido que la comunidad

da a los conceptos de salud y enfermedad, incorporarlos y funcionar de acuerdo con ellos.

b) Colaboración del usuario en el quehacer preventivo y de promoción de la salud en su comunidad.

c) Incorporar recursos y planear su utilización solo si serán útiles a la comunidad, si su costo no se justifica en relación a los beneficios a obtener, si no serán generadores de iatrogenia.

d) Incorporar a la comunidad al gobierno hospitalario.

e) Saber cuales son los daños prevalentes que lo afectan y luchar coordinada y prioritariamente frente a ellos.

Finalmente, no olvidar aquello de los óptimos sucesivos y pensar que la cobertura de necesidades postergadas genera otras necesidades cuya cobertura demandará mayores esfuerzos.

Respecto a la **función docente**, es necesario remarcar que ésta involucra a todo el personal del hospital. La docencia debe ser sistemática y en servicio y no debe marginarse al hospital como laboratorio excelente para la formación profesional, cuyos objetivos en ese aspecto comprometen toda su vida. La docencia mejora la asistencia cuando está integrada a ella. La asistencia sin docencia cae en la rutina y en la desmotivación pues carece de perspectivas futuras. Pero la docencia elitista o mecanicista, buscadora de la rareza para justificar su información, ya que no su conocimiento, olvida el servicio, esencia del hospital. Tanto la formación del médico como la de otros profesionales debe comenzar en el pregrado en el hospital, continuar en el postgrado y si es posible a través de programas sistemáticos como las Residencias Médicas y no finalizar nunca a través de modalidades de Educación Continua con su verdadera necesidad del personal médico hospitalario.

La **investigación** es parte integrante de las funciones del hospital moderno y, como éste, sufre las transiciones propias de salir de los esquemas tradicionales, que en general eran de investigación de laboratorio, hacia el campo comunitario e interdisciplinario. Puede abarcar tres etapas: la de los insumos (estableciendo condiciones de eficiencia de los servicios; la de producción (a través de la eficacia de la prestación clínica individual, comparada o no con otros establecimientos) y la de resultados (valorando la calidad de la prestación para problemas prevalentes).

Organización:

La organización implica el doble proceso aparentemente contradictorio de agrupar constituyendo unidades de trabajo y diferenciar o separar los campos de éstas para enlazarlos por medio de la coordinación. Es, dicho de otro modo, adecuar los recursos humanos a las funciones que deban realizar.

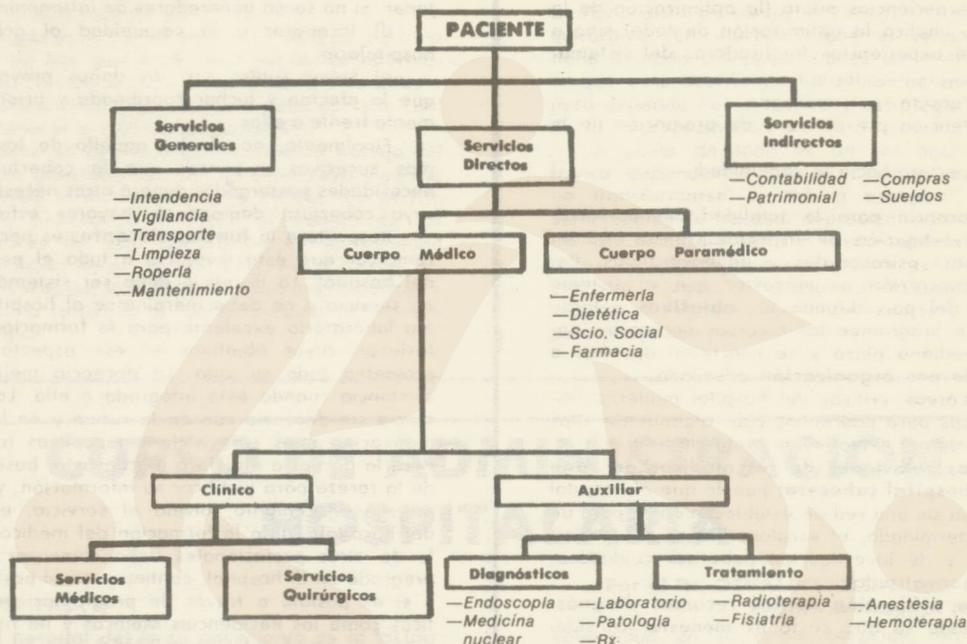
El trabajo en el hospital se divide teniendo en cuenta la relación que guardan con el paciente. Así tenemos: **Servicios Directos** que son aquellos que tienen contacto con el paciente y **Servicios Indirectos** de apoyo a los primeros. Todas las unidades en que se divide el trabajo profesional y no profesional, tienen en el hospital componentes técnicos y administrativos cuya proporción

Continúa

varía en función de la escala gerencial o jerárquica. No obstante los aspectos jerárquicos o de instancias reflejadas en el organigrama hay actividades que funcionan de acuerdo a la estructura de equipo, intercambiando cada unidad sus recursos humanos con un fin determinado, por

ejemplo: el equipo quirúrgico. Son los recursos humanos, objetivo de la organización, los que determinan el funcionamiento del hospital, su coordinación y trabajo armónico.

A continuación se presenta el equipo de servicios de un hospital cuyo fin es el paciente.



Organización del cuerpo médico

En algunos países se acepta que los directivos de un hospital no sean forzosamente médicos, pero el Cuerpo Médico está organizado y tiene un autogobierno regido por reglamentaciones. En los hospitales privados, el consejo de médicos no depende sino de los dueños del hospital o de sus comunidades y maneja la aceptación de nuevos ingresos médicos. No percibe remuneración por esa labor colegiada y es responsable del diagnóstico y tratamiento de los pacientes. En los mismos hospitales el director no médico maneja todos los servicios indirectos y los directos efectuados por el cuerpo de médicos residentes. En un hospital público, el director suele ser médico y el cuerpo médico es asalariado y está en línea de dependencia de él.

El personal médico hospitalario puede clasificarse en: (2)

-Personal médico regular, que incluye:

- Jefe del personal médico
- Jefe de Departamento
- Especialista o médico de base
- Adscripto

-Personal médico residente:

- Jefe de residentes
- Residentes
- Internos

-Personal médico honorario: son médicos de prestigio que reciben por su valor remuneración.

-Personal médico agregado:

- Consultores (para hospitales chicos)
- Asociados (para tareas de docencia e inves-

tigación)

Adjuntos (se les permite internar)

Visitantes (para capacitación)

COMPLEJIDAD HOSPITALARIA

Comenzamos diciendo que complejidad no es igual a calidad. La complejidad de un establecimiento es el grado de desagregación y desarrollo con que se realizan sus prestaciones, (en otras palabras, es el número de actividades o tareas diversificadas y el grado de desarrollo alcanzadas por las mismas).

Calidad de atención involucra una serie de aspectos conducentes a dar la mejor atención posible al menor costo, a toda la población, que es en sí misma un factor de valorización en cuanto manifiesta la forma en que está recibiendo la atención médica.

Los "niveles de complejidad" implican una forma de clasificar los establecimientos en función del nivel de los recursos disponibles y de las modalidades operativas con que los mismos prestan el servicio.

Los distintos niveles se clasifican del I al IX, siendo el primero el más sencillo y el IX el de mayor complejidad (o sea donde se desarrollan mayor cantidad de actividades y con un gran grado de desarrollo).

Los niveles I, II, V, VII, corresponden a servicios sin internación.

Los niveles III, IV, VI, VIII y IX, corresponden a servicios con internación.

La docencia e investigación sistemática según esta clasificación se da en los niveles VIII, IX.

Nivel I: Atención ambulatoria exclusivamente.

Visita médica periódica programada y atención permanente de enfermería. Marcado énfasis en medicina preventiva y constituye la comunicación básica entre la comunidad y los servicios de salud. (Ej.: nuestros Puestos Sanitarios).

Nivel II: Atención ambulatoria exclusivamente. Atención médica general. Es un nivel de atención primaria (Ejemplo: consultorios periféricos).

Nivel III: Atención ambulatoria e internación de tipo general (no especializada). Ejemplo: (hospitales rurales).

Nivel IV: Atención ambulatoria e internación, en ambos casos diferenciadas en las cuatro clínicas básicas: clínica médica, pediatría, cirugía y tocoginecología. Ej.: Hospital de Zapala o de San Martín de los Andes.

Nivel V: Atención exclusivamente ambulatoria discriminada en Clínica Médica, Pediatría y tocoginecología. Puede tener laboratorio y radiología para exámenes de rutina.

Nivel VI: Atención ambulatoria e internación diferenciada en las cuatro clínicas básicas más algunas especialidades críticas (otorrinolaringología, traumatología, oftalmología) y un mayor desarrollo de los servicios de diagnóstico y tratamiento: anatomía patológica, electrodiagnóstico, etc.

Nivel VII: Atención ambulatoria. Similar al Nivel V pero con atención externa de algunas especialidades quirúrgicas.

Nivel VIII: Atención ambulatoria e internación: Amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas. Servicios auxiliares de gran complejidad (Radioterapia, Medicina Nuclear, etc.)

Nivel IX: La máxima complejidad. La diferencia con el anterior es solo cuantitativa y obedece a la mayor cantidad de subespecialidades, tanto en las clínicas como en los servicios intermedios y en los generales. Gran desarrollo de la docencia.

El presente es un resumen de la clase dictada en el Curso de Administración Hospitalaria organizado por la Zona Sanitaria 1 en octubre de 1980. En su contenido se vierten frases a veces textuales de la bibliografía consultada. La orientación general de texto es lo único original y de total responsabilidad del autor.

Clasificación teórica extraída de Barbin. Cada jurisdicción puede darse de acuerdo con los lineamientos generales del Sistema, su propio código de funciones y denominaciones en la organización del cuerpo médico.

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LA ENDEMIAS HIDATIDICA EN LA PROVINCIA DEL NEUQUEN Y EVOLUCION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO DE LA HIDATIDOSIS HUMANA

Autores:

Dr. ENRIQUE I. ZABERT. (Médico). Director del Hospital Bouquet Roldán (Neuquén). Jefe del Programa de Control de la Tuberculosis de la Provincia del Neuquén.

Dr. HORACIO LORES. (Médico). Médico del Servicio de Tisiopneumología del Hospital Bouquet Roldán. Ex Director de Atención Médica de la Provincia del Neuquén.

Dra. MARTA CLARA SCHVED DE GALARDI. (Bioquímica). A cargo del Laboratorio de Zoonosis del Hospital Bouquet Roldán.

Sr. JUAN CARLOS SALAZAR. (Técnico Estadístico). Jefe del Departamento de Estadísticas del Hospital Bouquet Roldán.

Fecha: Octubre de 1978.

1. INTRODUCCION

En el presente trabajo se analizan las principales características epidemiológicas de la hidatidosis en la Provincia del Neuquén y los procedimientos diagnósticos utilizados a partir de 1960, señalando aquellos que son más útiles en los catastros de población para la búsqueda de casos y los que pueden utilizarse en situaciones individuales.

2. PRESENTACION DEL PROBLEMA

2.1. Características geodemográficas de la Provincia del Neuquén

La Provincia del Neuquén tiene la forma de un triángulo cuya base corresponde a la Cordillera de los Andes y su vértice a la confluencia de los ríos Neuquén y Limay.

Su superficie es de 94.078 km² y la población alcanza a los 212.877 habitantes con una densidad de 2,26 habitantes por km². Se trata de una población joven con un 38,8% de menores de 15 años.

Se estima que alrededor del 30% es población rural, en gran parte dedicada a la producción agropecuaria y una proporción de ella tiene características de nomadismo trasladándose a las veranadas e invernadas para un mejor aprovechamiento de las pasturas. La ganadería predominante es la ovina con un 63,64%.

2.2. Infección hidatídica en perros

En el año 1972 la infección hidatídica en perros era de 27%, según un trabajo por muestreo efectuado en el Departamento de Huiliches.

2.3 Prevalencia de hidatidosis en el ganado

En el mismo trabajo se comprobó sobre 1862 animales bovinos y ovinos de 6 a 8 años de edad faenados en mataderos, una prevalencia de hidatidosis del 85%, siendo la localización predominante, en los bovinos la pulmonar y en los ovinos la múltiple: hígado y pulmón.

2.4. Prevalencia de la hidatidosis en el hombre

A partir de los catastros abreugráficos iniciados en el año 1960 con el objeto de detectar tuberculosis comenzaron a observarse imágenes radiológicas sospechosas de hidatidosis con una frecuencia desusada.

Estudios similares fueron realizados por Minoprio y col. en la zona de Malargue (Pcia. de Mendoza), obteniéndose resultados parecidos.

La mayoría de estos hallazgos tuvieron confirmación quirúrgica.

En catastros abreuográficos de población supesta sana efectuados en la Provincia del Neuquén desde diciembre de 1961 hasta la actualidad, se examinaron 60.813 personas detectándose 276 sombras sospechosas de hidatidosis cuya gran mayoría fue luego confirmada (en los pacientes operados se constató un error de diagnóstico del 1%, siendo un caso un neurinoma y otro un tuberculoma).

La prevalencia hidatídica hallada fue de 0,47%.

En el último catastro realizado en mayo de 1978 en la escuela primaria de la localidad de Piedra del Aguila se examinaron clínica, radiológica y serológicamente en búsqueda de hidatidosis a 116 niños hallándose 5 casos que a la radiología y/o a la serología daban fuerte sospecha de hidatidosis. Ello significa una prevalencia de 4,3%.

Otros estudios únicamente radiológicos realizados en Loncopué y Huiliches revelaron prevalencias del 1,2% pero en población indígena la misma se elevaba a 1,5%.

Estos estudios fueron realizados en zonas de alta endemia hidatídica, rurales, donde se encuentra la triada hombre-perro-ganado- en íntima relación, lo que favorece el ciclo de la hidatidosis.

La comparación con la República Oriental del Uruguay considerada como una de las regiones de más alta prevalencia muestra que en ésta, sobre 630.123 abreuografías efectuadas en el catastro de todo el país en 1965 se detectaron 278 quistes, con una prevalencia de 0,04%, siendo la más alta la del Departamento Flores con 0,12%.

De todo lo expresado se infiere que la hidatidosis constituye en la Provincia del Neuquén un problema de salud pública de gran magnitud que afecta en especial a la población rural de características sociales más vulnerables.

3. EVOLUCION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO DE LA HIDATIDOSIS HUMANA

3.1. Diagnóstico clínico

En nuestra provincia hasta el año 1960 el diagnóstico de hidatidosis se basaba fundamentalmente en la demanda espontánea de pacientes que consultaban por sintomatología generalmente ya avanzada o por complicaciones (vómitos, hemoptisis, etc.) no existiendo hasta entonces una búsqueda de casos programada.

3.2. Diagnóstico radiológico

Con la iniciación en 1960 de los programas de lucha antituberculosa se realizan catastros radiológicos poblacionales que dejan como subproducto el hallazgo de casos de hidatidosis en portadores asintomáticos.

Si bien actualmente la abreuografía masiva ha perdido importancia en la metodología de búsqueda de casos de tuberculosis, la alta prevalencia hidatídica en la Provincia del Neuquén que supera francamente a la tuberculosa, nos permite afirmar que este método tiene plena vigencia en nuestros programas de salud.

En los últimos años hemos podido contar con otros procedimientos radiológicos que en casos individuales han sido utilizados para confirmar el diagnóstico, tal como la hepatocolografía intravenosa que en manos expertas ha permitido describir signos patognomónicos de

hidatidosis hepática.

3.3. Diagnóstico de laboratorio

En años recientes se han desarrollado técnicas de diagnóstico serológico que se han incorporado a la rutina de la búsqueda de enfermos de hidatidosis.

Están basadas en la detección de anticuerpos circulantes del tipo de las inmunoglobulinas, siendo las siguientes las técnicas principales: **Prueba de aglutinación del látex:** es una prueba de lectura rápida, especial para screening, en la cual se confrontan partículas de látex sensibilizado con antígenos con el suero del paciente. Es muy sensible aunque no totalmente específica (los falsos positivos son solo del dos por mil).

Prueba de la doble difusión (DD5): En la actualidad está reemplazando a la Inmunolectroforesis que permite detectar el arco 5 descrito por Capron como patognomónico de echinococosis. Es una doble difusión entre el suero del paciente y el suero control anti-antígeno del arco 5 y por lo tanto aún más específica que la inmunolectroforesis.

La presencia de identidad inmunológica nos daría la certeza de enfermedad, en cambio en su ausencia no se debe descartar una hidatidosis.

Todas las reacciones serológicas dependen del estado del quiste, siendo más sensibles en los quistes recientemente rotos o alterados que en los hialinos.

Ello se debe a la mayor o menor permeabilidad de la capa germinal para las macromoléculas antigénicas contenidas en el líquido hidatídico. Por otra parte la positividad serológica parece ser más frecuente en las formas extrapulmonares, en especial hepáticas, que en las pulmonares.

Es de menor valor la **Prueba de la Hemoaglutinación Indirecta**, de técnica más complicada y de menor especificidad. Tienen valor diagnóstico únicamente los títulos elevados.

Se ha dejado de usar la **Intradermorreacción de Cassoni** por su alta inespecificidad, al igual que la **Reacción de Fijación del Complejeto de Ghedini** por su alta tasa de falsos positivos y baja especificidad.

3.4. Otros métodos

La **centellografía**, de reciente incorporación en nuestra región, ha permitido en algunos casos clarificar el diagnóstico.

Creemos que es de utilidad la incorporación del **ultrasonido**. Aunque contamos con muy poca experiencia al respecto lo consideramos de valor, máxime teniendo en cuenta su inocuidad.

Por último, citamos a la **tomografía computada** como el último avance tecnológico de nuestro tiempo para ser usado en forma muy selectiva.

4. CONCLUSIONES

Consideramos, a la luz de nuestra experiencia, que los procedimientos de diagnóstico con que se cuenta actualmente no se excluyen, sino que se complementan entre sí. Hay casos en los cuales es necesario recurrir al conjunto de métodos disponibles para llegar al diagnóstico y para esclarecer la posible vía de abordaje quirúrgico a utilizar.

El diagnóstico de la hidatidosis debe contemplar dos aspectos diferentes; por un lado la **búsqueda activa de casos en supuestos sanos y**

por otro el **diagnóstico del caso individual.**

Para el primero se cuenta fundamentalmente con el catastro abreugráfico, método prioritario por ser el que permite detectar el mayor número de casos, no solo pulmonares sino también extrapulmonares, complementado por la investigación serológica. Estos procedimientos se complementan por cuanto la mayoría de los quistes ubicados en el pulmón son negativos a la serología y en cambio el laboratorio permite a veces el diagnóstico de enfermedad que pasaría desapercibida si solo se utilizara la radiología pulmonar. En algunos de los casos que solo dieron serología positiva se han encontrado quistes de ubicación extrapulmonar, mientras que en otros, no se ha conseguido ubicarlos con los métodos a nuestro alcance.

Utilizando ambos procedimientos en forma conjunta el rendimiento aumenta considerablemente.

Para el diagnóstico individual, sea por demanda espontánea o para detectar el quiste en aquellos casos de serología positiva y radiología negativa, se cuenta con todos los procedimientos complementarios habituales: neumoperitoneo, urograma, etc.

Por último, es necesario reafirmar la importancia de los antecedentes del paciente: lugar de procedencia, contacto con animales y perros, faena domiciliaria de animales, etc. y del examen clínico cuidadosamente realizado, pues casi siempre nos permiten el hallazgo de datos importan-

tes, a veces pequeños indicios, que ponen a prueba la sagacidad del médico para orientarse precozmente hacia el diagnóstico correcto.

BIBLIOGRAFIA

- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Junio de 1975.
- Coltorti E.A. y Varela Díaz V.M. Medicine (Argentina) 6, 503-511. 1978.
- Evaluación de las tareas efectuadas en el 7º año de labores. Programa Integral de Estudio y Lucha contra la Hidatidosis. Pcia. del Neuquén.
- Minoprio J.L. y Col. Epidemiología de la Hidatidosis en Mendoza. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. Vol. XII. Mendoza. Pág. 371. Año 1966.
- Minoprio y col. Importancia de los catastros abreugráficos en hidatidosis. Archivos Internacionales de la hidatidosis. Vol. XXIV. San Martín de los Andes. Pág. 332. Año 1970.
- Moguillansky P. Radiología de la Equinococosis hidatídica. Archivos Internacionales de la hidatidosis. Mendoza. Pág. 461. Año 1966.
- Programa de Control de la Hidatidosis. Pcia. del Neuquén. Año 1972.
- Zabert E. Hidatidosis en Centenario y Zapala. Archivos Internacionales de la hidatidosis. Vol. XII. Mendoza. Pág. 223. Año 1966.
- Zabert E., Kurchan N., Pellin O. Conocimiento de la Hidatidosis a través de ocho años de lucha antituberculosa. Archivos Argentinos de la Hidatidosis. Vol. XXIV. San Martín de los Andes. Pág. 363. Año 1970.

**PRIMERAS JORNADAS DE MEDICINA LEGAL
19 AL 21 OCTUBRE 1979 - Recomendaciones Finales**

1) El informe pericial médico debe ser claro y preciso, redactado con vocabulario accesible y resultar lo más explicativo posible, tanto para el Juez como para las partes. El perito deberá abstenerse de formular apreciaciones jurídicas que competen al Juez y limitarse a dictaminar según las reglas de su ciencia.

2) El médico está obligado a guardar el secreto profesional, que solamente podrá revelar cuando mediare justa causa. Tratándose de delitos de los cuales hayan tomado conocimiento en razón del ejercicio profesional —sea privado o público— deberán atenerse a la jurisprudencia vigente en el lugar. Si ésta confiere primacía al deber de denunciar deberá privar está obligación sobre la de guardar secreto. En la Capital Federal la jurisprudencia es de sentido contrario, es decir, preferiré el deber de guardar el secreto y no el de denunciar delitos, aun tratándose de médicos-funcionarios públicos (Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional, **en pleno**, in re "Frias, Natividad, año 1966).

3) El certificado médico debe contener sola-

mente el resultado de las observaciones hechas por el profesional y ser redactado también con la mayor claridad posible. En la certificación el médico debe ser cauto y veraz, pues la ley penal sanciona como delito la creación de un certificado médico ideológicamente falso, es decir, de contenido mentiroso o discordante con la realidad. Esto ocurre, por supuesto, cuando el médico tiene conciencia de la falsedad que asienta, es decir, cuando obra con dolo. El delito no admite la forma culposa, por lo cual queda fuera del ámbito de punibilidad el mero error de diagnóstico, aunque fuera grueso, pero asentado de buena fe por el médico.

Tratándose de certificados de defunción, el médico está obligado a extender el mismo cuando constatare la muerte, redactando la primera parte del formulario y solamente deberá completar la segunda parte —causas de la muerte— cuando hubiera tenido conocimiento directo del deceso. De lo contrario, deberá simplemente dejar constancia de una muerte dudosa y de la necesidad de efectuar autopsia.

SABIDURIA POPULAR

Dr. R. Bouissou (tomada de Salud Mundial)

La paremiología es la ciencia de los refranes, sentencia nacidas de la experiencia común o consejos prácticos de raíz popular, que pertenecen a lo que se ha dado en llamar la "sabiduría de los pueblos".

Fórmulas breves, rimadas, espontáneas, y

por ende, fáciles de recordar, los refranes tienen una actualidad perenne que resume todo lo que guarda relación con la vida de los hombres en sociedad.

Hay una paremiología médica que abarca todas las facetas del arte de curar y que es un verdadero compendio de historia de la medicina, donde verdades efímeras y verdades multisecula-

res, tratamientos y remedios, reglas de higiene, de diagnóstico y de pronóstico y juicios sobre la enseñanza de la medicina se mezclan en un amasijo heteróclito.

Los refranes "médicos" son muy numerosos y su estudio resulta apasionante por su variedad, su originalidad, el saber de que dan testimonio o las cuestiones que plantean. Hace más de 2000 años, no vacilaban en proclamar los chinos: "Si quieres dar a tu hijo una vida sosegada procura que no coma nunca hasta el hartazgo y que tenga siempre un resfriado". En los refranes españoles aparece la noción de inmunidad: "Veneno que sólo se cata, ni daña ni mata". "No hay mal que por bien no venga". Estos refranes inmunológicos tienen en la actualidad interés científico y sus autores remotos e ignotos deberían ser tenidos por precursores de la ciencia moderna.

Excepticismo y medicina siempre han ido juntos. Franceses y españoles no vacilan en aconsejar, con su chispa de sarcasmo: "Remedio que sana, no lo dejes para mañana". Tampoco se libran de críticas y sarcasmos los que componen "los medicamentos" "Si las píldoras tuvieran buen sabor no habría que dorarlas", "El médico viejo, el cirujano mozo y el boticario rico". No se vea malevolencia alguna en este refrán el boticario debe ser rico para poder renovar a menudo sus existencias de medicamentos.

El proverbio árabe "contra la muerte no hay remedio" fija, sin embargo los límites del arte de curar. Pero no hay medicina sin optimismo y "mientras hay vida hay esperanza"; el médico, en efecto, nunca debe desesperar, en presencia de enfermedades graves, ha de recordar que "a grandes males grandes remedios". A veces el arsenal terapéutico se reduce, según otro proverbio inglés, portento de cordura y de concisión, a tres principios: "No hay mejores médicos que el Dr. Dieta, el Dr. Descanso y el Dr. Optimismo".

La abundancia de consejos sobre cuestiones de higiene o de profilaxis no cede en nada a la de sarcasmos contra los galenos y sus adláteres. El viejo adagio francés: "Levántate a las cinco, almuerza a las nueve, cena a las cinco, acuéstate a las nueve, y vivirás noventa y nueve" se graba fácilmente en la memoria. Los italianos, por su parte, aconsejan: "Ten la cabeza al fresco, vientre suelto, los pies calientes y riñete del médico". Los mismo dicen los rusos: "Cabeza al fresco, vientre ayuno y pies calientes".

Muchas condiciones de higiene de la vivienda se resumen en este refrán español: "Si no entra el sol por tu ventana, entrará el médico por tu puerta".

Todos los alimentos, sanos o perjudiciales, han dejado rastros en la paremiología de la higiene alimentaria: "No matan ayunos, sino desayunos", ruso, "De grandes cenas están las sepulturas llenas" español, o "Más matan las cenas que sanó Avicena" (español), "Más mata la gula que la espada".

"Más vale prevenir que curar" dice un adagio antiquísimo que la OMS ha erigido en norma de su acción.

"Conservar la salud, curar la enfermedad, ese es tu arte, médico". Esta máxima originaria de Salerno expresaba ya en el siglo XII lo que todavía se tiene por verdad indiscutida.

Una de las características principales de las

enfermedades es, para rusos y franceses, la rapidez con que sobrevienen: "Las enfermedades llegan a caballo y se alejan a pie". A veces el pronóstico es fulgurante. "Dolor de ijada, cruz alzada" o "Día de purga, día de entierro" son proverbios inspirados a la sabiduría popular española e italiana por el miedo a la apendicitis y a los errores cometidos en su tratamiento. Otro refrán de pronóstico, "La tos es el tambor de la muerte", da idea del terror que inspiraba la tuberculosis pulmonar en una época en que la tisis ocupaba uno de los primeros lugares en las estadísticas de mortalidad.

Esta trilogía de refranes recomienda un tratamiento de abstención para las enfermedades de los ojos: "el que tiene mal de ojos, sana al cabo de diez días si no se los manosea"; "Para curarte los ojos, atate las manos"; "Mal de ojos con el codo se cura".

La subiduría popular dicta sentencia sobre las actividades del enfermo, sobre lo que piensa éste del médico y sobre las relaciones entre ambos. El refranero recomienda ante todo la confianza. "Si el enfermo oculta su enfermedad, vanos serán los esfuerzos del médico", dice un proverbio ruso, al que hacen coro dos franceses: "Al médico y al abogado, la verdad por delante" y "Quien quiere sanar, con el médico no ha de disimular".

Así y todo la psicoterapia no es palabrería hueca, el tratamiento del ánimo es tan antiguo como la medicina y los proverbios psicoterapéuticos abundan en todos los refraneros. "La sonrisa del médico, es salud al enfermo" y "El médico es sanador de cuerpos y almas".

Hombre de autoridad con derecho de vida y muerte, el médico desencadena en sus enfermos reacciones ambivalentes: de temor y respeto, de confianza total, pero consciente de los límites del arte de curar y, muchas veces de su impotencia. Tres elementos se repiten hasta la saciedad en los juicios que forma el enfermo sobre el médico: la edad, la experiencia-madre de la ciencia y la suerte. "Médico joven, antes que sane a uno, llena un cementerio" (italiano) "A médico joven, cementerio repleto" (francés). En cambio el cirujano ha de ser joven para que no le tiemble la mano: "Cobarde la mano, mal cirujano".

"Más que la ciencia vale la experiencia" reza un proverbio sabroso y pintoresco, pero más desconfianza inspira todavía la ignorancia: "Contra el médico ignorante, ni la naturaleza puede nada".

Para los italianos "Más vale médico afortunado que médico sabio". ¿Qué cualidades habrá de tener el buen médico? "Ojo de lince, ánimo de león y mano de mujer" contesta sin vacilar el refranero inglés.

Pero el refranero no es siempre tan comedido y poético, sino que da cabida a la crítica y la sátira "no ha menester el médico latín para hacernos declinar" (es decir perecer) o que "el médico sana la enfermedad y mata al enfermo".

Los españoles señalan con ironía el peligro de las consultas: "Un médico sana, dos cavilan, tres matan".

Pero críticas y sátiras ceden paso a una apreciación más justa en estos proverbios indios que podrán desarraigar el ceño del facultativo. "No vayas a vivir donde no haya templo, escuela o médico" y "Si no puedes llegar a rey, hazte médico" ¿Que mejor homenaje que este último adagio

para el profesional de la medicina?

PREVENCIÓN E HIGIENE:

Sin olor, color ni sabor, es el agua mejor. (español).

Agua cocida alarga la vida. (español).

Después de almorzar dormir, y de cenar pasos mil (latín).

El pie seco, el cuello abrigado; comer como un burro y beber como un buey (italiano)

COMIDA Y PREVENCIÓN:

Cena larga, vida breve. Cena breve, vida larga. (italiano). La primera medicina no abusar de la cocina, (italiano).

Hoy cenas, mañana duelos.

Queso con pan, medicinas de sanos (francés)

El que come hasta la hartura con los dientes cava su sepultura. (ruso).

La fragilidad ahuyenta muchas enfermedades.

PREVENCIÓN E HIGIENE:

Más vale prevenir que curar. (español)

Donde cobren el agua no hagas tu casa. (español)

De joven carne, y de viejo pescado. (francés)

Cuidate mientras estás sano. (húngaro)

EL ENFERMO

Fácil es para el sano consolar al enfermo. (francés)

Ni una cama de oro alegra al enfermo. (ruso).

Al enfermo acuéstalo donde quieras, que nunca estará a gusto. (alemán).

Enfermos desobedientes hacen médicos crueles. (italiano)

Enfermo que no empeora, quiere decir que mejora. (español)

LAS ENFERMEDADES

El dolor es mudo pero habla por gestos. (ruso)

Pierna quebrada, en la cama tapada; brazo quebrado, del cuello colgado (español)

LOS MEDICOS:

No disimules nada al cura ni al médico. (ruso)

Gran locura es testar en favor del médico (francés)

Quien se entrega a los médicos a nadie se queje. (italiano)

A enfermo cor dos médicos le doblan las campanas. (español)

Sana a veces, aliviar a menudo, consolar siempre. (origen desconocido)

La tierra tapa las equivocaciones de los médicos. (francés)

Si se alian el enfermo y la enfermedad, de nada vale el mejor médico. (inglés)

Sana Dios y cobra el médico. (inglés)

LOS REMEDIOS:

Quien dio el mal dará el remedio. (español)

Peor es el remedio que el mal. (francés)

El tiempo es un gran remedio, para el alma y para el cuerpo. (español)

Para apreciar la salud no hay como perderla. (húngaro).

No hay remedio que pueda curar a un necio. (japonés)

Más vale el colirio que la ceguera. (árabe)

La cebolla cura siete enfermedades. (alemán)

Para cada enfermedad hay una yerba. (ruso)

No hay mal recio si se trata a tiempo. (italiano)

Remedio que todo cura, locura (español)

Al enfermo todo le amarga. (ruso)

DISCURSO INAUGURAL DEL SEÑOR MINISTRO DE BIENESTAR SOCIAL, LICENCIADO ALBERTO MANUEL FERNANDEZ (Aluminé, 7.11.80)

Señor Intendente Municipal, invitados especiales, Médicos de Neuquén, compañeros de tareas: No resulta fácil quizás encontrar las palabras más adecuadas para explicar la profunda satisfacción que siente el gobierno al ver que se concretan estas Primeras Jornadas de Medicina Rural. Viejo anhelo de todos y cada uno de ustedes, que a través de la labor diaria, de una esforzada tarea que desarrollan en el interior de la provincia, ven coronado, con esta reunión, muchas de sus expectativas.

Para el gobierno de la Provincia, resulta sumamente alentador, el poder estar presente hoy en esta reunión. Digo esto porque últimamente, hemos tenido la suerte de escuchar muchas palabras de aliento, en reconocimiento hacia todos ustedes, por la tarea que vienen llevando a cabo. Recientemente, diría, hace poco menos de 24 hs. tuvimos la visita de una numerosa y prestigiosa delegación de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, quienes nos expresaron, que realmente Neuquén, es un modelo para el país, y ello, sin lugar a dudas, la mayor parte es mérito de todos ustedes.

Hablar del Sector Salud, de la jerarquía, que ha obtenido el Sector realmente es halagador para todos.

Pensar que en diez años de tarea se han logrado tantos éxitos, indudablemente, nos hace pensar que el camino que hemos emprendido es

el adecuado. También nos compromete seriamente de aquí en más, y es por ello que esperamos de estas jornadas, y a través de la evaluación que viene desarrollando el Dr. Néstor Perrone, quien fuera uno de los pioneros en el Plan de Salud, y la evaluación que se está llevando a cabo ya, y la discusión, y el intercambio de numerosas experiencias, y de ideas después de varios años de trabajo rural, esperamos poder ver que se vuelquen todas esas ideas, en nuevos objetivos y fundamentalmente también en nuevas políticas, nuevos cursos de acción.

Los distintos gobiernos de la provincia a través de estos últimos diez años han hecho significativos esfuerzos en materia presupuestaria, tratando de brindar a los pobladores neuquinos, toda la salud que ellos se merecen.

También debemos pensar, que ese esfuerzo, que les mencionaba, presupuestario, ha llegado también, ya a algunos niveles, que entendemos, quizás, van a ser difícil de superar, de ahí que tenemos la firme esperanza, que logremos utilizar todos los recursos que contamos, de manera tal, que todos estos indicadores que nos llenan de orgullo, fundamentalmente a todos ustedes, que puedan ser mejorados de aquí en más.

Encontramos que con todo el esfuerzo y el tesón que caracteriza al poblador neuquino, que sin lugar a dudas, todos están contagiados también, vamos a poder desarrollar en esta

próxima década una tarea también relevante. Yo por mi parte, no tengo más que felicitar a todos ustedes, a la Comisión organizadora, Sociedad de Medicina Rural, por todas las tareas, que han desarrollado, deseándole el mejor de los éxi-

tos, y quedar a disposición de cada uno y todos ustedes, para poder acompañarlos, ayudarlos, y tratar en forma conjunta y en equipo, resolver todos los problemas que pudieran suscitarse de aquí en más.

MR. REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

1) El trabajo debe ser a) inédito. b) Comentario Bibliográfico citando correctamente el Original.

2) Deben remitirse dos copias mecanografiadas en hojas oficio, a doble espacio correctamente numeradas, de un solo lado, con márgenes de 2 cm.

3) La hoja N° 1 debe llevar el nombre del trabajo y los nombres completos de los autores, títulos, y cargos actuales.

4) La hoja N° 2 llevará un resumen con una cantidad menor de 250 palabras.

5) Los trabajos no tienen límite de extensión, aconsejándose evitar un excesivo volumen por razones de espacio. Dada la circunstancia de no poder publicar toda la extensión la Redacción sugerirá a los autores modificaciones.

5) Pueden acompañarse de gráficos y fotos. Los primeros deben confeccionarse en hoja aparte debiendo contener claramente indicado su lugar en el total del trabajo, debe tener un párrafo explicativo y deben evitarse superposiciones. Las fotografías deben ser en color o blanco y negro, no mayores de 9x12 cm y llevar con lápiz aclarado su ubicación y en los márgenes leyendas indicando "arriba" "abajo".

6) La bibliografía debe ser claramente especificada. Debe figurar: 1) El nombre de los autores (no más de 2, los demás como colaboradores), 2) Título del artículo, 3) Nombre abreviado de la Revista, según el index medicus, 4) Número del volumen página y año. Con respecto a libros se procederá así: 1) Nombres de los autores, 2) Título del libro y número de edición, 3) Editores, 4) Ciudad de la edición, 5) Nombre de la editorial, 6) Año de publicación Número de página.

7) Las Autoridades decidirán la publicación de los originales reservándose el derecho de proponer modificaciones y no haciéndose responsables por las opiniones vertidas, por los autores.

OBJETIVO COMUNICARNOS

Reproducimos a continuación comentarios del Boletín de la Escuela Superior de Administración Médica, págs. 8 y 12, recibida en el mes de abril ppdo.

PERIODISMO MEDICO
NUEVAS PUBLICACIONES

"MEDICINA RURAL". Organó oficial de la Sociedad de Medicina Rural, Neuquén. Año 1,

N° 1. Set-Oct. 1980.

Es bien conocido el impulso que a la asistencia médica neuquina ha proporcionado la continuidad de una programación que, iniciada hace 10 años, ha conseguido resultados relevantes, expresados sobre todo en los indicadores de mortalidad infantil, ubicados incluso por debajo del promedio nacional.

Siguiendo esa línea de superación, una característica de la profesión médica de Neuquén es la juventud y excelente capacitación de sus miembros, distribuidos en las varias zonas sanitarias y participando de programas provinciales estructurados.

La publicación que comentamos, "Medicina Rural", es fruto, junto con la "Sociedad de Medicina Rural" de Neuquén, de ese ambiente de superación y de servicio.

En este primer número, aparece un "Estudio de determinados parámetros de crecimiento y desarrollo en una población escolar", una reproducción de "Salud Mundial" acerca de la reunión internacional de Alma Ata sobre Atención Primaria de salud; y las crónicas de la fundación de la "Sociedad de Medicina Rural" el 21 de abril de 1979 y las "Jornadas de Salud Rural" realizadas por la flamante sociedad en la localidad de Aluminé en el mes de noviembre del mismo año. Dirige la nueva revista médica el Dr. Malcon Elder, es Secretario de Dirección el Dr. Miguel Irigoyen y Asesores Científicos los Dres. Julio Arce, Horacio Lorea, Carlos Pianciola, Norberto Kurchan, Julio Raby, Daniel Echeverría y María E. Chiesa, a quienes deseamos el mayor éxito en la tarea emprendida.

LAS JORNADAS DE SALUD RURAL DE NEUQUEN

La primera reunión científica social de la novísima Sociedad de Medicina Rural de la provincia de Neuquén se realizó en la localidad fronteriza de Aluminé los días 7, 8 y 9 de noviembre próximo pasado.

Las jornadas, desarrolladas a lo largo de tres días plenos en que no faltó la nieve ni el sol, tuvieron el éxito que hacía esperar la dedicación de sus organizadores y el número de participantes.

Los temas elegidos y la calidad de los expositores así como la altura de las participaciones hablaron del nivel de la Medicina Rural en la provincia de Neuquén.

Demostraron su interés las autoridades con la presencia del Ministro, Subsecretario y varios funcionarios de Salud Pública.

La Secretaría de Publicaciones de la Sociedad funciona en el Hospital Rural de Zapala, Secretario: Dr. Miguel Irigoyen, Director: Dr. Malcón Elder.

Dr. J.E. Moliner

VIVA LA CARPETA VERDE!

Días atrás se concretó una etapa más de la búsqueda del perfil de nuestro Médico General. Se concretó en un exhaustivo estudio realizado por personal de subsecretaría de Salud de la Provincia, Instructores de Residentes, Coordinador de Residentes, y la inestimable colaboración del Prof. Alberto Peccetto. Todo dentro de una llamativa carpeta verde, quizá para que los Residentes la vean y lean su contenido. Esta encierra un Curriculum de Materias, con objetivos perfectamente claros y definidos, que buscan perfilar la imagen científica del Médico General. El Médico General surgirá por sus propios valores y uno de ellos el nivel científico. Gracias y cuenten con nosotros.



RESEÑA BIBLIOGRAFICA

Título: "Recuerdos de un médico rural"

Autor: Dr. René Favalaro, 158 págs. 1980

Este libro del prestigioso cirujano cardio-vascular, no nos relata precisamente su experiencia como especialista de alta complejidad sino toda la etapa previa cumplida, durante aproximadamente doce años, en la localidad de Jacinto Aráuz, en la Provincia de La Pampa. Pretende a través de la narración hacer "conocer como se ejerció y estoy convencido, como se sigue practicando la Medicina en muchos lugares de nuestro país. Mi objetivo no es presentar la simple descripción de hechos anecdóticos, sino, a través de los mismos, mostrar las condiciones socio económicas del Interior". Matizado por sus vividas experiencias asistenciales, comunitarias, y humanas, el autor va presentando el escenario de sus tareas con un estilo que hace recordar a Guillermo Hudson y al incorporar a sus personajes se resalta la figura del viejo médico pueblerino, representante del médico "heróico" individualista por las circunstancias, pero profundamente ético y respetado por la comunidad. Los primeros esfuerzos con sus cotidianos éxitos, el deseo de construir algo mejor para la comunidad, junto con la comunidad y las limitaciones sanitarias, y económicas van apareciendo sucesivamente, reproduciendo situaciones análogas que no han trascendido, y, que representan la medicina de una época en nuestro país y que desafían al presente y exigen una respuesta a nuestra Sociedad, a nuestras Facultades, a nuestras organizaciones de la Salud, a nuestros Médicos.

ISSARA

INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES PARA LAS
ACTIVIDADES RURALES Y AFINES

Ley 19316/71 - Inscripción N° 5.0110 I.N.O.S.

GERENCIA REGIONAL COMAHUE

LEGUIZAMON 222 - TEL. 22148

C.C. 358 - 8300 NEUQUEN

SEÑOR PRESTADOR:

ISSARA comunica que a partir del 28-2-81 efectuará la contratación directa de los servicios asistenciales en la provincia del Neuquén.

La facturación de prestaciones efectuadas con posterioridad a la fecha citada, deberá remitirse a Leguizamón 222, Neuquén.

HACIA DONDE VA LA PEDIATRIA

Palabras del Dr. Carlos Gianantonio

Resulta evidente que los niños no son en realidad esporádicamente atacados por la enfermedad, sino que a menudo presentan problemas de salud. Con frecuencia el vector fundamental de estos problemas es una enfermedad con etiopatogenia conocida, pero, aún en este caso, el manejo va más allá de la mera formulación terapéutica. No hay dos niños ni dos familias con una biografía idéntica y, por lo tanto, no puede concebirse una pediatría esquemática y doctrinaria que pretenda que los niños se ajusten, cuando enfermos, a normas médicas preestablecidas.

El manejo integral de los problemas de salud no termina, por cierto, con la solución de los síntomas que motivan la consulta. Se trata en realidad de un enfoque más amplio que se proyecta mucho más allá con medidas de protección y promoción de la salud. En realidad la visión longitudinal de la salud del niño es lo que interesa a la pediatría contemporánea.

También es cierto que dicha salud no depende en sentido estricto de la medicina, sino de la familia a la cual el niño pertenece.

Las raíces profundas del bienestar de la infancia no han estado ni estarán en la pediatría convencional, sino en las familias sanas y vigorosas, diligentes y enriquecidas mediante lazos de comprensión y amor, bien insertas en el medio social.

El concepto actual de pediatra de familias constituye un real acercamiento a esta visión del niño sano y enfermo.

Mientras el pediatra no pueda ver en cada paciente a un ser único e irreproducible, integrante de una familia particular, no podrá sino entregarle medicamentos o acciones terapéuticas, que concurrirán tan sólo a una circunstancia. De no develar simultáneamente la real dimensión de los problemas, el acto médico será un recurso más, malgastado sin mayor provecho.

Aquella medicina cerradamente organicista puede parecer atractiva en su complejidad. Recuerde el lector a *Schopenhauer*: "Hay quienes enturbian las aguas para que parezcan más profundas".

Sin embargo, no hay nada más complejo ni más fascinante que el desarrollo del niño en el seno de su hogar. En realidad, el desafío consiste en integrar el progreso científico y tecnológico con este "nuevo" enfoque de la pediatría de hoy.



Instituto de Pediatría
 Universidad Nacional de Lanús

CURSOS Y BECAS

Instituto Nacional de Epidemiología
Ituzaingó 3520 - Mar del Plata - C.P. 7600

1 — Curso de Epidemiología y Bacteriología General para Profesional de Laboratorio.

Desde el 3-8-81

Hasta el 28-8-81

Cierre de inscripción: 20-7-81

2 — Curso de Encuestadores de Contactos en Enfermedad de Transmisión Sexual.

Desde el 10-8-81

Hasta el 13-11-81

Cierre de inscripción:

Parte teórica: desde el 10-8-81. Capacitación por el Método de Educación a Distancia.
Parte práctica: del 9 al 13-11-81 en el Instituto Nacional de Epidemiología.

3 — Curso de Actualización en Bacteriología de la Tuberculosis.

Desde el 31-8-81

Hasta el 4-9-81

Cierre de inscripción: 14-8-81

4 — Curso sobre infecciones Hospitalarias

Desde el 21-9-81

Hasta el 2-10-81

Cierre de inscripción: 10-9-81

5 — Curso de introducción a la Bioestadística

Desde el 5-10-81

Hasta el 16-10-81

Cierre de inscripción: 25-9-81

6 — Curso de Bioestadística aplicada a la Epidemiología

Desde el 19-10-81

Hasta el 30-10-81

Cierre de inscripción: 9-10-81

7 — Curso de Epidemiología de las Enfermedades no Transmisibles

Desde el 2-11-81

Hasta el 6-11-81

Cierre de inscripción: 20-10-81

CARDIOLOGIA

XVII Congreso de Cardiología Argentina
X Congreso Sudamericano de Cardiología
del 11 al 17 de Octubre de 1981

Secretaría Azcuénaga 980 (1115) Bs.As. T.E.: 83-9480

TALON DE SUSCRIPCION

SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL
Entre Ríos 376 "A" (8300) Neuquén

Neuquén

Deseo suscribirme a la Revista **MR** durante el año 1981

NOMBRE.....
DIRECCION.....
PROFESION.....
CARGO ACTUAL.....

A LOS EFECTOS DE INFORMAR SOBRE LO ESTIPULADO EN LOS ESTATUTOS QUE RIGEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL DEL NEUQUEN EN LOS ARTICULOS 6º, 7º, 8º, 9º y 10 SE TRANSCRIBEN LOS MISMOS A CONTINUACION.

ARTICULO 6: Serán miembros titulares todos aquellos profesionales de las ciencias de la salud que se desempeñen o hayan desempeñado en medio rural, en hospital rural o se estén capacitando para ello, ejerciendo su actividad en la provincia del Neuquén. Para su ingreso a la Sociedad solo se requerirá firmar la solicitud de ingreso.

ARTICULO 7: Son obligaciones de los socios titulares:

- a) Aceptar, respetar y cumplir estos estatutos, reglamentos y resoluciones de la Asamblea y de la Comisión Directiva.
- b) Aceptar los cargos para los que fuera electo, salvo causa legítima que no se lo permita.
- c) Abonar puntualmente la cuota social que semestralmente fije la Comisión Directiva. El socio que se atrase en tres cuotas será notificado por carta certificada por la Comisión Directiva. Si al cabo de 45 días no se regulariza la situación la Comisión Directiva declarará la cesantía del socio moroso.
- d) Comunicar todo cambio de domicilio dentro de los 30 días de producido.

ARTICULO 8: Son derechos de los socios titulares:

- a) Hacer uso de las instalaciones de la Sociedad y concurrir a todos los actos que la misma realice.

- b) Hacer uso de la biblioteca de acuerdo a los reglamentos respectivos.

- c) Participar con voz y voto en las Asambleas desde su incorporación.

- d) Ser electo para la Comisión Directiva, Comisión Revisora de Cuentas y aquellos otros organismos que las Asambleas o Comisión Directiva dispongan.

- e) Hacer uso del derecho del retiro, presentando su renuncia.

ARTICULO 9: Serán socios adherentes todos aquellos profesionales de las ciencias de la salud que no cumplan los requisitos especificados en el artículo 6º. Su número será limitado y su ingreso quedará a consideración de la Comisión Directiva sin obligación de manifestar las causas de aprobación, o denegación de la solicitud. Son sus obligaciones las especificadas en el artículo 7º, incisos a), c) y d). Son sus derechos los especificados en el artículo 8º, incisos a), b) y e). Podrán participar con voz en la Asamblea.

ARTICULO 10: Serán socios honorarios aquellos que por sus reconocidos méritos y capacidad se distinguen en el campo científico. Esta categoría importa una distinción que será otorgada por la Comisión Directiva, ad-referendum de la Asamblea. Sus obligaciones serán las especificadas en el artículo 7º, incisos a) y d). Sus derechos serán los mismos de los socios adherentes.

TALON DE ASOCIACION

SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL
Entre Ríos 376 "A" (8300) Neuquén

NEUQUEN

Deseo asociarme a la Sociedad de Medicina Rural por lo que envié Cheque-giro N°.....

.....c-Banco.....

a la orden de Sociedad de Medicina Rural, por la suma de \$ 10.000.- correspondiente al mes de.....

NOMBRE.....

DIRECCION.....

PROFESION.....

CARGO ACTUAL.....

PALABRAS A MI MADRE

de **Alfonsina Storni**

No las grandes verdades yo te pregunto, que no las contestarías; solamente investigo
Si, cuando me gestaste, fue la luna testigo, por los oscuros patios en flor paseándose.

Y si, cuando en tu seno de fervores latinos, yo escuchando dormía un ronco mas sonoro
Te adormeció las noches, y miraste, en el oro del crepúsculo, hundirse los pájaros marinos.

Porque mi alma es toda fantástica, viajera, y la enveúve una nube de locura ligera
Cuando la luna nueva sube al cielo azulino.

Y gusta, si el mar abre sus fuertes pebeteros arrullada en un claro cantar de marineros
mirar las grandes aves que pasan sin destino.

NEUQUEN

Realidad de Futuro



**SEMAFOROS... PAVIMENTO... PUENTES
VEHICULARES... FORESTACION...
SON REALIDADES DEL NEUQUEN DE HOY**

**LA MUNICIPALIDAD CAPITALINA SE
BRINDA EN OBRAS Y SERVICIOS**



**Sortea
todos los
sábados
\$ 510.000.000**

LOTERIA
la NEUQUINA

**LOTERIA LA NEUQUINA
SE JUEGA POR UD.
JUEGUESE POR LA "NEUQUINA"**

**DEVUELVE EN OBRAS, A GENTE
QUE COMO UD, SE JUEGA!!!**