

MIR

JULIO-AGOSTO 1981 - AÑO 2 - N° 4



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 NEUQUÉN**

**COMISION
DIRECTIVA**

PRESIDENTE:
Dr. Rodolfo Arienti

SECRETARIO:
Ricardo López

TESORERO:
Dr. Carlos Francisco

DIRECCION
PUBLICACIONES
Dr. Alberto Bonnet

MR

DIRECTOR
Dr. Malcom Elder
SECRETARIO
REDACCION
Dr. Miguel Yrigoyen
ASESORES
CIENTIFICOS
Dr. Julio Arce
Dr. Carlos Pianciola
Dr. Norberto Kurchan
Dr. Julio Raby
Dr. Daniel Echeverría
Dra. María E. Chiessa

Reg. Prop. Int. En Trámite
Tirada de este N° 2.000 Ejem.

COORDINADOR
GENERAL

Carlos A. Fernández

Dirección Postal
C.C. 705 (8300) NEUQUÉN

**DISTRIBUCION
GRATUITA**

EDITORIAL

En muchas oportunidades hemos podido leer y escuchar conceptos acerca de lo que se ha denominado Atención Primaria de la Salud, y con aquellos aparecen sus fundamentos básicos: baja complejidad, bajo costo, permanente calidad óptima, amplia cobertura de la población, puerta de entrada al sistema de servicios de salud, medicina general indiferenciada (no especializada), acciones programadas con énfasis en la promoción y protección de la salud, participación efectiva de la comunidad e intervención de agentes sanitarios.

Reconocemos que en algunos lugares se ha enfatizado sobre su aplicación con adaptación a las condiciones locales, estableciéndose que debe alcanzar a todos los sectores sociales sin distinciones. De esto surge que en el concepto sanitario los grupos vulnerables, y en el concepto social los grupos marginados sean incluidos en esta real estrategia de cambio del nivel de salud de nuestra población. Ello hace a la adecuada justicia distributiva del bien salud. Se establecen los objetivos, las metas a alcanzar, las acciones a desarrollar, las funciones y responsabilidades de efectores, con las necesarias prioridades.

Surgen tres interrogantes a esta altura que enumeraremos:

1° Nuestras prioridades ¿coinciden con aquellas existentes visibles o latentes en la comunidad, que son expresadas por la población muchas veces con conceptos que el mismo poder profesional médico ha fabricado erróneamente (curación antepuesto a la prevención, estudios complementarios y costosos equipos a adecuada relación médico—paciente y examen clínico completo, trabajo especializado individual al trabajo en equipo multidisciplinario)?

2° ¿Dónde está esa efectiva participación de la comunidad en la atención primaria de su salud, si, constituyendo su base y primer escalón no logra aportar su voz sus ideas, sus necesidades, a través de sus hombres e instituciones?

Virtual desprecio de la comunidad como recurso humano en salud, que podría contribuir con su esfuerzo común y solidario a la anteriormente mencionada transformación, si tuviera la oportunidad.

3° Se le plantea al médico generalista cualquiera sea su lugar de trabajo, la siguiente disyuntiva: permanecer entre las paredes de una institución benemérita denominada Hospital, con servicios sofisticados, palacio de enfermedades, orientándose hacia una especialidad determinada de su preferencia, aspiración legítima o sino aceptar el riesgo de la "complejidad" y la amplitud de la medicina en la atención primaria, como integrante conductor de un equipo de salud motivado hacia y por la comunidad participante por medio de hombres, familias, instituciones. De esta manera integrará la proyección extramural de su Hospital haciendo de la misma una institución abierta y sensible.

Con esto intentamos señalar que una atención primaria sin intervención comunitaria es quitarle la única sustentación valedera que pudiera tener, y que la auto-

exclusión del profesional médico general es su contribución a la decapitación de la misma, hechos ambos que en definitiva harán que se transforme en una hermosa formulación teórica y objeto de estudio futuro en las cátedras de Historia de la Medicina.

Sostenemos que nuestros lectores y nuestros miembros deben aportar su reflexión, investigación, y trabajo comprometido ante lo expuesto, y así contribuir a las necesarias respuestas.

LA DIRECCION

LA COMUNIDAD: "UN RECURSO VITAL"

Autor: Mario R. Calarco Asistente Social

RECURSO EN SALUD

Se entiende por recurso, todo aquello, con que podemos contar, material o no para la puesta en marcha y el desarrollo de programas, planes, acciones etc.

La práctica demuestra que por lo general, cuando en un programa se plantean los recursos necesarios se tiene en cuenta los HUMANOS (técnicos o no). Los materiales y financieros de ORIGEN INSTITUCIONAL (privados y oficiales), ignorándose al recurso HUMANO mas importante que es la COMUNIDAD TODA, que es objeto y sujeto de las Acciones en Salud.

Es decir que a la comunidad se le adjudica un rol pasivo.

FUNDAMENTOS QUE JUSTIFICARIAN UN CAMBIO DE ACTITUD

La Historia demuestra que un método de lucha contra las enfermedades nacen de las prácticas que las costumbres, normas, supersticiones, preceptos religiosos imponían y que formaban parte del patrimonio socio-cultural de los pueblos.

El hechicero, curandero, el brujo etc. se encargaba de sistematizar, transmitir y ejercer las funciones: mágicas, curativas y preventivas, dentro de su medio, pero que en definitiva su rol era el de interpretar, el papel que le confería la comunidad; o sea el de asumir el conocimiento global en la materia, satisfaciendo la expectativa de rol planteada.

Inclusive publicaciones de la OMS, plantean la importancia, en algunas regiones, de incorporar a los programas de salud, con una capacitación previa a los curanderos, hechiceros, etc., dado su prestigio social, la relación afectiva que establece, una real comunicación y los sentimientos de pertenencia que lo mueven a actuar.

La Revolución Industrial, marca la iniciación de una etapa de cambio en la sociedad que día a día va acentuando su aceleración y que algunos autores denominan al efecto que produce sobre la síquis del hombre "shock del futuro".

La incidencia de este shock parte de tres factores fundamentales:

- ACELERACION.
- NOVEDAD.
- DIVERSIDAD.

Podemos definir al "shock del futuro" como el efecto que a nivel psicológico sufre el ser humano ante el incesante cambio multidireccional, que provoca por un lado el desajuste institucional y por el otro un marco de referencia inestable, que le provoca angustia y una anomia existencial.

En efecto es similar al que produce cuando un visitante se introduce en una nueva cultura, lo que denominamos como impacto cultural; en el caso del shock del futuro, el impacto se da dentro de una misma cultura, hecho que comprobamos en la sociedad actual, donde las normas y pautas culturales varían según la región, el extracto social, la tradición, el nivel socio-económico etc., dado que el ritmo de cambio supera nuestra capacidad de asimilación.

GRAFICO:

INDIVIDUO! — NUEVA CULTURA — IMPACTO CULTURAL

INDIVIDUO — SOCIEDAD CAMBIANTE ACCELERADA — SHOCK DEL FUTURO

Dentro del campo de la salud ésta aceleración del cambio nos obliga a plantear lo siguiente:

ETAPA PRE-INDUSTRIAL

Frecuencia:

CAMBIOS MODERADOS

Que permitirían incorporar al conocimiento vulgar las técnicas, nuevos métodos de curación y sistemas preventivos; y por otro lado los científicos e investigadores de la época tomaban del medio social prácticas costumbres, pautas culturales etc.

INCIDENCIA

MARCO, REFERENCIA, MAS O MENOS, ESTABLE.

RESULTANTE

Concordancia entre los conocimientos en materia de salud y las expectativas de la población.

ETAPA POS INDUSTRIAL

Frecuencia:

CAMBIOS ACELERADOS

Crean una brecha cada vez más profunda entre el conocimiento vulgar y el científico. Por una parte el avance tecnológico de gabinetes aislados de la realidad social, y por la otra la población simple espectadora del proceso y arraigadas a viajes prácticas.

INCIDENCIA

MARCO DE REFERENCIA INESTABLE (AN-GUSTIA ANOMIA).

RESULTANTE

Desencuentro entre el equipo de salud y la comunidad.

Como conclusión, creo que debemos, en esta etapa crear las condiciones necesarias para que mediante la EDUCACION, la PARTICIPACION, la ORGANIZACION, podamos acortar distancias e incorporar al aprendizaje natural, que es lento y sin método programas de educación permanente.

Partiendo de la base que la comunidad es un RECURSO importantísimo en los programas de salud, para su incorporación debemos tener en cuenta tres aspectos fundamentales:

- a— COMUNICACION.
- b— PARTICIPACION.
- c— ORGANIZACION.

a—

COMUNICACION:

El mundo humano es un mundo de comunicación.

El contenido de la comunicación no puede ser comunicado de un sujeto a otro, porque caeríamos en la **transferencia**, donde una de las partes es depositaria de los conocimientos. La comunicación implica una reciprocidad.

La comunicación como proceso implica un **diálogo** por ende, para que el mismo se de tiene que darse un sistema de signos compatibles. Debemos adecuar nuestro lenguaje técnico que se expresa en un universo de signos lingüísticos propios, y que pueden no ser comprendidos por la comunidad.

Esta real comunicación, este diálogo configura, la base de sustentación para un proceso de EDUCACION para la SALUD, deficiencia que se ha detectado en anteriores reuniones de trabajo.

b—

PARTICIPACION:

Los objetivos en salud, la mayoría de las veces, suelen ser muy ambiciosos, en otras pensamos que porque contamos, con un equipo de salud de un nivel técnico elevado lograremos resultados óptimos, pero la realidad como dijera ADEOYE LAMBO que "...LA SALUD NO ES UN FENOMENO AISLADO, SINO QUE FORMA PARTE DEL COMPLEJO ENTRAMADO SOCIO-CULTURAL DE

LOS PUEBLOS/... QUE LA SALUD NO ES UNA MERCANCIA QUE PUEDA COMPRARSE Y VENDERSE NI PUEDE SER ASUNTO DE LA INCUMBENCIA EXCLUSIVA DE UN GRUPO DE PROFESIONALES..." o como dijera MAUREEN A. BAYLEY "...LA IMPORTANCIA DE TENER EN CUENTA EN LAS ACCIONES DE LA SALUD EL OTRO LADO DE LA MEDICINA... LA CONDUCTA HUMANA..."

Las referencias citadas nos tienen que llamar a la reflexión preferentemente a aquellos que nos toca actuar en el área social de la salud.

—Que el estado de la salud es un factor más, dentro de los múltiples problemas sociales económicos, culturales y políticos que viven los pueblos y que debemos tenerlo en cuenta.

—Que en toda acción en salud debemos conocer, entender, asimilar factores que hacen a la conducta humana.

Para todo ello debemos plantear la PARTICIPACION, no tan solo se lo entiende vulgarmente (connotación estrictamente política) sino una **técnica de trabajo**, donde el hombre participe en todas las etapas de los programas de salud, tomando conciencia de que la salud es un derecho y su máspreciado bien.

Este tipo de participación nos permitirá un verdadero conocimiento de la realidad y al incorporar grupos de trabajo a los distintos programas, lograr soluciones permanentes, ya que formaran parte del patrimonio cultural del pueblo.

Si consideramos además la falta de recursos institucionales, la presencia activa de este nuevo recurso, ignorado o usado, superaría con creces las unidades requeridas.

LA PARTICIPACION IMPLICA:

- Multiplicación de recursos humanos.
- Modificación de pautas y normas socio-culturales.
- Acción educativa permanente.
- Valorización de la salud.
- Integración al equipo de salud, miembros de la comunidad.
- Conocimiento del área de trabajo por parte del equipo de salud, con adecuación de métodos y técnicas de trabajo.
- Comunicación dinámica.

c—

ORGANIZACION:

Si bien los principios básicos de organización tienen que darse a todo lo largo de las programación en salud, es necesario para que esta sea efectiva que se den primero la **comunicación** y la **implementación técnica mínima de la comunidad** que permitan establecer las reglas de juego y una **participación conciente**, que facilite que el marco normativo-institucional, surja de la elaboración de la totalidad de los factores intervinientes.

De esta forma sabremos que debemos organizarnos y el para que.

CONCLUSIONES FINALES A MODO DE GUIA DE DISCUSION

Los aspectos planteados en una apretada síntesis tratan de generar estímulos, para que a través de la discusión constructiva se considere o no a la Comunidad como un eje de trabajo. El presente trabajo trata de responder a una problemática donde el "**servicio social**" debe jugar un papel preponderante.

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

MANUAL SOBRE ALIMENTACION DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

Segunda edición (1978) Margaret Cameron e Ynge Hofvander (auspiciado por el Grupo Asesor sobre Proteínas y Calorías del Sistema de las Naciones Unidas) (180 páginas).

Esta publicación con eminente contenido práctico, tiene como propósitos "ayudar a quienes de cualquier forma están interesados en la esfera de salud y nutrición", suministrando "un caudal de conocimientos apropiados, útiles y prácticos que expliquen por que es necesario el tratamiento preventivo y la mejora en la salud y alimentación de lactantes niños pequeños y sus madres, y como se puede lograr", y proporcionando una "extensa información respecto de alimentos para el destete preparados en el hogar.... y sobre el crecimiento normal de la criatura, sus necesidades dietéticas y la importancia fundamental de la alimentación al pecho, como medida salvadora durante la primera época de la vida. "El Manual está destinado a Médicos, enfermeras, maestros, asistentes sociales, nutricionistas y especialistas en Economía Doméstica enfatizando por un lado que la educación alimentaria no debe quedar en manos de gente sin preparación, dado que dista de ser un tema sencillo de enfoque superficial, y por otro lado el aspecto económico en lo que hace a costos bajos de los alimentos y su producción. Se espera que aquellos grupos profesionales actúen como agentes multiplicadores de la información, llegando hasta los agentes primarios de la salud que trabajan con las madres en las comunidades rurales o urbanas. En sus 16 capítulos se tratan entre otros los temas de crecimiento y desarrollo, lactancia natural y la alimentación complementaria en el destete, causas de morbi-mortalidad en menores de 5 años, el valor nutritivo de alimentos y su elaboración, la educación alimentaria, la planificación de un programa de alimentación para un lactante, incluyendo al final la propuesta de una edición local adaptada del Manual.

Entendemos que este texto aportará a quienes se interesen por ella, valiosos elementos de trabajo para la prevención de la malnutrición, tan ligada al problema de las infecciones agudas y crónicas en nuestra población infantil. Para su obtención se puede escribir a: Grupo Asesor sobre Proteínas (GAP), Naciones Unidas, Nueva York 10017. EE.UU. (M.E.).

ESTIMULACION TEMPRANA

Importancia del ambiente para el desarrollo del niño - Autores: Sonia Bralic - Isabel M. Haeussler - M. Isabel Lira - Hernán Montenegro - Soledad Rodríguez. 1979. Segunda Edición. 276 páginas. Santiago de Chile - UNICEF.

El interés por la estimulación psicosocial temprana es compartido actualmente en el campo de las ciencias de la conducta y por organismos

dedicados a la salud y la educación.

Los primeros años de vida del ser humano son cruciales para su desarrollo futuro; ellos constituyen un período crítico desde el punto de vista de la alimentación, la salud y el desarrollo de su inteligencia y personalidad. Numerosos estudios destacan su vulnerabilidad en esta edad a las privaciones del ambiente físico y social, tales como la falta de estimulación psicosocial, las infecciones y la desnutrición. Se han demostrado por ejemplo, las consecuencias negativas que tiene la desnutrición no sólo sobre su salud, sino sobre su desarrollo psicomotor y cognoscitivo. Por otra parte, los resultados de los programas de estimulación orientados a lactantes y preescolares de bajo nivel socioeconómico han revelado sustanciales incrementos en el desarrollo intelectual de los beneficiarios.

Este tecto tiene como objetivo resumir algunos de los conocimientos actuales de mayor interés sobre el tema de la estimulación temprana y dar a conocer la experiencia de los autores al respecto. En ningún caso se pretende presentar una revisión exhaustiva del mismo, va que por uná parte su extensión es muy amplia y por otra, está destinado a servir no a los expertos, sino a los profesionales que deseen comenzar a familiarizarse con esta materia entre quienes se incluyen los médicos generalistas. Los autores intentan contribuir a difundir un aspecto del desarrollo integral del niño que saben positivamente es de extraordinaria importancia. El enfoque del tema incluye no sólo al niño de alto riesgo biológico, sino en forma preponderante, al de alto riesgo ambiental.

El trabajo introductorio pretende dar una aproximación al tema de la estimulación temprana y la evolución histórica del mismo.

Le sigue una revisión bibliográfica sobre investigaciones que destacan la importancia del ambiente en el desarrollo temprano. A continuación se presenta una reseña y análisis de distintos programas para niños de alto riesgo, para terminar con una presentación detallada del programa experimental de estimulación temprana, realizada por el equipo del Dr. Hernán Montenegro. El aval de UNICEF prestigia esta publicación. (M.E.).

DE MENA

Una turista andaba en Santiago. Era veterana, bastante herida de cara, nariz grande, sombrero verde, anteojos oscuros enormes, pantalón rojo y blanco a cuadritos, blusa amarilla y una cartera con flecos de todos colores. Se acerca un changuito y entra a mirarla de todos lados. Ella le pregunta:

— "Decime, ¿nunca has visto a alguien como yo, qué mirás tanto?"

Y el mocoso le contesta:

— "Gratis, nunca, señora"

Curso de Administración Hospitalaria

UNIDAD IV - 29 DE OCTUBRE DE 1980

DOCENTES:

DR. OSVALDO F. PELLIN

DR. HORACIO LORES

1) La Dirección del Hospital

En la clase anterior se analizó el concepto del hospital moderno, definiéndoselo como una compleja organización destinada a servir a la comunidad a través de funciones de atención médica integrada, docencia e investigación. Obviamente, para llegar a esta concepción actual se han producido cambios fundamentales que han dejado muy atrás la vieja estructura del hospital como un albergue dotado de recursos elementales para atender enfermos en su mayoría de escasos recursos económicos. Estos hospitales funcionaban con escaso personal (generalmente mezcla de religiosos y laicos) y poco material y en él se desarrollaban acciones sencillas de recuperación de la salud primordialmente. Eran administrados empíricamente, por personas que no recibían ninguna formación específica para ello. La creciente complejidad de la institución hospitalaria que se opera a partir de 1930 aproximadamente puso de manifiesto la necesidad de que la administración se adecuara a las nuevas exigencias. Es así como a partir del citado año comienza a desarrollarse la Administración Hospitalaria como una nueva especialidad. De tal modo, el empirismo es reemplazado por la racionalidad y la improvisación por la planificación. Los viejos hospitales formados por servicios inconexos comienzan a transformarse en estructuras orgánicas integradas por unidades organizativas con propósitos comunes y actividades coordinadas, con valoración de los resultados y de los métodos empleados llevados a cabo mediante un proceso de evaluación continuo y sistemático.

La formación de un administrador se logra a través de un proceso educativo sistemático y programado. Debe asegurarse además un continuo desarrollo y perfeccionamiento mediante la adquisición permanente de nuevos conocimientos. Así lo requiere la administración de un organismo complejo como es el hospital, donde los afectados a las tareas de conducción deberán desarrollar permanentemente las distintas fases del proceso administrativo: planificar, organizar, implementar, dirigir y controlar. Cada conductor de una unidad organizativa (sea el director, jefe de departamento o jefe de servicio), deberá desarrollar la administración de su sector.

Podemos definir a la dirección diciendo que consiste en conducir, coordinar y controlar todas las actividades del hospital con el propósito de cumplir los objetivos de la institución en materia de atención médica, docencia e investigación.

Lo dicho es válido no solo para la dirección del hospital, sino para todos los que tienen una unidad organizativa a su cargo (departa-

mentos, servicios, etc.) por cuanto son los que "dirijen" dicha unidad.

2) Requisitos del Cargo

—Antigüedad psicofísica adecuada.

—Aceptar de buen grado la responsabilidad conferida.

—Tener adecuada capacitación de administración hospitalaria, proporcional al tamaño de la institución.

—Poseer conocimientos de la organización sanitaria de su jurisdicción, así como de la legislación relacionada con el ejercicio de su función.

—Acreditar experiencia para el cargo.

—Poseer condiciones de líder por cuanto la autoridad formal basada solo en la jerarquía es insuficiente.

—Poseer atributos que generen una adecuada relación con el personal y el público y otras instituciones de la comunidad.

3) Funciones

—Programar las actividades de su unidad.

—Establecer la organización interna de la unidad.

—Coordinar las actividades médicas, técnicas y administrativas.

—Vigilar la calidad de la atención médica y el trato humano a los pacientes.

—Administrar el personal: selección, orientación, control, estímulo, capacitación y sanción.

—Llevar los sistemas de registro correspondientes a su unidad y elevar los informes que se le soliciten.

—Evaluar las actividades de su unidad para estimar, medir o apreciar los resultados obtenidos.

4) Consejo Asesor

Es un cuerpo constituido por personal jerárquico seleccionado por la dirección cuya finalidad es la de asesorar al director, sin que sus informes tengan carácter ejecutivo. Es decir que el director no tiene la obligación de cumplimentar las resoluciones del Consejo Asesor.

El Consejo Asesor surge de la necesidad de dar forma orgánica a la participación de las personas que colaboran en la conducción del hospital para la toma de decisiones acertadas o que detenten un mayor fundamento. En las grandes instituciones, con gran diversidad de tareas y de muchas complejidad el director debe recurrir con frecuencia al asesoramiento para seleccionar la mejor alternativa cuando se debe tomar una decisión Resumiendo:

Las tareas características de los Consejos Asesores que habitualmente existen en los hospitales de nuestro medio son:

a) están integrados por personal jerárquico o de línea (con relación de dependencia del director).

b) son designados por el director.

c) sus resoluciones no tienen carácter ejecutivo.

En otras instituciones los cuerpos asesores

(Conti. pág. sig.)

(Viene de la pág. ant.)

pueden responder a otras características, por ejemplo: no estar constituido por personal de línea o ser su constitución obligatoria como por ejemplo el Estado Mayor de las Fuerzas Armadas. Puede haber consejos asesores donde se de participación a la comunidad.

5) Comites

En función de la complejidad de un establecimiento puede ser necesario constituir grupos asesores y normativos que entiendan en algunas cuestiones específicas. Habitualmente estos cuerpos se denominan Comités, siendo los más frecuentemente integrados los de: Docencia e Investigación, Histología, Historias Clínicas, Farmacia, Infecciones, Auditoría Médica.

En los hospitales donde la docencia ha alcanzado un desarrollo considerable existe un Departamento que se encarga de la misma y que se encuentra en dependencia lineal y no de asesoría.

6) Cooperadora

Es una organización de la comunidad creada con el fin de contribuir al logro de los objetivos del hospital mediante el aporte de recursos materiales y financieros.

Las reglamentaciones vigentes exigen que la Cooperadora sea una institución legalmente constituida (con Personería Jurídica), cuyo asesor es el director del hospital.

7) Voluntariado

Colabora en las funciones no profesionales que se realizan en el Hospital, por ejemplo: proporcionar afecto, ambiente familiar y agradable y mayor cuidado en la atención del paciente.

Bibliografía

Medicina Sanitaria y Administración de Salud. A. Sonis y Col. El Ateneo - 1978.

Dirección de Hospitales. Barquin. Interamericana - 1979.

Principios de Administración. Terry. El Ateneo - 1979.

Introducción al Estudio de la Teoría Administrativa. Fondo de Cultura Económica - 1963.

El presente es un resumen de la clase dictada en el Curso de Administración Hospitalaria organizado por el Comité de Docencia de la Zona Sanitaria I en el Hospital Bouquet Roldán durante el año 1980. La orientación general del texto es lo único original del mismo, ya que sus contenidos han sido extractados de la bibliografía consultada.

OBJETIVO COMUNICARNOS

Posadas, 1° de Junio de 1981

SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL DE NEUQUEN
DR. RODOLFO ARIENTI

He recibido vuestra atenta carta y los números 1 y 2 del órgano oficial de esa sociedad. A la vez que agradezco dicha deferencia, no puedo menos que apoyar en todo sentido esa iniciativa, que de tener continuidad, puede ser el punto de partida de un organismo nacional en pro de objetivos comunes.

Esto no es una mera enunciación, porque personalmente estoy dedicado en forma exclusiva al Programa de Atención Primaria de la Salud en Areas Rurales desde hace 3 años y luego de otros tantos de ejercicio profesional en esas zonas. Por conocer profundamente la realidad de mi provincia, es que entiendo que vuestra preocupación puede ser una vertiente importante para abordar una problemática con particularidades especiales como es la de la medicina rural. Es por ello que a la vez que adjunto talón de afiliación y suscripción de la revista conjuntamente con un cheque por valor de 30.000 pesos, me permito sugerir el nombre y la dirección de cuatro médicos, Jefe de área, que han demostrado en nuestra provincia preocupación por el tema. Son ellos:

1. Dr. Gabriel Farfán - Unidad Sanitaria de Bernardo de Irigoyen (3366) Bernardo de Irigoyen.

2. Dr. Omart Ochart - Unidad Sanitaria de El Soberbio (3364) El Soberbio.

3. Dr. Juan Lugo - Hospital de Area de San Pedro (3364) San Pedro.

4. Dr. Juan Barrios - Hospital de Area de Alba Posse (3363) Alba Posse.

Por otra parte, está a disposición de ustedes, el material que consideren oportuno sobre nuestro trabajo, como así también aportes que hemos elaborado para realizar precisiones sobre un tema no profundamente investigado como es la Atención Primaria de la Salud.

Reiterando una vez mas mi agradecimiento y felicitaciones por vuestra propuesta, aprovecho la oportunidad para saludarlo muy Atte.

Dr. Eduardo German Vasshiades, Jefe del Programa de Atención Primaria de la Salud.

Crónica de la segunda AAO de la SMR del Neuquén

Tal vez debería llamarse "Crónica interesada" por cuanto, como todo, lo producido por un individuo, es fruto de una determinada ideología.

Entiendo que es de destacar la organización de local y buffet, a pesar del frío, como también la previsión de la saliente Comisión Directiva de proveer a todos los presentes de copias del Estatuto y de la Memoria y Balance; por eso y todo lo actuado aplausos.

Entrando de lleno a la AAO, lo primero a destacar es que, como siempre, empezamos tarde

Pasa a Pág. 9

(Viene de Pág. 8)

lo que si bien es común en nuestro medio y tal vez en nuestro país no debe hacernos olvidar que el ser víctima de una epidemia no significa estar sano. Como todas nuestras reuniones, tenía un temario frondoso lo que hace que desde ya proponga que: o tengamos durante el año varias Extraordinarias que disminuyan la duración de la AAO, o bien que la AAO se celebre a lo largo de todo un día con un prolongado cuarto intermedio para el almuerzo.

Las Memorias y en especial el Balance mostraron que uno de los grandes problemas de nuestra Sociedad no es la distancia sino la disposición de los socios a colaborar activamente, incluso en algo tan poco comprometedor y simple como es el abonar las cuotas, aunque sea con atraso. Es por eso que teniendo nuestra Sociedad mas de 2 años de existencia sería conveniente que aplicáramos con toda fuerza el Estatuto en lo que a pago de la cuota societaria se refiere; una Sociedad joven y vigorosa no debe mostrarse renuente a separar de sí a quienes poco o nada le aportan (suponiendo que deba llegarse a tal extremo por algo tan baladí como el dinero).

La impresión que me quedó, de lo expuesto por los miembros de la CD saliente antes y durante la AAO, fue que los habíamos dejado bastante solos, y esta sensación de culpa tal vez tenga que ver en la posible dureza de estas líneas. Como método para revertir esto es que invite a los socios a acercarnos a la nueva CD, recordando que no son ellos los encargados de llevar la Sociedad hacia delante, sino que son los elegidos para concretar, de la mejor manera posible, NUESTROS anhelos.

Uno de los principales objetivos de la existencia de nuestra Sociedad es el simple pero básica y tremendamente humano hecho de COMUNICARNOS, por eso no deja de molestarme que cada vez sea mayor el número de los que envían su voto en forma escrita; tanto me molesta que desde ya propongo que tal derecho solo pueda ser ejercido con caracter excepcional, o deje de existir.

Respecto del tratamiento en sí de los temas, creo que se opinó y sin tapujos; tal vez algunos temas fueron de rápido trámite por lo insuficiente del tiempo, pero fundamentalmente se dialogó y esto es rescatable tanto como la unanimidad con que se rechazó todo posible cambio de la denominación (y con ello de los objetivos) de nuestra Sociedad.

Básicamente estoy contento, a pesar de considerar que es una pena que por algún error en la forma de la propuesta no se halla tratado exhaustiva y definitivamente el tema de nuestra revista.

Antes de terminar quiero aclarar que no me considero libre de ser alcanzado por alguno de los "palos" prodigados, y que fundamentalmente me interesaría que enfrentáramos con madurez institucional dos temas importantes como son: la Cooperativa de Consumo y la financiación de TODO lo que encaremos.

Walter E. González. Zapala, 24-06-81.

N.de R.: Así lo creemos nosotros también.

RESIDENCIA MEDICA GENERAL EN HOSPITAL S.C. DE BARILOCHE

El día jueves 16 de Julio en el diario Río Negro se dio a publicidad una noticia anunciando la creación de una Residencia para Médicos Generales en el Hospital de la ciudad de S.C. de Bariloche.

"El régimen de residencia tiene una duración de 54 meses, de los cuales 30 son formativos en el hospital local y los 24 restantes son de rotación en zonas de la provincia, designadas por el CPSP. El residente se incorpora a un sistema de dedicación exclusiva, no tiene responsabilidad legal y trabajará permanentemente con instructores, hará guardias con los médicos de guardia del servicio por el cual esté rotando. De los 30 meses en el hospital, rotarán seis en cada servicio básico: cirugía, pediatría, ginecología y clínica médica y los meses restantes lo harán en terapia intensiva, guardia general, radiología y laboratorio. Los residentes percibirán una beca y el hospital les cubre alojamiento y comida.

El convenio

El doctor Fernández Budelli explicó que el convenio firmado por el CPSP y la Universidad Católica de Buenos Aires contempla la fiscalización por parte de la casa de altos estudios y el control trimestral en el hospital local de los residentes, estando económicamente a cargo de la provincia de Río Negro".

N.R.: A todos los que creemos y tratamos de desarrollar la Medicina General nos ha alegrado la noticia. Cabe la reflexión de esperar en un futuro no muy lejano estar en estrecho contacto con nuestros colegas generalistas. Esto permitirá sumar más voluntades a esta tarea de perfilar nuestro Médico General. Más allá de algunas definiciones un poco apresuradas que aparecen en el mismo artículo, queremos creer que quienes están al frente de este proyecto (más el importante aval Científico con que cuentan) lo han encarado con la humildad y sinceridad necesaria. Nuestras más calurosas felicitaciones!!

ANECDOTARIO REFLEXIVO

No dudamos que cada uno de los profesionales que desempeñan sus tareas en el área rural posee un anecdotario personal de sucesos de distinta índole, que pertenecen al acervo folklórico de nuestra tarea.

El objeto de ésta nueva sección no es solamente

la colección de anécdotas sino que pretendemos, a través de esos momentos o situaciones vividas, reflejar sentimientos, extraer alguna meditación o quizás ¿por qué no? expresar dudas que todos alguna vez hemos experimentado.

(Pasa a Pág. 10)

(Viene de Pág. 9)

En definitiva buscamos compartir algo más en nuestra interminable tarea de servicio.

En una oportunidad, la enfermera me avisa que había llegado un paciente con una lesión grave de miembro inferior y que lo había acercado al hospital un vehículo particular. Hasta aquí, un caso relativamente frecuente. Efectuado el examen físico, reculé una luxación expuesta de tibia y peroné. La solución netamente asistencial de su patología no viene al caso.

Observemos entonces el entorno del accidente: se trataba de un hombre de unos 25 años de edad, puestero de una estancia cercana al pueblo. Había concurrido al casco de la estancia junto con otros puesteros a recibir instrucciones respecto a determinadas tareas. Luego de almorzar se dirigía a su casa, a caballo, cortando camino para abreviar el tiempo de viaje. Metros antes de vadear un arroyo su cabalgadura se asustó y emprendió un repentino galope haciéndole perder su estabilidad. Al caer enganchó su pie derecho en el lazo el cual se cerró aprisionándolo perfectamente sobre su bota. El mismo paciente refiere que con el primer tirón de arrastre sintió un acutísimo dolor que denotó su lesión del miembro. A continuación siguió un arrastre que calcula en unos 100 metros, pasando por el arroyo, golpeando contra las piedras y lesionándose con cuanto matorral se encontrara a su paso. Finalmente se desprendió la bota, siguiendo el caballo su loca carrera, arrastrando un lazo con una bota en su extremo como único testigo del grave accidente que acababa de acaecer.

Ahora bien. Sin haber perdido el conocimiento, nuestro hombre, con el indudable dolor físico que le provocaba su lesión, se tomó el tiempo necesario para razonar: estaba solo, accidentado y fuera de todo camino transitado ya que por esa cortada, casualmente, sólo acostumbraba a pasar él. En consecuencia, se efectuó un torniquete a nivel de la pierna con un pañuelo, y se arrastró literalmente por espacio de unos 500 metros hasta el camino que él sabía, iba a transitar otro de los puesteros que había quedado almorzando. El tiempo en esos momentos carece de toda posibilidad de mensura. Con la caída de la tarde pasó su compañero y lo llevó, enacado hasta la estancia. De allí, al no disponer de vehículo para cruzar el río, por un puente distante varios kilómetros, es llevado en andas sobre

un poncho Castilla a trasponer una pasarela colgante que existía junto a un puente en construcción. Ya sobre una ruta provincial, le resultó relativamente sencillo llegar al centro asistencial. A su arribo al hospital habían pasado unas 8 horas de su accidente, obviamente sin haber tomado siquiera una aspirina.

Aquí es donde me permito hacer una reflexión. No pretendo exaltar el temple de la estirpe de este hombre, que sin lugar a dudas tiene. Quiero simplemente resaltar la diferencia que existe con el hombre de ciudad quien ante alguna nota que lesione su integridad física o espiritual prácticamente depende en forma total del médico.

Se me puede refutar que el paciente de ésta historia es un hombre "sufrido", acostumbrado a tareas violentas. Pero ¿qué significa ser sufrido? ¿hacer trabajos físicos, brutos, exigentes?

Podríamos entonces pensar si acaso la gran exigencia de, en éste caso, el medio ambiente agreste, fortalece el cuerpo y el espíritu, en cuanto a resistencia, presencia de ánimo para situaciones con riesgo para su propia vida y la búsqueda de posibles soluciones, para luego intentarlas. Porque ¿qué hubiera ganado quedándose tendido a llorar su desgracia? Si él sabía efectivamente que podía perder su vida o bien desangrado o bien congelado por pasar una noche al sereno, ¿quizás el umbral del dolor se ve aumentado por las exigencias del medio? Entonces, por el contrario, la civilización ¿desciende ese umbral haciendo al hombre más permeable y aún más indefenso ante cualquier contingencia?

¿Puede suceder que la civilización traiga aparejada un dejarse estar a que las soluciones o ayudas vengan de quienes nos rodean?

Si fuera así y en la práctica creo que en gran parte lo es, vemos que en la medicina rural contamos con un factor positivo muy poco aprovechado quizás por no vislumbrar sus verdaderas posibilidades o por exceso de superficialidad en nuestro trato diario con gran número de pacientes poco habladores, poero de "acción"

Dr. RODOLFO ARIENTE, ALUMINE

(Solicitamos enviar las colaboraciones a ésta sección).

Instituto de Salud Colectiva

Universidad Nacional de Lanús

**AGRADECEMOS LA ATENCION DE
LABORATORIO
ROEMMERS**

SEGUNDAS JORNADAS DE MEDICINA RURAL DE LA Pcia. DEL NEUQUEN

CHOS MALAL - OCTUBRE 1981

Se han establecido los días viernes nueve, sábado diez y domingo once d octubre de 1981, para la realización de las Segundas Jornadas de Medicina Rural de la Provincia del Neuquén, a desarrollarse en la localidad de Chos Malal, cabecera de la Zona Norte y primera capital histórica de la provincia. Los temas a desarrollarse en esos días serán: "Atención Primaria de la Salud en la Provincia del Neuquén", coordinada por el Dr. Horacio Lores, "Planificación familiar y Regulación de la fecundidad", cuya coordinación estará a cargo del Dr. Carlos Báncora y con la participación de una panel multidisciplinario que-

dando para el Dr. Enrique Renucci la coordinación del tercer tema que será Patología Quirúrgica Regional".

Se hallan en plena marcha los preparativos para este evento científico, que luego del éxito de las Primeras Jornadas en Aluminé 1980, ha despertado gran interés. Asimismo se incluirá un programa social y un evento cultural a desarrollarse el sábado diez por la noche.

Las inscripciones para estas jornadas deberán ser dirigidas a la Comisión Organizadora, Casilla de Correo 705. 8300—Neuquén.

COMUNICADO DE PRENSA

El día 19 de junio la Sociedad de Medicina Rural dió a publicidad el siguiente texto que fue recogido y dado a conocer por LU19, LU5, Canal 7 y diario Río Negro.

Zapala, 18 de mayo de 1981

En esta localidad en el día de la fecha se ha reunido la Comisión Directiva de la Sociedad de Medicina Rural de la Provincia del Neuquén, entidad que nuclea a los profesionales de la Salud que desarrollan sus tareas a lo largo y ancho de la provincia. Habiendo sido tratado en sucesivas reuniones el Proyecto de Ley de Carrera Sanitaria Provincial, la Sociedad de Medicina Rural considera necesario expresar su apoyo a los esfuerzos que realiza la Subsecretaría de Salud para la

concreción de dicha Ley, cuya sanción por el Gobierno provincial se entiende no debe demorarse. La aplicación de dicho instrumento legal permitirá consolidar y jerarquizar a un Sistema de Salud que con eficiencia y continuidad ha demostrado su validez. Esta carrera destinada a todo el personal del sector oficial de Salud posibilitará en última instancia una mejor Atención Sanitaria Integral de la población, propósito básico coherente con el lema de la Organización Mundial de la Salud: "Salud para todos en el año 2000". Asimismo la Sociedad ha solicitado su participación en la reglamentación de dicha carrera.

Dr. Rodolfo Arienti, Secretario. Dr. Malcolm Elder, Presidente.

TOMADA DE HORTENSIA JUNIO 1981



Dr. HORACIO R. SANCHEZ - Médico ex residente rural del Hospital Regional Neuquén es actualmente Director del Hospital Rural de Las Lajas.

ACCIDENTES EN PEDIATRIA

Dr. CARLOS A. FRANCISCO - Ex médico residente rural del H.R.N. es actualmente Director del Hospital Rural de El Hucú.

METODOLOGIA

- I. **TECNICA UTILIZADA:** análisis de datos indirectos.
- II. **REGISTRO DE DATOS:** los datos fueron obtenidos de:
 - a.— Hojas de consultorio externo de guardia pediátrica y emergencia del Hospital Neuquén, correspondientes al año 1979.
 - b.— Datos generales sobre número de consultas en los distintos servicios del Hospital Neuquén, obtenidos del Departamento de Estadística de dicho hospital y correspondientes al año 1979.
 - c.— Datos generales sobre internaciones y defunciones en Neuquén Capital, como así también en la Provincia del mismo nombre, correspondientes al año 1979 y 1978 respectivamente; obtenidos del Departamento de Estadística de la Subsecretaría de Salud.
 - d.— Datos sobre población en la ciudad de Neuquén por Barrios y de la Provincia en general, obtenidos de la Subsecretaría de Salud y del COPADE, según datos registrados en el censo de 1970 en proyección a Junio de 1980.

ANALISIS DE DATOS

Se describieron los accidentes según los siguientes tipos:

- Traumatismos de Cráneo.
- Traumatismos en general y escoriaciones (esto incluye politraumatismos, hematomas, accidentes de tránsito, desgarros, y otras lesiones no bien especificadas como por Ej. caídas, lesión, golpe etc.).
- Heridas.
- Fracturas y Luxaciones (aquí se incluyen los esguinces)
- Quemaduras
- Intoxicaciones
- Ingestión de cuerpos extraños.
- Mordeduras de can y otros animales
- Otros accidentes (Aca se especificaron aquellos que no estaban bien definidos como por ejemplo accidentes eléctricos que no fueran quemaduras).

Se le agrupó mensualmente, según sexo y grupo etéreo, analizándose también el lugar de residencia y la época del año en que ocurrieron, cuando el tipo de accidente podía tener relación con esta variable. También en algún tipo de accidente (traumatismos, heridas y quemaduras) se los dividió por las regiones anatómicas que fueron afectadas; así como a las intoxicaciones se las dividió según el agente causante de la misma.

En los pocos casos en que existían lesiones en dos localizaciones distintas del cuerpo (4 casos), para su distribución en regiones se tomó como criterio consignar el caso la región anatómica que representara mayor gravedad, dándose prevalencia a cabeza y tronco frente a los miembros.

E.— ANALISIS DE CUADROS

1) El cuadro N° 1.

Del análisis de este cuadro se deduce, que de un total de 1873 consultas, correspondieron:

- 804 heridas, 42.9%. —417 Traumatismos en general y escoriaciones, 22.3%. —165 Traumatismos de cráneo, 8.8%. —136 Mordeduras de can y otros animales, 7.3%. —129 Quemaduras, 6.9%. —101 Fracturas y Luxaciones, 5.4%. —101 Intoxicaciones, 5.4%. —15 Ingestiones de cuerpos extraños, 0.8%. —5 Otros accidentes no especificados, 0.2%.

Se nota el gran número de consultas por heridas, que se hace más evidente en los meses de enero, noviembre y diciembre; creemos que esto coincide con el hecho de que el niño en esa época se moviliza más y dedica mayor tiempo a sus juegos ya que está de vacaciones escolares, además por el calor imperante anda con menor cantidad de ropa y sin calzado.

En el mes de diciembre se nota un aumento de los traumatismos y escoriaciones, así como de los traumatismos de cráneo.

Con respecto a las quemaduras, notamos un aumento de las consultas en los meses de junio y julio, lo que era de esperar.

El número de consultas por mordeduras de can, se mantiene estable, con una ligera predominancia de los meses de enero, marzo, abril y diciembre.

También esperábamos una mayor incidencia de fracturas y luxaciones en los meses de verano, pero notamos que tienen el mismo número de consultas los meses de mayo y junio, frente a los meses de noviembre y diciembre.

Con respecto a las intoxicaciones, se nota un aumento significativo de las mismas en los meses de julio, octubre y diciembre.

2) El cuadro N° 2.

En este cuadro se nota una clara predominancia del grupo etéreo de uno a cuatro años (1-4), cuyas consultas sumadas masculinos y femeninos totalizan 795 casos, y representan el 42.4% de las consultas totales.

Le siguen en orden de frecuencia el grupo de cinco a nueve (5-9) con un total de 636 consultas que corresponden al 33.9% de los casos. El grupo de diez a catorce (10-14) presenta 350 consultas que representa el 18.7%; por último el grupo de cero a un año (0-1) con 85 consultas, que corresponden al 4.5% de las consultas totales por accidentes.

Sobre el total de accidentes, es notable la permanencia del sexo masculino sobre el femenino (67.5% contra 32.5%). Incluso se observa una gran predominancia del sexo masculino sobre el femenino en el grupo de 0-1 año, donde sería de esperar que no hubiera diferencias por cuanto las condiciones psíquicas, motrices y sociales serían similares. Por Ejemplo: en el caso de los traumatismos de cráneo, quemaduras, intoxicaciones e ingestión de cuerpos extraños, la frecuencia es mayor del doble en favor de los varones. Nos planteamos aquí las siguientes hipótesis:

—Que comprendidos en esa edad (0-1 año) existiría una mayor cantidad absoluta de varones que de mujeres, lo que no es así (ver cuadro de población por edades y sexo).

—Una mayor movilidad o "hiperquinesia" del niño con respecto a la niña?

—Y la que nos parece más razonable, que por alguna razón sociocultural se consultaría con más frecuencia cuando se accidentan los varones, o lo inverso, que a las niñas se las cuida en mayor grado.

En el resto de las patologías no hay diferencias evidentes en cuanto al sexo y este grupo etéreo.

En los grupos que van de uno a catorce años, predominan siempre los varones con respecto a las niñas, lo que era de esperar, debido a que el varón tiene mayor movilidad o libertad que la mujer de la misma edad en sus juegos, trabajo, etc.

Pasamos a desarrollar cada uno de los accidentes en particular.

TRAUMATISMO DE CRANEO (comparar los cuadros N° 1 y N° 2.

Como ya dijimos existe una alta incidencia de consulta por este motivo (8.8%), notándose un predominio neto del sexo masculino que se evidencia inclusive en los menores de un año (18 varones - 8 femeninos). Creemos que la alta incidencia de los traumatismos de cráneo en niños pequeños, se debe a que los padres no toman en cuenta que el niño a esta edad ya tiene movilidad, porque es capaz de rotar, girar, desplazarse en el plano horizontal impulsándose con las piernas, y además la cabeza tiene predominancia de peso y volúmen con respecto al tronco.

La mayor frecuencia de consultas por esta patología se registró en los meses de febrero (20 casos) octubre (20 casos) y diciembre (21 casos), siendo la media mensual de 13.5 casos, esto puede ser circunstancial, o bien puede deberse a que el niño en los meses cálidos tiene menos ropa y se puede mover con mayor libertad.

TRAUMATISMOS Y ESCORIACIONES (Ver cuadro N° 1 y 2)

Es la segunda causa de consultas 22.3%. Se nota un ligero aumento de las consultas en los meses de diciembre, noviembre y setiembre, manteniéndose el resto de los meses sin variantes de importancia. Es interesante observar que en los menores de un año, se mantiene en la misma proporción en ambos sexos (12 masculinos - 11 femeninos), mientras en los grupos de uno a catorce años, la predominancia del sexo masculino es de aproximadamente el doble de los casos, siendo el grupo de uno a cuatro años donde más se evidencia lo antedicho.

Dentro de este diagnóstico están incluidos los Accidentes de Tránsito, que son una causa muy importante de producción de traumatismos. Encontramos especificados con este diagnóstico treinta casos (30), sin encontrar una prevalencia estacional, de sexo o grupo etéreo.

HERIDAS (Ver cuadro N° 3)

Observamos que las heridas representan el 42.9% del total de consultas, siendo la primer causa de accidentes. Predominan las heridas de cabeza y cuello con un total de 345 consultas que representa el 42.9%, luego le siguen las de miembro inferior 26.9%, luego las de miembro superior 14.8%, y por último las

heridas de tórax 2,36% (19 casos). Es conveniente aclarar que figuras consignadas como heridas de torax, todas las que se produjeron en esa región anatómica, como así también las producidas en clavícula y cadera, por la proximidad con órganos nobles que estas tienen (pulmones, uretra).

También es digno destacar que se encontraron 105 heridas no especificadas (figuraban consignadas como heridas solamente o suturas, sin detallar el lugar afectado). Estas heridas no especificadas, representan el 13,05%, cifra que puede hacer variar significativamente cualquiera de las otras localizaciones si lo datos de registro estuvieran bien especificados.

No se encontraron diferencias apreciables en cuanto lugar anatómico afectado y mes de ocurrencia, excepto en las heridas de miembro inferior, donde la mayor prevalencia fue en los meses de verano (Nov. 25 - Dic. 48 - Ene. 48 - Feb. 28 - siendo la media mensual de 18 casos). Probablemente esto se deba a que en esos meses los niños andan sin calzado y tienen mayor acceso a lugares como balnearios, ríos, canales, acequias etc., donde vidrios, latas y otros objetos cortantes son parte del paisaje lugareño.

De este cuadro también se deduce que los meses de mayor consulta por heridas fueron los de verano (Nov. - Ene. - Dic.).

En cuanto a grupo etareo se refiere, la mayor cantidad de consultas se produjo en el grupo de cinco a nueve (327 casos) siguiéndole el de uno a cuatro años (317 casos), luego el de 10 a 14 con 150 casos. En todos estos grupos la relación entre varones y mujeres fue siempre superior de dos a uno. Como era de esperar las consultas en el grupo de menores de un año fue baja, siendo la incidencia igual en varones (5 casos) que en mujeres (5 casos).

FRACTURAS Y LUXACIONES. Ver cuadro N° 4.

Como se observa en este cuadro, el total anual de consultas por esta patología es del 5,39%. Seguramente muchas fracturas y luxaciones no están consignadas como tales en los registros y estarían englobadas en otros grupos (fundamentalmente en traumatismos), dado que el diagnóstico de certeza se logra luego del exámen radiológico y en forma ulterior a la primer consulta, donde no se registra como tal.

Predominan las fracturas en miembro superior (58 casos), representando el 57,42%; luego siguen en orden de frecuencia las de miembro inferior (30 casos) o sea el 29,7%; cabe destacar la baja incidencia de fracturas y luxaciones de tronco (5,9%), como así también las de cabeza y cuello (2 casos). Creemos que una gran cantidad de fracturas en cráneo no se detectan y estarían englobadas en los Traumatismos de Cráneo (*). Si se sacaran sistemáticamente Radiografías de cráneo frente y perfil a todo traumatismo de cráneo, por más banal que este parezca y aunque no tenga sintomatología (*), pensamos que el número de fracturas aumentaría significativamente.

Estamos convencidos que la alta frecuencia de traumatismos de cráneo, con la baja incidencia de fracturas de cráneo se debe a estos dos factores (*).

Se observa una mayor incidencia de fracturas y luxaciones en los meses de mayo (13), junio (13), noviembre (16), y diciembre (14), siendo la media mensual de 8,5 casos.

No creemos significativa la incidencia de fracturas y luxaciones y los meses en que ocurrieron, dada la poca cantidad de casos consignados.

Si creemos significativo que en el mes de Noviembre se registró el mayor número de consultas por fracturas y luxaciones en miembro superior con 11 casos, siendo la media mensual de 4,5 casos.

Con respecto al sexo, se vio que no hubo diferencia en el grupo de menores de un año, dado en bajo número registrado (varones 1, mujeres 0). En el resto de los grupos etáreos la relación masculinos y femeninos, fue siempre superior de dos a uno, con prevalencia del sexo masculino.

El grupo de cinco a nueve años fue el que más consultó con 41 casos (40,6%), siguiéndole el de uno a cuatro con 35 casos (34,6%), luego el de diez a catorce con 23 casos (22,8%), donde la prevalencia de varones sobre mujeres es de 22 a 1, esto probablemente se deba a las condiciones laborales, que hace que el varón realice trabajos que implican mayor riesgo para esta patología.

QUEMADURAS. Ver cuadro número 5.

Observamos que el total anual de consultas por quemaduras fue de 129 casos, que corresponde al 6,9%. Se consigna las diferentes regiones anatómicas donde se evidenció esta patología, encontrando que en el 38,7% de los casos, no figura en los registros el lugar anatómico afectado, y son 50 casos. Tomando los 79 casos donde sí figuran las regiones quemadas, se los dividió en los siguientes grupos:

—Cabeza y cuello, 17 casos, 21,5%. —Miembro superior, 23 casos, 29,1%. —Miembro inferior, 32 casos, 40,5%. —Tronco y genitales, 7 casos, 8,8%.

Viendo el cuadro número 35, se puede observar una mayor incidencia de quemaduras en los meses de Junio y Julio (17 y 18 casos), siendo la media mensual de 10,7 casos. (Ver Gráfico N° 1). Creemos que este aumento significativo de las quemaduras en los meses de invierno, se debe al mayor uso de elementos combustibles para combatir en frío (braseros, leña, calentadores, fogones, etc.), los que generalmente quedan al alcance de los niños. De allí que se produzcan quemaduras y cuya mayor incidencia sea en miembros inferiores (40,5%).

También se observa un neto predominio en el sexo masculino sobre el femenino en edades de cero a uno y de uno a cuatro; esta relación se invierte en el grupo de diez a catorce y se iguala en el de cinco a nueve.

Creemos que esta prevalencia de sexo femenino sobre el masculino en el grupo etareo de diez a catorce (relación de 3 a 1 con predominio del sexo femenino), se debe a la mayor permanencia de la mujer de esta edad en la cocina ayudándole en los quehaceres domésticos a la madre o cocinando, ya sea en su casa o como empleada doméstica.

Al igual que en otras patologías, no nos explicamos la mayor cantidad de consultas en el grupo de cero a uno de sexo masculino, ya que sería esperable encontrar una igualdad a esta edad.

INTOXICACIONES. Ver cuadro N° 6.

Esta table demuestra que consultaron por esa patología 101 casos, que representan el 5,4% del total de consultas por accidentes. Se las dividió de acuerdo al agente causal en:

- Intoxicaciones por Hidrocarburos, 18 casos, 17,8%.
- Intoxicaciones por Lavandina, 17 casos, 16,8%.
- Intoxicaciones por Medicamentos, 30 casos, 29,7%.
- Intoxicaciones por Insecticidas, 4 casos, 3,9%.
- Intoxicaciones por Alcohol, 3 casos, 2,9%.

- Intoxicación por alimentos, 6 casos, 5,9%.
- Intoxicación por Monóxido de carbono, 9 casos, 8,9%.
- Intoxicación por Zelio, 3 casos, 2,9%.
- otras Intoxicaciones, 2 casos, 1,9%.
- Sin especificar, 9 casos, 8,9%.

De acá se desprende la mayor incidencia de intoxicaciones por medicamentos, hidrocarburos y lavandina, que en conjunto suman el 64,3% de las intoxicaciones.

El grupo etareo que más consultó fue el de uno a cuatro años con 70 consultas (69,3%), esto era de esperar ya que los niños comprendidos en estas edades no entienden el significado del peligro ni de lo prohibido, pero sí deambula con facilidad; también encontramos una mayor prevalencia del sexo masculino sobre el femenino en este grupo etareo y en el de menores de un año, lo cual no era de esperar. En el resto de las edades no hubo predominancia de sexos.

En lo referente a los meses de ocurrencia de las intoxicaciones, vemos una mayor incidencia en julio (13 casos), octubre (14 casos), y diciembre (15 casos), siendo la media mensual de 8,4 casos. En el mes de julio esto es explicable pues allí figuran 7 casos de intoxicación por monóxido de carbono, que si los restamos a las otras intoxicaciones de ese mes, queda por debajo de la media mensual. Las intoxicaciones por monóxido prevalecen en el mes de julio, esto es entendible por el mayor uso de braseros o leña para calefaccionar los ambientes.

No nos es entendible la mayor incidencia de intoxicaciones en noviembre y diciembre, ya que no prevalece ninguna intoxicación en particular; (siendo en diciembre por las siguientes causas: 4 por Hidrocarburos, 2 por lavandina 3 por medicamentos, 2 por alcohol, 2 por alimentos, 1 por Zelio y 1 sin especificar).

Dentro de la división de las intoxicaciones figura un Item como OTRAS INTOXICACIONES, estos en un número de dos, fueron debidas a shampoo y a gas natural.

Con respecto a las intoxicaciones por Hidrocarburos, el predominio de los casos en forma estacional, debe hacerse con reservas, ya que la distribución de los meses de Julio a Octubre con 10 casos, frente a los ocho meses restantes con 8 casos, no es muy significativo.

INGESTION DE CUERPOS EXTRAÑOS: Ver cuadros N° 1 y 2.

Vemos que el total de consultas por esta causa fueron 15 casos, que re representa el 0,80% de los casos, no encontrándose prevalencia en ningún mes determinado, dado el bajo número de casos registrado.

Si podemos observar un ligero predominio del sexo masculino con respecto al femenino (9 casos contra 6 casos); siendo el grupo de uno a cuatro años el que mayor incidencia registró (8 casos), lo que era de esperar.

MONEDURAS DE CAN Y OTROS ANIMALES. Ver cuadros N° 1 y 2.

Aca se observa que el total de consultas por esta patología fue de 136 casos, que representan el 7,26%.

Se observa una mayor frecuencia de mordeduras en los meses de enero (19), Marzo (16), abril (15), setiembre (13), y diciembre (16), siendo la media mensual de 11,3 casos. Se puede decir, con reservas, que hay un ligero predominio en los meses de verano.

Se observa una mayor incidencia en el grupo etareo de cinco a nueve y de diez a catorce, siguiendo luego el de uno a cuatro. Esto era de esperar ya que los niños de cinco a catorce años, tienen un mayor acceso a la calle, y una mayor tendencia a alejarse del lugar donde vive. También es lógico que el grupo donde con mayor frecuencia se consulta por mordeduras sea el de cinco a nueve, pues no tiene una acabada noción del peligro como lo tiene el grupo superior.

Hubo una mayor prevalencia en el sexo masculino que en el femenino (67% contra 33%), no habiendo diferencias en el grupo de menores de un año, como era de esperar.

Dentro de este ítem, figuran Otras Mordeduras de animales y ellas comprenden: 1 mordedura de gato.

1 mordedura de caballo

1 mordedura de ser humano, y se consignaron dentro de mordeduras de can y otros animales por su baja frecuencia.

OTROS ACCIDENTES NO ESPECIFICADOS. Comprende cinco casos y se encuentran todas agrupadas en el grupo de 5 a nueve años y en el sexo masculino. Su detalle es el siguiente: 3 accidentes eléctricos que no constan como quemaduras, 1 scalp de codo y 1 diagnóstico de "TRAPICADO".

Hacemos un breve comentario sobre "ACCIDENTES ELÉCTRICOS. Se registraron cinco casos; tres figuran en otros accidentes y dos como quemaduras eléctricas y fueron en varones de 9 a 14 años.

Analicemos el cuadro N° 7.

En esta tabla se tomaron conjuntamente los traumatismos de cráneo (165), más los traumatismos en general y escoriaciones (417) y las fracturas y luxaciones (165), dando un total de 683 casos.

Debimos agrupar estas patologías para poder confrontarlas con las internaciones y defunciones, ya que estas se encuentran codificadas según el CODIGO INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES NOVENA REVISIÓN y para confrontar los datos debimos agrupar las consultas externas que no se encuentran codificadas. Creemos que se este modo los datos resultan comparables.

De esta tabla se deduce que de las 683 consultas por traumatismos, traumatismos de cráneo y fracturas, 117 casos fueron internados por igual motivo. Estos 117 casos representan el 17,1%, de los cuales fallecieron dos casos, lo que representa una mortalidad del 0,3%.

Las 804 heridas que consultaron, se relacionan con doce internaciones (1,5%), sin presentar este grupo ninguna muerte.

Las 129 quemaduras, se confrontan con 9 internaciones por el mismo motivo (7%), siendo la mortalidad del 2,3% (3 casos). Creemos que estos 3 casos de muerte por quemadura ocurrieron en la misma familia al incendiarse la vivienda.

De ciento treinta y seis mordeduras de can y otros animales solo uno requirió internación, y no hubo ninguna defunción.

Las 15 ingestiones de cuerpo extraño se confrontan con una sola internación de dicha causa que representa el 6,6%.

Las 101 intoxicaciones se confrontan con cuarenta y seis internaciones por el mismo motivo (45,5% de los casos) de los cuales falleció solo uno y representa una mortalidad del 1% aproximadamente. Como se verá el mayor porcentaje de internaciones recae sobre las intoxicaciones.

No tuvimos ningún registro de aspiración de vómito, pero hubo una internación por dicho motivo y cuatro defunciones. Creemos que esto se debe a que las defunciones tienen un sesgo, ya que se tomaron tanto del medio hospitalario como del privado.

Lo mismo sucede con la asfixia por sumersión donde no consta ninguna consulta ni internación, pero sí una defunción.

Cabe destacar que las consultas fueron hechas en el ámbito de la ciudad del Neuquén en el 97,8% de los casos. No se puede determinar si la internación fue totalmente de Neuquén capital por ser un Hospital zonal y no tener los lugares de residencia.

Las 11 defunciones ocurrieron en el área de la ciudad de Neuquén en el año 1979, y fueron tomados de los registros de certificados de defunción provinciales, que incluye tanto medios estatales como privados.

Análisis del cuadro N° 8 (Relación entre número de consultas de guardia, pacientes internados y defunciones de las intoxicaciones discriminadas por su composición).

Del análisis de éste cuadro, aparece una alta relación entre las consultas por intoxicación medicamentosa (30 casos) frente al N° de internaciones, por dicha causa (29 casos).

También es importante la relación entre las intoxicaciones por hidrocarburos (18) frente a 6 internaciones por esta causa, siendo la segunda en importancia por números de casos.

Adquieren significación por su gravedad las intoxicaciones por insecticidas y que si bien su número fue escaso en relación con el total (4 casos) se registró en ese grupo una muerte por insecticida Organo Fosforado, siendo también alta la relación con el número de internaciones (3 casos).

Las intoxicaciones por lavandina no registraron gravedad clínica y sus 17 casos no se relacionan con ninguna internación.

Las intoxicaciones por Monóxido de Carbono (9 casos) no se relacionan con ningún caso de internación o muerte ya que evidentemente fueron casos leves al no requerir internación.

Se registraron 6 casos de intoxicación por alimentos con relación a dos internaciones. Creemos que pueden haber más casos que fueron consignados en las planillas de diagnóstico por su sintomatología (diarreas, vómitos, etc.) y no por su diagnóstico causal.

Se registraron 3 casos de intoxicación alcohólica de los cuales 2 requirieron internación, no produciéndose ninguna muerte. Teniendo en cuenta la alta incidencia de alcoholismo en la población en general, nos llama la atención el escaso número de intoxicaciones alcohólicas registradas.

F.—CONCLUSIONES GENERALES

Además de lo dicho con respecto a cada tipo de accidente,

creemos que a partir de los datos presentados podemos determinar que los mismos, ocupan un lugar importante como causa de consulta, internación y defunción en pediatría.

Analizaremos aquí, los datos más importantes que surgen de los indicadores de donde entre otros indicadores, queremos destacar que mientras las consultas por accidentes en los niños de cero a catorce años con respecto a la población de Neuquén de igual edad, fue del 5,23%, los egresos de pediatría por accidente en el Hospital Neuquén sobre el total de egresos del mismo, fue del 17,54%. Siendo las defunciones por accidentes en la población de cero a catorce años de Neuquén Capital frente al total de esta ciudad y en la misma población, del 11,22%.

De un total de 40 defunciones en el año 1979 en la Provincia de Neuquén en el grupo etáreo de 1—4 años, el 40%, o sea 16 niños fallecieron por accidentes de diversos tipos, constituyendo de esta manera la primera causa de muerte en este grupo.

Ha surgido del análisis la fuerte incidencia del sexo masculino y la preponderancia de los accidentes, en los niños de 1—4 años; identificándose así la población susceptible en mayor grado.

En cuanto a las regiones más expuestas a traumatismos y heridas, comprobamos que existe un marcado predominio de las lesiones en cabeza (en cuello fueron muy escasas) ya que si se suman a los casos anteriores los traumatismos de cráneo, nos da un total de 617 casos con esta localización, sobre un total de 1487 casos, lo que representa un 41,5%.

Como síntesis, diremos que en este momento, en la Provincia de Neuquén debido a la aplicación sostenida de un plan de salud acorde con sus necesidades, se ha ido reduciendo paulatinamente la mortalidad en pediatría por causas neonatales, perinatales e infectocontagiosas, y comienzan a adquirir mayor importancia, los accidentes, como ocurre en las provincias y países de mejor cobertura sanitaria.

G.—PROPUESTAS QUE SURGEN DE LAS CONCLUSIONES ANTERIORMENTE ESBOZADAS

Es necesario continuar con las medidas de educación para la salud para la prevención de accidentes. Por este motivo se realizó un audiovisual para ser presentado a los padres, refiriendo las causas más frecuentes de accidentes.

La alta incidencia de intoxicaciones, entre ellas las causadas por medicamentos, acompañadas de una alta tasa de internación, requieren una mayor acentuación en la indicación a los padres por parte del personal médico y paramédico, de los recaudos a tomar para que los mismos queden fuera del alcance de los niños, lo mismo cabe indicar para otros productos tóxicos.

El alto porcentaje de mordeduras de can, sugieren la posibilidad de la intervención municipal para el control de los animales sueltos. La falta de conciencia de ciertos sectores de la población con respecto al número óptimo de animales por vivienda y la falta de cuidados necesarios para que el niño no resulte mordido, es otro de los problemas donde hay que insistir.

La predominancia de algunas patologías en determinados barrios mostrarían la necesidad de poner acento en los mismos, cuando se llevan a cabo acciones de Educación para la Salud.

En la recolección de los datos, identificamos como problema el deficiente registro en las planillas de Consultorio Externo de Guardia. Pensamos que esto puede mejorarse poniendo por parte de los médicos en general un mayor cuidado en los registros.

Nos dificultaron la tarea las siguientes causas:

—falta de consignación de:

- lugar de residencia,
- edad y sexo,
- diagnóstico,
- letra incomprensible,
- datos incompletos,
- falta de localización anatómica,
- grado y porcentaje de quemaduras,
- síntomas y estados morbosos mal definidos.

NOTA DE LA REDACCION:

El trabajo original consta de 64 carillas con numerosos cuadros, gráficos e indicadores, que por razones de espacio se debieron seleccionar.

POBLACION DE LA CIUDAD Y LA PROVINCIA DE NEUQUEN, POR GRUPO ETAREO, CORRESPONDIENTE A JUNIO DE 1980
(DATOS APROXIMADOS SACADOS DEL COPADE Y LA SUBSECRETARIA DE SALUD DEL NEUQUEN)

CUADRO N° 1 BIS

	0 - 1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	SUB-TOTAL 0 - 14	MAS DE 14	T O T A L
T O T A L	8.830	30.854	29.525	25.919	94.678	136.381	231.059
POBLACION DE LA CIUDAD DE NEUQUEN	3.237	11.687	10.963	9.900	35.787	47.525	83.312
POBLACION PROVINCIA DEL NEUQUEN EXCEPTUADA LA CAPITAL	5.143	19.167	18.562	16.019	58.891	88.856	117.747

TOTAL DE CONSULTAS POR ACCIDENTES EN LOS SERVICIOS DE GUARDIA PEDIATRICA Y EMERGENCIA DEL HOSPITAL NEUQUEN,
POR MES Y SEGUN TIPO DE ACCIDENTE, SIN ESPECIFICAR EDAD NI SEXO, CORRESPONDIENTE AL AÑO 1979

CUADRO N° 1

D I A G N O S T I C O S	TOTAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
T O T A L	1.873	183	144	160	136	116	117	142	139	157	142	192	245
TRAUMATISMOS DE CRANEO	165	14	20	10	11	8	11	15	10	13	20	12	21
TRAUMATISMOS Y ESCORIACIONES	417	35	24	33	34	32	25	34	32	40	33	42	53
HERIDAS	804	93	77	77	51	37	39	45	66	64	45	98	112
FRACTURAS Y LUXACIONES	101	6	1	6	7	13	13	7	4	6	8	16	14
QUEMADURAS	129	9	5	8	7	7	17	18	11	12	12	12	11
INTOXICACIONES	101	4	6	8	8	6	4	13	9	9	14	5	15
INGESTION DE CUERPOS EXTRAÑOS	15	1	-	2	3	-	-	-	1	-	2	2	4
MORDEDURAS DE CAN U OTROS ANIMALES	136	19	11	16	15	10	8	10	6	13	3	5	15
OTROS ACCIDENTES NO ESPECIFICADOS	5	2	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-

TOTAL CONSULTAS CORRESPONDIENTES A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y GUARDIA PEDIATRICA DEL HOSPITAL NEUQUEN, SEGUN TIPO DE ACCIDENTE SEXO, Y GRUPO ETAREO, CORRESPONDIENTE AL AÑO 1979

CUADRO N° 2

D I A G N O S T I C O	TOTAL	E D A D E N A Ñ O S								
		0 - 1		1 - 4		5 - 9		10 - 14		N/E
		M	F	M	F	M	F	M	F	N/E
T O T A L	1.873	55	30	527	268	427	209	251	99	7
TRAUMATISMO DE CRANEO	165	18	8	52	31	23	16	7	8	2
TRAUMATISMOS EN GRAL Y ESCORIACIONES	407	12	11	118	52	79	46	64	33	2
HERIDAS	804	5	5	214	103	232	95	121	29	-
FRACTURAS Y LUXACIONES	101	1	-	23	12	28	13	22	1	1
QUEMADURAS	129	10	2	43	32	15	15	3	8	1
INTOXICACIONES	101	6	3	51	21	6	7	2	4	1
INGESTION DE CUERPOS EXTRAÑOS	15	2	-	3	5	1	1	3	-	-
MORDEDURAS DE CAN U OTROS ANIMALES	136	1	1	23	12	43	16	24	16	-
OTROS ACCIDENTES NO ESPECIFICADOS	5	-	-	-	-	-	-	5	-	-

NOTA: N/E = NO ESPECIFICA EDAD NI SEXO

TOTAL DE ACCIDENTES OCURRIDOS EN LA CIUDAD DE NEUQUEN, AÑO 1979 DISCRIMINADOS POR SEXO

TOTAL DE ACCIDENTES	T O T A L	MASCULINOS	FEMENINOS	SIN ESPECIF.
OCURRIDOS EN EL AÑO 1979	1.873	1.260	606	7

TOTAL CONSULTAS POR HERIDAS EN DIVERSAS REGIONES
 TOTAL CONSULTAS POR ACCIDENTES

804
 1.873 = 42,9%

TOTAL CONSULTAS POR FRACTURAS Y LUXACIONES
 TOTAL CONSULTAS POR ACCIDENTES 101 = 5,39%

TOTAL ANUAL DE HERIDAS, DISCRIMINADAS POR REGION ANATOMICA Y POR MES, SIN ESPECIFICAR SEXO Y EDAD - CORRESPONDE AL AÑO 1979

HERIDAS	TOTAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
HERIDAS EN CABEZA Y CUELLO	345	27	17	36	25	19	23	24	37	36	21	23	37
" " MIEMBRO SUPERIOR	119	7	11	6	11	9	8	11	9	12	5	17	13
" " TRONCO	19	4	2	2	1	1	-	-	2	1	-	3	3
" " MIEMBRO INFERIOR	216	48	28	18	8	3	6	9	9	5	9	25	48
" " NO ESPECIFICADAS	105	7	19	15	6	5	2	1	9	10	10	10	11
TOTALES	804	93	77	77	51	37	39	45	66	64	45	98	112

TOTAL ANUAL DE FRACTURAS Y LUXACIONES, POR REGION ANATOMICA Y POR MES, SIN ESPECIFICAR SEXO NI EDAD, CORRESPONDIENTE AL AÑO 1979

FRACTURAS Y LUXACIONES	TOTAL	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SET.	OCT.	NOV.	DIC.
F. Y LUX. DE CABEZA Y CUELLO	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-
" DE MIEMBRO SUPERIOR	58	2	-	5	5	3	7	4	2	6	6	11	7
" DE TRONCO	6	-	1	-	-	2	3	-	-	-	-	-	-
" DE MIEMBRO INFERIOR	30	2	-	-	1	7	3	3	2	-	2	4	6
" NO ESPECIFICADAS	5	2	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTALES	101	6	1	6	7	13	13	7	4	6	8	16	14

TOTAL ANUAL DE QUEMADURAS, DISCRIMINADAS SEGUN LA REGION AFECTADA CORRESPONDIENTE AL AÑO 1979

REGION AFECTADA	TOTAL
CABEZA Y CUELLO	17
MIEMBRO SUPERIOR	23
TRONCO Y GENITALES	7
MIEMBRO INFERIOR	32
NO ESPECIFICA LUGAR	50
TOTAL	129

TOTAL DE QUEMADURAS = 129
 TOTAL DE ACCIDENTES = 1.873 = 6.8%

PORCENTAJE RELATIVO DE LAS REGIONES AFECTADAS (Excluyendo las NO especificadas)

CABEZA Y CUELLO 21.5%
 MIEMBRO SUPERIOR 29.1%
 TRONCO Y GENITALES 8.8%
 MIEMBRO INFERIOR 40.5%

EL 100% CORRESPONDEN A 79 QUEMADURAS ESPECIFICADAS

TOTAL ANUAL DE INTOXICACIONES, DISCRIMINADAS POR EDAD, SEXO Y TIPO, CORRESPONDIENTES AL AÑO 1979

TIPO DE INTOXICACION	TOTAL	EDAD EN AÑOS								
		0 - 1		1 - 4		5 - 9		10 - 14		NO Esp. E/S.
		M	F	M	F	M	F	M	F	
TOTAL	101	9	3	49	21	6	7	2	3	1
INTOXICACION POR HIDROCARBUROS	18	-	-	8	6	-	4	-	-	-
" " LAVANDINA	17	2	1	11	2	-	1	-	-	-
" " MEDICAMENTOS	30	3	1	16	6	2	1	-	-	1
" " INSECTICIDAS	4	-	-	2	2	-	-	-	-	-
" " ALCOHOL	3	-	-	1	1	1	-	-	-	-
" " ALIMENTOS	6	-	1	1	-	2	-	1	1	-
" " MONOXIDO DE CARBONO	9	2	-	2	1	1	-	1	2	-
" " ZELIO (TALIO)	3	-	-	2	1	-	-	-	-	-
" " OTRAS CAUSAS	2	-	-	(*) 2	-	-	-	-	-	-
" SIN ESPECIFICAR	9	2	-	4	2	-	1	-	-	-

NOTA: (*) Estas dos intoxicaciones fueron por Shampoo y por gas.

TOTAL INTOXICACIONES 101 - TOTAL ACCIDENTES 1.873 = 5.39%

RELACION ENTRE NUMERO DE CONSULTAS DE GUARDIA, PACIENTES INTERNADOS Y DEFUNCIONES EN LA CIUDAD DE NEUQUEN, SEGUN EL TIPO DE ACCIDENTE

CUADRO N° 7

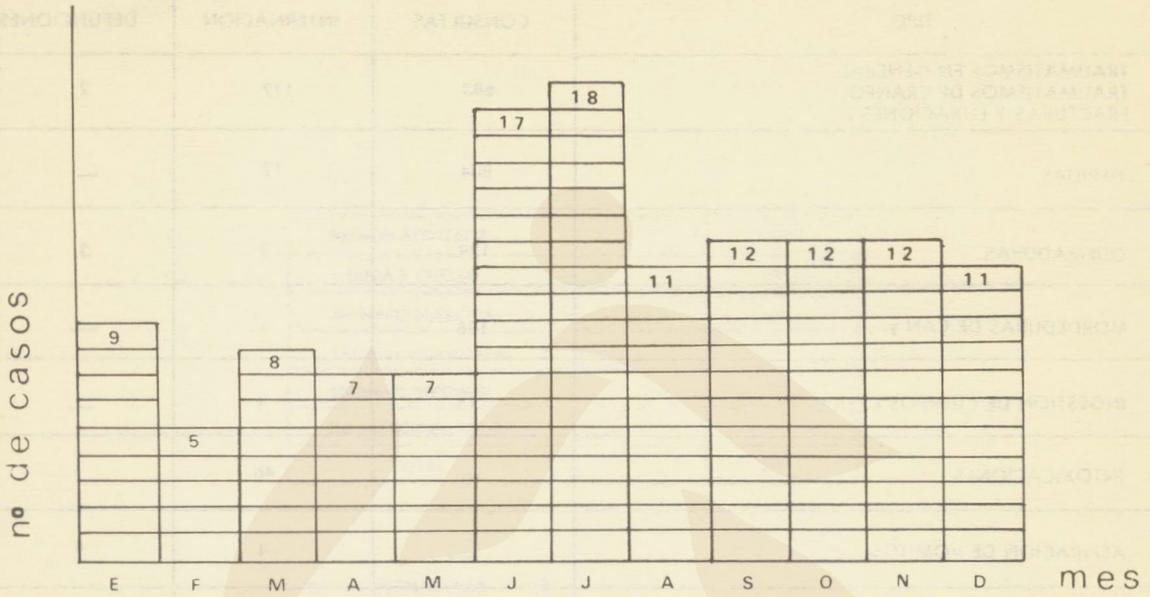
TIPO	CONSULTAS	INTERNACION	DEFUNCIONES
TRAUMATISMOS EN GENERAL TRAUMATISMOS DE CRANEO FRACTURAS Y LUXACIONES	683	117	2
HERIDAS	804	12	—
QUEMADURAS	129	9	3
MORDEDURAS DE CAN y...	136	1	—
INGESTION DE CUERPOS EXTRA.	15	1	—
INTOXICACIONES	101	46	1
ASPIRACION DE VOMITOS	—	1	4
ASFIXIA POR SUMERSION	—	—	1
TOTALES	1868	187	11

RELACION ENTRE NUMERO DE CONSULTAS DE GUARDIA, PACIENTES INTERNADOS Y DEFUNCIONES, DE LAS INTOXICACIONES DISCRIMINADAS POR SU COMPOSICION

CUADRO N° 8

COMPOSICION	CONSULTAS	INTERNACION	DEFUNCION
MEDICAMENTOS	30	29	—
DERIVADOS DEL PETROLEO	18	6	—
INSECTICIDAS	4	3	1 (COFA)
ALCOHOLICA	3	2	—
ALIMENTARIA	6	2	—
LAVANDINA	17	—	—
MONOXIDO DE CARBONO	9	4	—
RATICIDA (ZELIO)	3	—	—
SIN ESPECIFICAR	9	4	—
OTRAS INTOXICACIONES	2	—	—
TOTALES	101	46	1

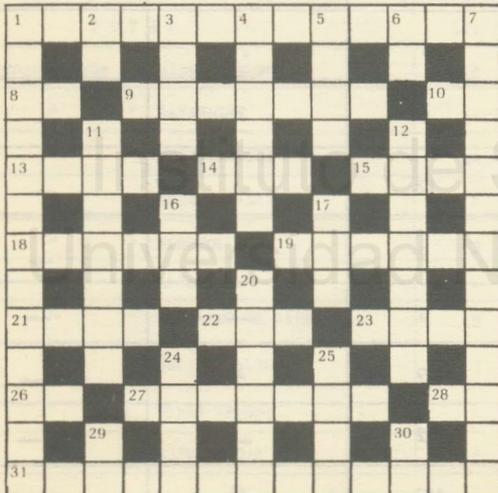
QUEMADURAS



CRUCIGRAMA N° 1

VERTICALES

- 1) Desarrollo imperfecto de la cara.
- 2) Río de Aragón, que desemboca en el Cantábrico.
- 3) Depósito urático en la dermis y T.C.S. de los gotosos, producido por alteración metabólica de las purinas.
- 4) Segmento primitivo-mesodérmico del tronco del embrión.
- 5) Forma prefija con la significación de suero.
- 6) Símbolo químico del osmio.
- 7) Proyección, sin distorsión, sobre la pantalla



radioscópica de los órganos internos.

- 11) Emisión dolorosa o difícil de la orina.
- 12) Cetáceo de los mares fríos y templados, parecido al delfín.
- 16) Naturaleza, esencia. Ser.
- 17) Secreción, materia que se forma en los tejidos inflamados, abscesos, llagas, flemones, etc.
- 20) Apetito, necesidad de tomar alimentos.
- 24) Forma prefija con la significación de recto.
- 25) Abreviatura de anatomía.
- 29) Director técnico.
- 30) Iniciales de nuestra revista.

HORIZONTALES

- 1) Especialista o perito en anestesia.
- 8) Símbolo químico del erbro.
- 9) Pasajero, de corta duración.
- 10) Antigua nota musical.
- 13) Óxido de hierro que se forma con la humedad.
- 14) Piojo de las gallinas.
- 15) Incurción rápida en terreno enemigo.
- 18) Ectodermo primitivo.
- 19) Arbusto de la familia de las onagrarias, originario de América.
- 21) Cinco y uno.
- 22) Metal precioso.
- 23) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- 26) Símbolo químico del polonio.
- 27) Derivado de la quenolina, de propiedades antiérmicas.
- 28) Luis Pasteur.
- 31) Bacterias que se reproducen por separación en articulaciones o artrosporas.

TALON DE SUSCRIPCION

SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL

Casilla Correo 705 - 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

Casilla Correo 705 - 8300 Neuquén

NEUQUEN

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

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

a la orden de Sociedad de Medicina Rural, por la suma de \$ 20.000.- correspondiente al mes de.....

NOMBRE.....

DIRECCION.....

PROFESION.....

CARGO ACTUAL.....

LA ORACION DEL PERRO

Oh Señor de todas las criaturas haz que el hombre, mi dueño, sea tan fiel a los otros hombres como yo le soy fiel.

Haz que sea tan cariñoso con su familia y sus amigos como yo lo soy con él.

Haz que custodie honradamente los bienes que tu le confías como honradamente custodio los suyos.

Dale, oh Señor, una sonrisa fácil y espontánea como fácil y espontáneamente nuevo mi cola.

Haz que esté siempre dispuesto a la gratitud como estoy siempre dispuesto a lamer su mano.

Concédele una paciencia como la mía que espero su retorno sin quejarme nunca.

Dale mi coraje y rapidez para sacrificar todo por él, desde cualquier comodidad hasta la vida misma.

Consérvale mi juventud de corazón y mi alegría de pensamiento.

Oh Señor de todas las criaturas como yo soy siempre verdaderamente perro haz que el sea siempre verdaderamente hombre.

Instituto de Salud Colectiva
 Universidad Nacional de Lanús

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!!!**