

# noticias

"LA CUESTION ES SOLO ENTRE LA LIBERTAD Y EL DESPOTISMO" JOSÉ ARTIGAS

REDACTOR RESPONSABLE: Dr. Barrett Díaz Pese. Correos del Uruguay, Perm. N° 169, Impresos de Int. Gral. Dec. del P. E. de Enero de 1951. Franqueo a Pagar Cta. N° 109. Impreso en IMCO (Imp. Cooperativa). Gaboto 1918. Dep. Legal - 29.821.

EL S. M. U. EN LA RECREACION DE LA CULTURA MEDICA

## Educación Médica Continua para Graduados

"Subsiste la urgente necesidad de organizar la enseñanza continua para los médicos que cursaron sus estudios (básicos) en un sistema docente no concebido para conseguir que el individuo se esfuerce en seguir aprendiendo durante toda su vida profesional" (Comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud — Serie de Informes Técnicos — N° 534).

— 1 —

### PROPOSITOS DE LA EDUCACION MEDICA CONTINUA (E.M.C.)

**E**STE tipo de Educación Médica se realiza luego de finalizada la instrucción curricular o los cursos adicionales de las especialidades con la finalidad de mantener o mejorar la competencia profesional y, a través de ella, la calidad de la atención médica brindada a la población.

Cabe subrayar la implicación más importante de este concepto: el propósito de la E.M.C. tiene que ver con el nivel de la competencia profesional, con la capacidad del médico para desempeñarse en los problemas sanitarios más importantes; con esta óptica dicho propósito no se vincula sino incidentalmente a la mera difusión de nuevos conocimientos o de información. Esta difusión sin duda es necesaria; y la seducción que ejercen las adquisiciones flamantes de la investigación científica casi siempre incita a dedicarle todo el tiempo y todos los recursos posibles. No obstante, el empeño centrado en difundir esas adquisiciones —cuantiosas y a menudo contradictorias o desconcertantes— pese a ser una tarea gigantesca y especialmente meritoria en medios como el nuestro, no garantiza en absoluto la obtención del propósito inicial —la mejoría de la competencia profesional—. Esta es una noción corroborada por los hechos: ¿es además explicable? Pese a que mu-

chas veces el desaliento ante esos hechos ha llevado a omitir el necesario análisis, la explicación existe. Ella tiene que ver con el hecho capital, que imprescindiblemente hemos de comprender y aceptar, de que no es suficiente que un docente hable o escriba para presumir que el médico que escuchó o leyó habrá de mejorar su competencia profesional; esta presunción exige además considerar qué temas o problemas serán escuchados o leídos con interés; en qué forma deben ser ilustrados para que resulten asimilables; y en qué grado deben vincularse a problemas reales de importancia en la práctica cotidiana, de modo que las soluciones aportadas sean trasladables a esa práctica.

En consecuencia, la EMC es a la vez menos trabajosa y más compleja que la mera difusión de nuevos datos científicos; la complejidad radica en la consideración de los factores mencionados, y de otros que luego veremos, con la finalidad de ajustar la EMC tanto a las necesidades sanitarias como a las necesidades del médico.

El rápido avance de los conocimientos médicos y los cambios cada vez mayores en los métodos asistenciales obligan a seleccionar el programa de la EMC. Cuanto más vertiginoso es el ritmo de las adquisiciones, tanto más importa la calidad de lo que se enseña: ésta es nuestra ubicación frente a una revolución científico-tecnológica donde la cantidad ha hecho eclosión, pero la calidad aún no ha decantado.

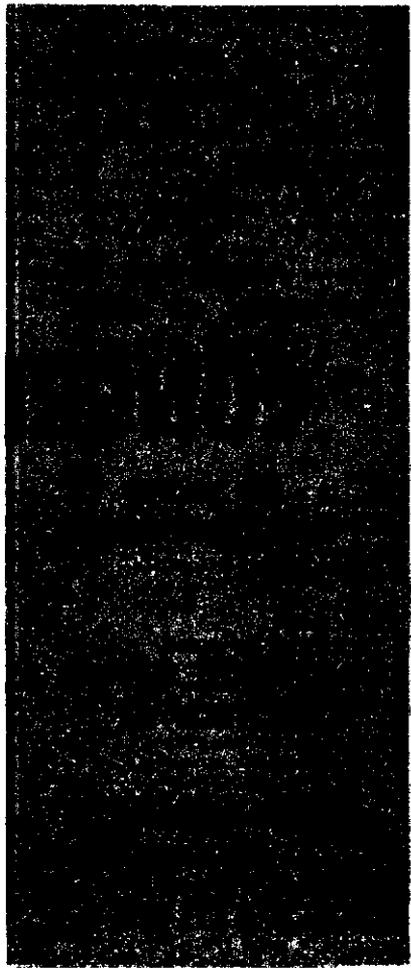
Una EMC durante toda la vida del profesional puede parecer un gasto socialmente oneroso; no obstante es la única manera de preservar la inversión inicial que representa la instrucción universitaria de pre-grado, en un terreno donde el avance científico-tecnológico no detiene su ritmo en atención a una fecha de graduación.

Una precisión: sin duda el concepto

(Pasa a página siguiente)

**SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY**  
1920 - 11 de agosto - 1975  
Cañón 1538 P. E. Tel. 50 11 59  
Filial de la Confederación Médica Panamericana. Miembro de la Asociación Médica Mundial

EN ESTE NUMERO



OCTUBRE 1975

## EDUCACION MEDICA CONTINUA PARA GRADUADOS

(Viene de página anterior)

de "aprendizaje" continuo es preferible a la noción convencional de "enseñanza", de modo de comprender no sólo a los cursos, conferencias, etc., sino también al aprendizaje independiente — hoy por hoy una de las formas prioritarias de la EMC—.

— II —

### LOS LIMITES VERDADEROS DE LA EMC

LA EMC se refiere a la competencia profesional. Preserva la "inversión inicial", como hemos dicho; y, como gustan decir los tecnócratas: "maximiza el rendimiento". Pero las deficiencias en la atención médica, en medios como el nuestro, no deben evaluarse tan sólo en relación a las limitaciones en la competencia profesional; existen fundamentalmente limitaciones en el grado en que ella puede ser utilizada. Este factor es de índole socioeconómica y no se corregirá con la EMC; para la Organización Mundial de la Salud (publicación citada) es el fundamental.

— III —

### LOS LIMITES FALSOS DE LA EMC

EN nuestro país las escasas actividades de EMC incluyendo entre ellas las realizadas por el Sindicato Médico del Uruguay, en general adolecen de los defectos señalados para el nivel internacional: esfuerzos esporádicos, con escaso apoyo, poco influidos por la moderna ciencia educacional, concentrados en la difusión de nuevos datos científicos, sin vincu-

lación con las necesidades sanitarias prioritarias. Por supuesto que esta evaluación no constituye una tacha invalidante, sino el análisis "sobre la marcha" de una actividad en ciernes cuyo perfeccionamiento y desarrollo en gran escala está planteado en el SMU.

Son defectos generalizados internacionalmente, previsibles, superables.

Pero quisiéramos referirnos a otro defecto, autóctono; a una malformación congénita a la que estamos demasiado acostumbrados y que es mucho menos frecuente en el nivel internacional: la subordinación prácticamente absoluta a la actividad docente curricular, universitaria. Eso constriñe a la EMC a un límite autoimpuesto y le coloca a la zaga de una actividad de la que puede y debiera diferenciarse con nitidez. La enseñanza curricular se ordena en materias más o menos bien limitadas, cuyo contenido a menudo provoca en los estudiantes la sensación displacentera de lejanía respecto a la profesión que persiguen; se imparte en horarios establecidos a lo largo de cursos de semanas o meses; se controla con exámenes u otros métodos; se califica con notas. Los docentes que auténticamente se apasionan con sus materias llegan a impregnarse de una modalidad de enseñar y de una valoración de los temas propia del ámbito en que actúan.

La docencia dirigida a médicos requiere en cambio algo distinto. No pueden fijarse planes de estudio rígidos. Los temas no adquieren importancia por su valoración académica sino por su jerarquía práctica, por su frecuencia como problemas cotidianos. Los conocimientos deben tener una aplicación inmediata. Los horarios y ritmos de estudio deben adaptarse a las múltiples ocupaciones. En suma,

señalan los especialistas en sicopedagogía, es imprescindible adaptarse al destinatario de la enseñanza cuando se establecen las características que esta tendrá. El propio médico, incluso, debe participar en la selección de objetivos y de métodos didácticos. Hay procedimientos de autoevaluación que permiten al médico reconocer sus carencias y ayudan a descubrir lo que necesita aprender. Debe alentarse la instrucción independiente; y para esto, según señalan los especialistas en pedagogía, es probablemente más importante la buena formación en cuestiones didácticas que la cuantía del bagaje de conocimientos del docente. En conclusión, la EMC es un sector de la enseñanza médica diferenciado de la instrucción curricular. No obstante, las ataduras culturales a la institución de enseñanza curricular y la dependencia, a veces no totalmente sana, de su escala de méritos, impiden casi siempre percibirlo y actuar con la debida independencia. La ponencia del S.M.U. sobre Educación Médica presentada al X Congreso Médico Social Panamericano en 1968, luego de distinguir 2 etapas en dicha educación: de pre y de post-Grado, señala que esta última debe abarcar tanto la formación de especialista como los cursos de actualización y perfeccionamiento del médico general. Como en dicha ponencia sólo se desarrolla lo relativo a la formación de especialistas (a cargo de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina), creemos que ya es hora de dedicarnos a lo otro. Pero esta decisión implica romper barreras hasta ahora mantenidas por nosotros mismos, dejando de estar a la zaga de supuestas élites culturales y dejando de admitir monopolios en el campo de la cultura médica.

# CONGRESOS Y REUNIONES

OCTUBRE 1975—

**8.º Congreso Internacional del Asma**  
Vlissingen, Holanda  
6 al 11 de octubre  
Emmalaan 17, Utrecht,  
Netherlands.

**XXXIII Jornadas Quirúrgicas - 1ras. Jornadas de la Hispanidad**  
Madrid, España  
(Palacio de Congresos)  
20 al 23 de octubre  
Soc. Arg. de Cirujanos - As. Española de Cirujanos Ortega y Gasset 34 - 1.º Madrid.

NOVIEMBRE 1975—

**4.º Simposio Internacional sobre Tratamiento Agudo**  
Medicina, Cirugía y Anestesiología para tratamiento crítico. — Aplicación de Computadoras para Manejo Médico y Administrativo. - Anualmente en Río de Janeiro, Brasil.  
Noviembre 3 al 8 de 1975.  
Asociación Médica Brasi-

lera - Colegio de Cirujanos de Brasil - Colegio Internacional de Cirujanos (Río de Janeiro). Dirección: C. Postal 14.700, ZC 95, 20.000 Río de Janeiro, RJ, Brasil.

**XIV Congreso Panamericano de Gastroenterología I Congreso Interamericano de Endoscopia Digestiva**  
Caracas, Venezuela  
2 al 28 de noviembre  
Apartado Granada 40459, Nueva Granada, Caracas 104, Venezuela. - Dr. Marcos Meeroff, secretario. — Asociación Interamericana de Gastroenterología. Canguillo 2120 - 2º D - Capital Federal. Tel. 45-6440, Bs. As.

**EN ARGENTINA 1975**  
OCTUBRE—

**XV Congreso Argentino de Broncoesofagología**  
Concordia (Entre Ríos)  
1 al 4 de octubre  
Secretaría del Congreso,

Bernardo de Irigoyen 28, Concordia (Entre Ríos).

**IV Jornadas Nacionales de Parálisis Cerebral**  
Sheraton Hotel, Bs. As.  
6 al 10 de octubre  
VEMA SRL, M. T. de Alvear 2149, 5º A. Buenos Aires, Tel. 826-0389.

**VII Jornadas Argentinas de Micología**  
Academia Nac. de Medicina, Buenos Aires  
8 al 12 de octubre  
Centro de Micología, Fac. de Medicina. Paraguay 2155, 11.º piso, Bs. As.

**X Congreso Argentino de Oftalmología**  
Centro Cultural, Bs. As.  
19 al 24 de octubre  
Viamonte 1464, 1.º p., dto. 2, Bs. As., tel. 45-7801.

**Congreso Latinoamericano de Alergia e Inmunología**  
Buenos Aires  
26 al 30 de octubre

Sec.: Cnel. Díaz 1875, Bs. As. Tel. 80-6456.

**VI Congreso Latinoamericano de Proctología**  
Sheraton Hotel, Bs. As.  
26 al 31 de octubre  
C.E.N.I., Diag. R. S. Peña 1110, 2.º, Buenos Aires. Tel. 35-4973.

**III Congreso Argentino de Bioquímica**  
Centro Cultural, Bs. As.  
26 de octubre al 1.º de noviembre  
A.B.A., Venezuela 1823, 3.º, Buenos Aires. Tel. 38-2907.

**V Jornadas Nacionales de Enfermedades Transmisibles**  
Jockey Club, La Plata  
30 de octubre al 1.º de noviembre  
Dr. Fournier, Hosp. de Niños Sor María Ludovica, sala 5. Calle 14 entre 65 y 66, La Plata. Tel. 51140.

# Confieren distinción al SMU

Al inicio de las conferencias sobre toxicología que se realizaron en el Ciclo de Cultura Médica, el pasado mes de agosto, los catedráticos argentinos asistentes, Profesor Alberto Calabrese y Profesor Emilio Astolfi, expresaron los siguientes conceptos, al hacer entrega al Dr. José P. Cirillo —Presidente del SMU— del Diploma que confiere a nuestro Sindicato el título de "Miembro de Honor" del Ateneo de Toxicología de la Facultad de Medicina (Universidad Nacional de Buenos Aires).

**DOCTOR CALABRESE.** — Es un gusto saludarlos en nombre de mis compañeros y haber venido a este país que, personalmente, quiero profundamente y al que mi padre consideraba prácticamente como el suyo, ya que enarboraba la bandera uruguaya en nuestras festividades patrias y en las de ustedes; donde mi hermano estuvo varios años en condiciones muy difíciles, siendo recogido y aceptado aquí como un hermano, como siempre ocurrió entre argentinos y uruguayos.

Estas son palabras que salen auténticamente de mi espíritu. Es con auténtica simpatía y emoción que llevo a este país tan querido. Hoy se establece un puente efectivo entre argentinos y uruguayos —como hubiéramos deseado desde hace muchos años—, y estamos a la disposición de ustedes, no sólo para una charla, sino para un intercambio de experiencias, porque realmente, la toxicología —que parece en cierta manera una cosa un poco extraña ya que en los currículos de muchos países no suele aparecer en forma independiente— es una verdadera etiología médica, que está en el espíritu y en la acción de todos ustedes, así como de nosotros.

Vamos a tratar de aportar particularidades sobre esta disciplina, aunque sabemos bien que ustedes manejan a un enfermo intoxicado tan bien como nosotros. Quizás la independencia que tiene la toxicología en la Argentina, permita que se intensifiquen algunos aspectos.

Muchas gracias, y esperamos serles útiles. Nosotros, a la vez, sabemos que sacaremos mucha utilidad de haber estado aquí.

**DOCTOR ASTOLFI.** — Simplemente, para no prolongar la demora aún más —ya ustedes han mostrado un exceso de benevolencia al tolerar nuestra tardanza motivada por el atraso del avión—, quiero decirles que traigo un mensaje de afecto, como ha dicho el Dr. Calabrese, de parte de nuestro Ateneo de Toxicología hacia el Sindicato Médico del Uruguay, declarándolo Miembro de Honor, de modo que esté más cerca de nuestro corazón.

(Hace entrega del diploma al Presidente del Comité Ejecutivo del S. M. U.).

**DOCTOR CIRILLO.** — Realmente, no



## ATENEO DE TOXICOLOGIA

CATEDRA DE TOXICOLOGIA — FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES  
El Ateneo de Toxicología confiere el título de **MIEMBRO DE HONOR** al **SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY.**

Buenos Aires, 20.8.1975

Prof. Dr. Alberto Calabrese  
**Secretario**

Prof. Dr. Emilio Astolfi  
**Presidente**

Prof. Dr. Armando Maccagno  
**Presidente de Honor**



## NOTAS GRAFICAS Y TEXTO DE LA DISTINCION CONFERIDA AL SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY

En la parte superior los médicos argentinos (de izq. a der.) Profs. Dres. Heraldo Donnewald, Emilio Astolfi y Alberto Calabrese, en momentos de conferirse la distinción. Abajo, junto a los distinguidos colegas argentinos, el Presidente del S.M.U., Dr. José P. Cirillo, agradece el honor con que se ha distinguido a nuestra Institución.

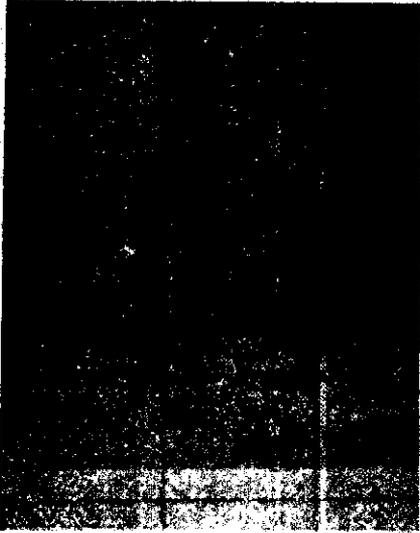
tengo palabras para expresar nuestro agradecimiento a los colegas argentinos, por el alto honor que nos confieren.

**DOCTOR ASTOLFI.** — Asimismo, deseamos hacerles entrega de una serie de revistas y publicaciones, con el objeto de que se integren a la Bi-

blioteca del S.M.U., como tarjeta de presentación, de modo que quede nuestro apellido a disposición de ustedes, como bien dijo el Dr. Calabrese. De modo que también le entrego, Dr. Cirillo, estos libros y trabajos.

(Hace entrega del material bibliográfico. Aplausos).

# El médico ante



Es paradójal comprobar que las condiciones en que sobrevienen los fallecimientos producen en nuestros días un malestar profundo aun cuando en las sociedades occidentales nunca las condiciones de vida y los cuidados han sido mejores, los recursos médicos más grandes y la esperanza de vida más larga.

Si bien el debilitamiento de las creencias religiosas los confronta con la nada, los hombres de hoy en día no temen tanto a la muerte (como lo muestra el aumento importante de suicidios), sino a la soledad, a los horrores y a la prolongación de la agonía... a las fases interminables de la decadencia y de la senilidad que la preceden con una frecuencia similar al acelerado y creciente envejecimiento de las poblaciones... al poder mismo o a la ceguera de esta tecnología denominada reanimadora, que permite mantener una parodia de vida en los que no pueden ya clamar por su derecho al descanso o a la dignidad.

A estos temores, justificados, se mezcla la falta de información, la esperanza en la todopoderosa terapéutica, en esta magia que ha vencido a la enfermedad y que podrá también, como se cree, vencer a la vejez y suprimir la muerte. Esperanza que comparte, confusamente, el médico, con una vocación que le hace entrar, a veces ciegamente, en esta mística incondicional de la vida en la que se funden una ética y una deontología rígidas, con consecuencias muy a menudo aberrantes.

Es para resguardarse de los excesos de un cierto "vitalismo médico" que un número siempre creciente de anglosajones redactan, mientras están en plena posesión de sus facultades, una especie de testimonio (el "living will") en el cual expresan su voluntad formal de no ser mantenidos en vida en caso de afección grave, incurable o invalidante que lleve a la inconsciencia, a la invalidez o a la incapacidad de comunicarse.

Tal determinación, que deseáramos se difundiera, pero que coloca a menudo al médico en el más cruel de los dilemas (1), participa ciertamente del espíritu de la "Carta de los derechos

del enfermo" que el Consejo de Europa considera estudiar, eutanasia incluida, en el actual mes de octubre. Pero aparece como deseable que ella sea concebida, entendida y englobada en el cuadro más vasto de los deberes y no solamente de los derechos que tienen los ciudadanos con respecto a la medicina por un lado, y con respecto al hospital por otro; y yendo más lejos, hacia la equitativa distribución de un paquete de recursos sanitarios cuyo crecimiento exponencial requiere elecciones urgentes.

La apreciación por el médico práctico de estos factores eminentemente subjetivos, como son la calidad y la duración probable de la vida que les es confiada, y la voluntad implícita o explícita de aquél que debe tratar, exigen el establecimiento de una relación estrecha y de confianza, tanto con el enfermo como con su familia.

La super-tecnificación y la parcelación del equipo tratante que caracterizan al hospital se prestan mal a este tipo de relación, por encima de la cual prevalecen la rutina y los automatismos que han caracterizado a los servicios de reanimación.

## EL EXILIO DE LOS "MURIENTES"

La fe ciega en la ciencia, las dificultades de alojamiento y el abandono demasiado frecuente de las responsabilidades familiares, arrojan un número cada vez más grande a la soledad de los establecimientos colectivos donde las condiciones de vida son a menudo escandalosas, aun cuando muchos de ellos podrían conocer en el seno de los suyos un fin apacible y menos solitario.

La política de construcción de hospicios (establecimientos para crónicos como se les denomina públicamente) ha llevado a rechazarlos de los centros de las ciudades, de tal manera que los desdichados que se encuentran allí padecen aún más la exclusión, el rechazo y la soledad.

En la región parisina, sin considerar Saint-Périne, La Rochefoucault y la importante realización privada que es la Fondation Rotschild, todo sucede... lo más lejos posible. De Villiers-le-Bel a Sevran o Bagnolet, de Simeil-Bienannes a Draveil o Champareil, las familias, en las que a menudo el padre y la madre trabajan, hace prodigios —o no los hacen— por mantener con el exilado el lazo obligado de la ternura (2).

El personal de estos "morideros" es difícil de reclutar. Como lo recalca el Prof. Bourlière, las vocaciones de geriatra son aún muy raras, y la rotación de los médicos de hospicio es más rápida que su ambición o que el desarrollo de sus cualidades terapéuticas. El complejo geriátrico Chardon-Lagache, Saint-Périne y Rossini no dispone, para 500 pacientes (edad promedio 86 años) de los cuales muchos son inválidos importantes, más que de un médico de hospital a horarlo y de 8 turnantes de último año. No hay siquiera ni sicólogo.

Bajo la dirección de una mujer admirable, Mme. Razouls, el personal cuidador hace prodigios; pero su reclutamiento es difícil y las normas clá-

sicas son evidentemente inadecuadas a esta misión particular. Habrá que crear, fuera de la función pública, un cuerpo especial de "auxiliares geriátricos" que podrán aportar, bajo la dirección de las enfermeras, los cuidados permanentes que exigen los viejos así como la presencia atenta y afectuosa de la que muchos se ven privados.

¿Habrá que llegar, a falta de tales iniciativas, a las organizaciones privadas y lucrativas, como en California, donde los "compañeros de la muerte, especialmente preparados, visitan diariamente a los moribundos obteniendo ganancia?

En la mayoría de los casos, la rutina terapéutica destinada a todos y cada uno se aplica sin matices en el hospital a los octogenarios así como a los centenarios en un espantoso despliegue financiero. Entre tanto gran número de viejos en los medios rurales están desprovistos de todo recurso médico social.

## SIN SUFRIMIENTOS INÚTILES

La arbitrariedad del centrismo hospitalario, plaga original de nuestro sistema de salud, se pone en evidencia estrepitosamente hacia la cuarta década. La evolución técnica, financiera y demográfica parece reclamar en torno a este plan un cambio político radical, con un desarrollo de cuidados en domicilio, policlínicas y consultorios especializados en los cuales un personal especialmente preparado para el auxilio geriátrico rural o urbano, reeducadores, sicólogos y médicos, podrían encargarse no solamente de los tratamientos específicos que requiere la última etapa de la vida sino también de la prevención, que permite con frecuencia evitar los deterioros seniles justamente temidos.

Es posible que los médicos se encuentren demasiado ocupados por las ciencias médicas para asumir las responsabilidades del mantenimiento de la salud pública, tomando a su cargo a la población, descuidada en ese aspecto desde el nacimiento hasta la muerte.

El auxilio a los moribundos, en el que va implícito el socorro psicológico que el tratamiento sistemático y lúcido de las enfermedades físicas, sufrimiento incluido, requiere, debería necesariamente ser parte de esta asunción de responsabilidad. Hay así que reconocer que los futuros médicos, como también las enfermeras, están mal preparados para ello (3). La agonía está excluida de todo su ciclo de enseñanza y es suficiente tener en cuenta los milagros que llevan a cabo las "clínicas de la muerte", como los establecimientos del Calvaire en Francia o en los EE.UU., o San Cristóbal en Londres, para comprender la importancia de este aprendizaje.

Este tiene en cuenta tanto el juicio de oportunidad concerniente a una abstención terapéutica y a una detención de la reanimación bien fundada, como los medios que pueden ser utilizados, no para curar, no para impedir la obra de la muerte, sino para permitir que ella se lleve a cabo sin sufrimientos inútiles.

# la muerte (III)

Dr. Escoffier-Lambiotte  
(con autorización de LE MONDE)

Algunos de estos métodos tienen como única finalidad evitar el sufrimiento. Cuántos pacientes morirían de sed, la más horrible de las muertes, si los famosos "tubos" a los que el público tanto teme no permitieran rehidratarlos...

Y nos acordamos de la paz que conoce la abuela de Proust en el momento en que el oxígeno llega, no para prolongar, sino para aliviar la tortura de su asfixia agónica.

En realidad, no compete tan sólo a los médicos imponer a los moribundos y a los familiares de los pacientes con grandes anomalías su propia concepción de la dignidad, de la calidad de la sobrevivida o de la intensidad de los sufrimientos físicos o morales presentes o previsibles. Los gestos terapéuticos reclaman aquí, más que en cualquier otro momento, si no el imposible "consentimiento lúcido", por lo menos compartir en forma leal y modesta todas las informaciones de las que el médico no tiene derecho a ser el único detentador, contrariamente a las tenaces tradiciones partenaristas (4).

La verdad brutal es siempre insostenible. Pero la experiencia muestra que la verdad puede siempre ser dicha, si ella deja lugar a la esperanza, si ella es signo de consideración y de respeto hacia el otro. De este diálogo, dominado por la confianza y la estima mutuas, puede desprenderse la regla de comportamiento conveniente a la situación vivida — y a ella solamente—. La importancia de los factores subjetivos, la singularidad de los casos encontrados, explican cómo ellos se prestan mal a la rígida presión de reglas o de leyes.

La eutanasia o la reanimación surgen de una ética de situación y no de un dogma cualquiera fundado en el respeto incondicional de la vida. Sería superfluo desconocer el hecho de que una ética tal, fundada sobre la absoluta primacía del interés individual sobre el interés colectivo, y de la persona humana sobre la vida celular, llama a un cambio muy profundo de las actitudes y de los com-

portamientos actualmente vigentes — tanto en el público como en el seno del cuerpo médico—.

El halo de culpabilidad que pesa aún sobre la muerte voluntaria o sobre la ayuda al suicidio y que sancionan toda una serie de legislaciones europeas no parece, por su lado, compatible con las concepciones actuales sobre las libertades individuales.

Está en el dominio de las colectividades extraer las consecuencias y hacer prevalecer, si así las entienden necesario, el derecho de cada uno a la "eutanasia activa", según modalidades que no requieren para nada la intervención médica y de las cuales el filme "Sol verde" trazaba un cuadro futurista.

Tal derecho, si alguna vez fuera considerado, implicaría que la voluntad formal y reiterada del que puede terminar con su vida haya sido expresada. Se percibe fácilmente a qué abusos podría conducir, y el peligro que representaría, el ejercicio de presiones de orden familiar, económico o político, sobre seres débiles, aislados, disminuidos, y que merecen, más que todos los otros, la solidaridad activa de la comunidad. Para todos los otros casos que se desprenden de la práctica cotidiana, hospitalaria o privada, se impone un ajuste en el desequilibrio que prevalece actualmente en la formación médica, entre la tecnología, por un lado, y el humanismo por otro; y el equilibrio parece reestablecerse hacia el lado de este último.

El médico, más habituado a afrontar situaciones que imponen la asunción de responsabilidades, no solamente científicas, sino sociales, afectivas y morales, se abriría, como muchos ya lo hacen, con más benevolencia a este tipo de nociones, aunque la evolución científica de las últimas décadas lo ha llevado a emitir con frecuencia juicios inspirados por un paternalismo tajante o una tecnología helada.

Sería ya esencial que el velo de hipocresía y de secreto que pesa sobre ciertas prácticas sea descorrido, y que éstas puedan al fin ser sometidas al juicio y a la meditación de todos. Los

escándalos o las revueltas provocadas por cierto número de confesiones, de declaraciones o de procesos recientes, muestran la magnitud de la incompreensión o de la ignorancia que prevalece aún en la materia.

Una tarea primordial de información debe ser emprendida en el momento actual, a fin de que las protestas del público no se levanten sin fundamento, y de que los malentendidos sean suplantados por el diálogo, para que cada uno pueda a la vez reivindicar y asumir con conocimiento de causa la dignidad de la muerte. La suya y la de los otros.

(1) ¿Cuántos pacientes, afectados de una hemorragia cerebral que les dejaba paralizados e inconscientes, no han recuperado integralmente todas sus facultades luego de un tratamiento enérgico, incluyendo todos los recursos de la reanimación?

(2) La legislación del trabajo, que se humaniza por las licencias por maternidad, debería conceder tiempos regulares de libertad a los que tienen a su cargo a un anciano inválido o a un enfermo grave. Una liberación de impuestos debería, además, estar prevista en el cuadro de las reformas fiscales para los gastos derivados, sea de la internación de un anciano en una casa de salud (no reembolsado por la seguridad social), sea de su mantenimiento en domicilio a cargo de familiares o cuidadores.

(3) Sobre 29 unidades de enseñanza e investigación médica, 7 solamente, una de las cuales está en París, ofrece enseñanza geriátrica. Teniendo como eje la patología del sujeto de edad, este curso está prácticamente desprovisto de toda incidencia médico-social. En cuanto a la enseñanza de la terapéutica del dolor, ella es inexistente.

(4) Recordemos que el art. 55 del Código de Deontología Médica prohíbe al médico revelar a su paciente un pronóstico. Desearíamos que las reformas en curso de este Código permitieran eliminar una disposición tan arcaica, e introdujesen la noción del derecho del enfermo a la verdad.

## SOCIEDAD DE GASTROENTEROLOGIA DEL URUGUAY

Cátedra de Nutrición y Digestivo — Sindicato Médico del Uruguay

LUNES 6 DE OCTUBRE

Actividad Científica Internacional con la participación del Prof. Dr. GUILHERME EURICO BASTOS DA CUNHA, Presidente de la Federación Brasileña de Gastroenterología.

Hora 10.30  
H. de Clínicas, P. 6

### CONFERENCIA:

Tratamiento Quirúrgico de la Pancreatitis Crónica Alcohólica.

Hora 20  
Sindicato Médico del Uruguay.

### MESA REDONDA:

Diagnóstico y Tratamiento de la Pancreatitis Aguda.

Coordinador: Dr. M. Wasserstein.

Panelistas: L. M. Falconi, D. Romano, N. Varela, J. Trostchansky

### Conferencia:

## EL MEDICO, EL PACIENTE Y LA MUERTE

Problemas psicológicos frente a la situación de muerte del enfermo.

Dictará el Dr. Enrique Probst.

Noviembre 21 — hora 19 — Salón de Actos del SMU.

## ERRORES EN LA CONDUCTA MEDICA

# III: ERRORES DE DIAGNOSTICO

(Extraído de "Medical Malpractice Law" de Angela Rodd y Holder, Ed. John Wiley and Sons, 1975)

Un alto porcentaje de los pleitos judiciales por errores en la práctica médica se deben a errores de diagnóstico. En los restantes se alega un tratamiento inadecuado o negligente. Los errores de diagnóstico pueden abarcar cualquiera de las dos situaciones siguientes: a) el médico no llega al diagnóstico, o b) llega a uno equivocado.

El nivel de cuidado que exige el diagnóstico es aquel que hubiera utilizado un médico poseedor de un nivel promedio de prudencia, que actuara en la misma área geográfica. En un caso la corte definió los errores en la práctica médica de la siguiente manera: Los errores en la práctica médica pueden deberse a la falta de cuidado y habilidad, tanto para llegar al diagnóstico como para realizar el tratamiento. El paciente tiene derecho a que se le practique un examen cuidadoso, utilizando los métodos y diligencia que comúnmente aplican médicos de la misma escuela, juicio y habilidad bajo las mismas circunstancias".

Por tanto, en cualquier área de la Medicina en la que no se pueda arribar a un diagnóstico matemáticamente preciso (lo que abarca prácticamente a todas), la simple existencia de un error en el mismo no implica responsabilidad.

Un médico que ha aplicado la misma habilidad y cuidado que se utilizaron para definir al "médico razonablemente cuidadoso", no es considerado responsable si comete un error de diagnóstico. El problema de la responsabilidad habitualmente gira alrededor de si el médico, para arribar al diagnóstico, ha practicado el interrogatorio, examen físico y exámenes complementarios que son de uso corriente. Si así lo hizo, tiene una buena defensa en cualquier pleito judicial.

### Información incompleta brindada por los pacientes

Obviamente, un médico no puede diagnosticar correctamente una enfermedad si no tiene ningún motivo para sospechar su existencia. Cuando el paciente o algún miembro de su familia están en condiciones de brindar un dato importante y por alguna razón no lo hacen, el médico no es considerado responsable si comete un error.

Un niño que había ingerido aspirinas. El padre no se lo mencionó al médico, el que diagnosticó influenza. El niño murió y los padres litigaron. La corte sostuvo que el médico no era responsable, dado que no se le podía culpar de no saber lo que el padre no le informó.

La madre de una lactante de 15 meses tenía influenza. De tarde el padre llevó a su hija al hospital y le dijo al médico de la familia que estaba enferma, sin mencionar que había tomado aspirinas. El médico determinó que la niña padecía de influenza, al igual que la madre. La niña murió. Sin embargo, en este caso a diferencia del anterior, la niña al llegar al hospital hiperventilaba y mostraba otros signos de intoxicación por acetilsalicílico. Se determinó que el médico debería haber sospechado que había otra patología involucrada.

La diferencia existente entre estos dos fallas, ilustran claramente sobre el problema de la responsabilidad. Un médico no es negligente si hace un

diagnóstico equivocado debido a que se le ocultó información, siempre que no existieran signos clínicos que lo obligaran a pensar que los datos proporcionados por el paciente o sus familiares eran incompletos o poco precisos. Un médico es negligente si, al comprobar que su examen del paciente no coincide con la información que se le brindó, no realiza un interrogatorio más exhaustivo.

El médico tiene el derecho de presumir, en la mayoría de los casos, que el paciente le está diciendo la verdad.

Si, por ejemplo, una mujer niega haber tenido relaciones sexuales, el médico no es responsable si no hace inmediatamente el diagnóstico de embarazo. Otras decisiones involucran omisiones al confeccionar la historia clínica y, en varias de ellas los médicos fueron declarados responsables.

Por supuesto, al médico se le exige la realización de un correcto interrogatorio, ya que no puede basarse solamente en la información que le adelante el paciente. Durante la elaboración de la historia clínica el médico debe tener especial cuidado en recabar información sobre la existencia de posibles alergias.

Esta información no sólo le será útil para llegar al diagnóstico sino, lo que es más importante, para detectar alergias a medicamentos que podrían prescribirse en el curso del tratamiento.

Es evidente que es al médico a quien corresponde obtener los antecedentes alérgicos, sobre todo cuando existe la posibilidad de que tenga que administrar drogas que habitualmente provocan reacciones alérgicas. Cuando a un paciente que sabe que es alérgico, se le da una de estas drogas, el médico será el responsable de la reacción que se produzca. Sin embargo, si el paciente niega tener conocimiento de una reacción previa a pesar de que haya mediado un correcto interrogatorio, el médico, generalmente, no es considerado responsable aunque aparezcan fenómenos alérgicos.

Por supuesto que la elaboración de una historia incompleta, de cuyas omisiones no pueda imputarse al médico, no lo convierte en responsable de un diagnóstico equivocado. Por ejemplo, en una situación de emergencia, en la que el paciente está inconsciente, el médico sería negligente si esperara a que el paciente pudiera hablar antes de iniciar el tratamiento que los signos clínicos indican como aparentemente apropiado. Que un médico tenga o no la obligación de pedir los antecedentes hospitalarios previos, está determinado por la situación de momento.

Es obvio que cuando la enfermedad que determina una internación está vinculada a una patología previa, el médico debe procurarse dicha información. Sin embargo, si la enfermedad actual no tiene ninguna relación con padecimientos previos, requerir la historia anterior sería relevante sólo si el razonablemente cuidadoso médico o cirujano lo hubiera creído pertinente.

La información proporcionada por otro médico debe ser cuidadosamente analizada. Si un médico tiene un paciente que ha sido visto por otro médico y está enterado del diagnóstico emitido por éste, debe tener sumo cuidado antes de descartarlo.

No obstante, cuando se realiza una consulta, el médico o cirujano a quien el paciente es remitido no está obliga-

do por lo general a formular un diagnóstico independiente. Los requisitos del cuidado corriente se cumplen con la aceptación del diagnóstico del médico tratante, siempre que no haya nada en el estado del paciente que alerte al especialista sobre un previo error de diagnóstico, si los síntomas del enfermo indican la posible incorrección del diagnóstico original, el especialista está obligado a realizar su propia evaluación antes de iniciar el tratamiento. Por lo tanto, la omisión en realizar la historia clínica o en obtener del paciente o los familiares los datos necesarios, o en examinar antecedentes previos, lo cual podría conducir a un error de diagnóstico como consecuencia de información incompleta, constituye negligencia si el paciente resulta perjudicado.

### Exámenes cuidadosos.

El paciente tiene derecho a que se le practique una revisión todo lo cuidadosa y exhaustiva que permitan su propia condición, las circunstancias y la oportunidad que tenga el médico para realizarla. El caso más común de litigio por error de diagnóstico es el alegato de que el médico no realizó un cuidadoso examen físico del paciente, si puede probarse, y si el paciente ha resultado damnificado por esta omisión, el médico es tenido por responsable. En muchos casos la evidencia ha presentado indicaciones de omisión negligente al no efectuar un examen correcto del enfermo.

Una paciente presentaba un cuadro agudo de vientre y fue llevada a un dispensario. El médico, luego de un brevísimo examen, diagnosticó una virosis. No hizo tacto rectal. La paciente falleció 8 horas después a causa de una oclusión intestinal. La asesoría técnica del demandante indicó que el cuidado adecuado hubiera requerido un tacto rectal, dados los síntomas que presentaba la paciente; los expertos concordaron en que la cirugía de emergencia le hubiera salvado la vida.

La corte sostuvo que, dado que no es válido descartar una patología por el mero hecho de que sea poco probable, el debido cuidado exige mucho más que una revisión somera.

Los fallos que involucran a psiquiatras han sostenido que el error de diagnóstico en los casos mentales, fue cometido como consecuencia de un examen de evaluación totalmente inadecuado.

Un médico responsable examinará al paciente con la mayor minuciosidad que las circunstancias le permitan. Si un médico debe hacer un tratamiento de emergencia extrahospitalario, las Cortes no le exigen que emplee el mismo nivel de escrupulosidad en la revisión que le exigirían si estuviera en un hospital. Por ejemplo, si un médico ve que el hijo de un vecino, al caer de un árbol, sufre un serio traumatismo de cráneo y dedica a ella toda su atención, no habrá Corte que lo culpe por no darse cuenta de que también se había fracturado un brazo.

Por lo tanto, si un médico actúa de acuerdo a los parámetros médicos reconocidos y aceptados, no se le considerará responsable si se le escapa algún dato durante el examen.

La variedad de patologías abarcadas por los juicios en los que se alega negligencia en el examen, cubre todos los campos de la práctica médica-quirúrgica.

(pasa a pág. 11)

# CARTA MEDICA

(Versión española de THE MEDICAL LETTER ON DRUGS AND THERAPEUTICS)

PUBLICACION INDEPENDIENTE SIN FINES LUCRATIVOS SOBRE MEDICAMENTOS Y TERAPEUTICA

Publicada y distribuida en el Uruguay por el Sindicato Médico del Uruguay.

Coordinadores: Dres. Homero Bagnulo, Barrett Díaz, Hugo Dibarboure, Juan C. Macedo.

Publicada por The Medical Letter, Inc., 56 Harrison Street, New Rochelle, N. Y. 10801

## TRATAMIENTO INICIAL DE LA MENINGITIS EN NIÑOS

En los niños mayores de 2 meses de edad, el *Haemophilus influenzae*, Tipo b es el microorganismo que más frecuentemente causa la meningitis bacteriana. Hasta hace poco, prácticamente todas las autoridades en la materia recomendaban la administración de dosis elevadas de ampicilina para el tratamiento inicial de la meningitis en niños, antes de conocer los resultados de los exámenes de laboratorio. Sin embargo, en estos últimos meses se han dado a conocer muchos informes sobre meningitis en niños causada por *H. influenzae* resistente a la ampicilina (*The Medical Letter*, Vol. 16, pág. 29, 1974; *Morbid Mortal., Weekly Rep.*, 20 de julio de 1974; *Lancet* 2:845, 5 de octubre de 1974). Los microorganismos resistentes a la ampicilina causan solamente una pequeña fracción de los casos de meningitis bacteriana; en algunos centros médicos todavía no han encontrado una cepa de *H. influenzae*, Tipo b resistente a la ampicilina. Sin embargo, los informes clínicos indican que el tratamiento inadecuado de aquellos pocos pacientes que sufren de meningitis a *H. influenzae* resistentes a la ampicilina, aun durante nada más que uno o dos días mientras se esperan los informes del laboratorio, puede llevar a la muerte o a un grave daño neurológico.

En una reciente declaración de la Academia Estadounidense de Pediatría (*American Academy of Pediatrics*) publicada en *Pediatrics* (55:145, enero de 1975) se recomienda que "en las zonas donde se han encontrado cepas resistentes" y en que se sospecha que el *H. influenzae*, Tipo b sea el microorganismo patógeno, el tratamiento inicial de la meningitis bacteriana incluya la penicilina G o la ampicilina, adicionado de cloranfenicol a la dosis de 100 mg/kg/día.

**DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LAS CEPAS RESISTENTES.** — Los *H. influenzae* resistentes a la ampicilina (la mayoría del Tipo b) han sido aislados a lo menos una vez en cada una de las regiones anotadas a continuación. Por cuanto todas las cepas resistentes que se han aislado no han sido dadas a conocer, esta lista es indudablemente incompleta.

Huntsville, Alabama	Bethesda, Maryland
Phoenix, Arizona	Boston, Massachusetts
Tucson, Arizona	Hyannis, Massachusetts
Berkeley, California	Omaha, Nebraska
Los Angeles, California	Columbus, Ohio
Orange County, California	Rosenburg, Oregon
Denver, Colorado	Austin, Texas
Ft. Collins, Colorado	El Paso, Texas
Washington, D.C.	San Antonio, Texas
Miami, Florida	Salt Lake City, Utah
Tallahassee, Florida	Norfolk, Virginia
Atlanta, Georgia	Edmonton, Alberta, Canadá
Chicago, Illinois	London, Ontario, Canadá
Indianapolis, Indiana	Toronto, Ontario, Canadá

**CONCLUSION.** — Los *H. influenzae* resistentes a la ampicilina solamente causan una pequeña parte de los casos de meningitis bacteriana, pero el tratamiento inadecuado de tales casos, aunque sean de uno o dos días de evolución, puede determinar la muerte del enfermo o causar un grave daño neurológico. Las cepas resistentes a la ampicilina se hallan ahora tan ampliamente diseminadas que es razonable, en cualquier región de Norte América, incluir la inyección intravenosa de 100 mg/kg/día de cloranfenicol

en el tratamiento inicial de la meningitis bacteriana en niños mayores de dos meses de edad.

## TRACCION DEL CUELLO Y AFECCIONES DE LA REGION INFERIOR DE LA ESPALDA

Numerosas afecciones pueden causar dolores de la región lumbosacra o del cuello. Entre éstas figuran el angostamiento del espacio intervertebral, las afecciones degenerativas e inflamatorias de las articulaciones intervertebrales (osteoartritis; hernia del disco pulposo intervertebral y espondilosis), la hipertrofia del ligamento amarillo, la aracnoiditis y los neoplasmas. La tracción es un método terapéutico empleado desde hace siglos para aliviar el dolor de las afecciones de la columna cervical y lumbosacra; sin embargo, no existen ensayos verificados que demuestren la eficacia de este tratamiento. La tracción continua es un método eficaz para mantener los enfermos en cama; para que no cause dolor ni un daño mayor, la tracción debe hacerse empleando una fuerza relativamente leve, lo que probablemente no produce un efecto anatómico más allá de una inmovilización.

**DOLOR CERVICAL.** — A menudo, el dolor del cuello se presenta sin el antecedente de un traumatismo, pero puede ser consecutivo a una caída, a un traumatismo "en latigazo" u otra lesión. Sin embargo, y con mayor frecuencia, no se sabe qué pudo precipitar la degeneración del disco intervertebral o la osteoartritis.

Los partidarios de la tracción opinan que la tracción de la cabeza proporciona un alivio sintomático en las afecciones del cuello mediante el ensanchamiento de los espacios intervertebrales, que a su vez alivia la irritación de las raíces nerviosas. Además, se sustenta que la tracción produce una relajación de los músculos que soportan la columna cervical, aliviando así el dolor causado por los espasmos musculares. Aunque algunos de los consultores de la CARTA MEDICA creen que la tracción puede contribuir al alivio del dolor del cuello, otros dudan de que este método en realidad ofrezca alguna ventaja sobre el simple reposo en cama y la colocación y el uso de un collar cervical. A excepción de fracturas reales o dislocaciones de las vértebras, la tracción del cuello por lesiones de esta estructura debe ser intermitente.

**DOLOR LUMBOSACRO.** — En general, existe acuerdo de que en casos de dolor agudo de la columna lumbosacra, acompañado de espasmo muscular intenso y encorvamiento del tronco, el paciente debe ser tratado preferiblemente con un reposo completo en cama, aplicaciones de calor y analgésicos. Existe un solo ensayo clínico verificado sobre la tracción en pacientes con dolores crónicos de la región inferior de la espalda. Este es un informe de H. Weber (*J. Oslo City Hospital* 23:167, 1973) sobre 72 enfermos con dolores radiados y signos neurológicos. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: unos fueron tratados con tracción verdadera y los otros con una tracción simulada. Los médicos que evaluaron los efectos del tratamiento no sabían qué tipo de tracción se había aplicado a cada paciente. Se observó que la tracción no había causado ningún efecto beneficioso en comparación con la tracción simulada. Muchos ortopedicos, fisioterapeutas y neurocirujanos son de opinión que el reposo en cama reduce las fuerzas que actúan sobre los discos lumbares más que cualquier otra forma de tracción.

**CONCLUSION.** — Algunos clínicos encuentran que la tracción intermitente puede contribuir a aliviar el dolor cervical; otros dudan de que este método resulte algo más eficaz que el reposo en cama y el collar colocado alrededor del cuello. No existen pruebas convincentes de que la tracción reduzca los discos herniados u ofrezca alguna

ventaja sobre el simple reposo en cama para el tratamiento de las afecciones dolorosas de la región baja de la espalda.

### ¿PUEDE LA ASPIRINA PREVENIR EL INFARTO DEL MIOCARDIO?

Se cree que por el hecho de que la aspirina inhibe la aglomeración de plaquetas, la ingestión de este medicamento en forma regular puede ayudar a prevenir las enfermedades vasculares oclusivas como el infarto miocárdico. Cuando dos estudios clínicos publicados el año pasado parecían sustentar esta posibilidad, por lo menos unos cuantos médicos comenzaron a tomar dos tabletas de aspirina al día y así lo aconsejaron a sus pacientes.

**EFFECTO DE LA ASPIRINA SOBRE LAS PLAQUETAS.** — Las plaquetas se hallan presentes en todo coágulo sanguíneo. No se ha establecido si los coágulos sanguíneos que contienen conglomerados de plaquetas se forman en los vasos sanguíneos coronarios y cerebrales a causa de un mal funcionamiento trombocítico, o si son el resultado de la aterosclerosis o de espasmos vasculares. La aspirina previene el conglomerado irreversible de las plaquetas mediante la interferencia con la liberación del difosfato de adenosina ("ADP") de las plaquetas (A. J. Marcus: *New Engl. J. Med.* 280:1278, 1969).

**ENSAYOS CLINICOS.** — P. C. Elwood et al. administraron una dosis única diaria de 300 mg de aspirina o un placebo a 1239 hombres en quienes se había diagnosticado un infarto miocárdico reciente. Esto se hizo en un estudio concebido y verificado cuidadosamente (*Br. Med. J.* 1:436, 1974). Los pacientes que tomaron aspirina presentaron un índice de mortalidad de 8.3 por ciento, en comparación con el 10.9 por ciento de mortalidad entre los que tomaron el placebo. Esta diferencia no es de significación estadística, pero los autores destacan que el grupo tratado presentó una reducción de la mortalidad de un 12 por ciento a los 6 meses y de un 25 por ciento a los 12 meses de haber sido incorporados en este ensayo clínico.

El "Boston Collaborative Drug Surveillance Group" comparó 776 pacientes hospitalizados por infarto agudo del miocardio con casi 14,000 enfermos con otras afecciones. En este estudio retrospectivo, los pacientes que dijeron haber tomado aspirina en forma regular presentaron una frecuencia más baja de infartos miocárdicos fatales (*Br. Med. J.* 1:440 1974). Sin embargo, siempre existe la duda acerca de la adaptabilidad del grupo de control en este tipo de estudio retrospectivo.

Actualmente se están analizando los resultados de un ensayo doblemente ciego llevado a cabo por el "National Coronary Drug Project" realizado en 1150 enfermos que sobrevivieron a un infarto miocárdico. Está por iniciarse un estudio en colaboración y prospectivo, con 4000 enfermos, planeado por los Institutos Nacionales de Salud (EE.UU.). La dosis diaria de aspirina, para ambos estudios, es de 1 gramo.

**EFFECTOS ADVERSOS.** — El tiempo de sangría en individuos normales puede aumentar con la ingestión de aspirina, pero por lo general permanece dentro de límites normales. La aspirina puede agravar las afecciones hemorrágicas como la hemofilia y la enfermedad de Willebrand, y también puede causar hemorragia en caso de úlceras pépticas latentes. Ocasionalmente, se han observado reacciones alérgicas cutáneas y bronquiales. La aspirina puede precipitar un ataque agudo de gota al disminuir la excreción del ácido úrico o al interferir con el efecto de la probenecida, que refuerza la excreción del ácido úrico. La aspirina también produce interacciones adversas con varios otros medicamentos (*The Medical Letter*, Vol. 17, pág. 17, 28 de febrero de 1975).

**CONCLUSION.** — No existen pruebas concluyentes de que la ingestión de aspirina en forma regular pueda reducir el riesgo del infarto del miocardio; sin embargo, tal posibilidad es actualmente objeto de una investigación intensiva. Aunque algunos médicos pueden elegir el recetar dosis bajas de aspirina a sus pacientes en que exista un elevado riesgo de una enfermedad vascular oclusiva antes de que se sepa el resultado de los ensayos clínicos definitivos, deben pensar en los riesgos leves, pero bien establecidos, que encierran los efectos adversos graves de la aspirina.

### MANEJO DE LOS "CONTACTOS" DEL PACIENTE CON FARINGITIS ESTREPTOCÓCICA

El cultivo de la secreción de la garganta en busca de estreptococos del Grupo A permite descubrir los microorganismos en alrededor del 95 por ciento de los enfermos con infecciones estreptocócicas agudas (L. W. Wannamaker: *Circulation* 32:1054, 1965). Una inyección intramuscular única de penicilina G benzatínica por lo general cura la infección y previene la fiebre reumática aguda (Comité para la prevención de la fiebre reumática y de la endocarditis bacteriana, de la American Heart Association;

*Circulation* 31:948, 1965). En consecuencia, ¿deben los médicos tomar cultivos de la garganta de los "contactos" cercanos al enfermo con faringitis estreptocócica?

**INFECCION ESTREPTOCOCICA EN LOS "CONTACTOS".** — Por lo general, la faringitis estreptocócica se propaga de una persona a otra mediante pequeñas gotas de secreción del árbol respiratorio (L. W. Wannamaker, in M. McCarty, ed. *Streptococcal infections*, New York: Columbia University Press, 1954). En las familias, la proporción de infecciones secundarias después de un "contacto" con un niño infectado es más elevada en los niños de edad más cercana al enfermo y más baja con respecto al padre. El riesgo de infecciones estreptocócicas entre los niños en "contacto" con el enfermo es casi del 50 por ciento en las familias de escasos recursos que tienen cuatro o más niños, probablemente debido a las condiciones de aglomeración en que viven (M. Markowitz y L. Cordis: *Rheumatic Fever*, 2nd. ed., Philadelphia: Saunders, 1972, pág. 222).

**PREVENCIÓN DE LA FIEBRE REUMÁTICA AGUDA.** — Si los "contactos" de los pacientes con faringitis estreptocócica Grupo A presentan dolores de garganta o fiebre, por supuesto deben tomarse cultivos de la garganta y, si éstos son positivos los enfermos deben ser tratados con penicilina (si es que no son alérgicos a este antibiótico). También puede ser recomendable tomar cultivos de la garganta de todos los "contactos" que tienen dolor de garganta o fiebre que comenzó en las dos semanas anteriores aunque el "contacto" puede no presentarse enfermo, ya que aun el tratamiento retardado reduce significativamente el índice de los ataques de fiebre reumática aguda (F. J. Catanzaro et al.: *Am. J. Med.* 17:749, 1954; C. H. Rammelkamp y B. L. Stolzer: *Yale J. Biol. Med.* 34:386, 1961).

La necesidad de tomar cultivos a los "contactos" asintomáticos (haciendo el tratamiento a aquellos cuyos cultivos sean positivos) varía con la situación de cada caso. Probablemente, los cultivos pueden obtenerse en los "contactos" en la casa cuando existe el antecedente familiar de fiebre reumática. Muchos de los consultores de la CARTA MEDICA también recomiendan hacer cultivos rutinariamente en los "contactos" familiares asintomáticos de los enfermos de escasos recursos que viven en condiciones de aglomeración y en que la frecuencia de la fiebre reumática todavía es relativamente alta.

El riesgo del desarrollo de fiebre reumática aguda después de una infección estreptocócica asintomática en las comunidades de clase media no ha sido nunca definido. En un estudio, un tercio de los enfermos con fiebre reumática aguda no acusaban antecedentes sintomáticos de infección respiratoria (L. Gordis et al.: *Public Health Rep.* 84:333, 1969), pero el número de individuos asintomáticos con cultivos de la garganta positivos a los estreptococos del Grupo A es muy elevado. En los "contactos" asintomáticos con cultivos positivos de la garganta, el riesgo de reacciones presentes o futuras a la penicilina puede acercarse al riesgo de la fiebre reumática aguda, pero no existen datos dignos de confianza sobre este punto.

**TRATAMIENTO.** — Una sola inyección intramuscular de penicilina G benzatínica constituye el medio más eficaz para prevenir la fiebre reumática. El tratamiento alternativo de 10 días con penicilina administrada por vía oral depende de la cooperación del enfermo, que a menudo es insatisfactoria. Aun cuando varios otros medicamentos antimicrobianos orales como la eritromicina, la clindamicina (Cleocin) y la cefalexina (Keflex) también pueden erradicar a los estreptococos de la garganta, bien pueden no prevenir la fiebre reumática tan eficazmente como la penicilina. La eritromicina se recomienda para los pacientes alérgicos a la penicilina.

**CONCLUSION.** — A los "contactos" sintomáticos de los enfermos con faringitis estreptocócica debe tomárseles un cultivo de la garganta y, si éste es positivo, debe tratárseles con dosis adecuadas de penicilina. En las familias de escasos recursos que viven en condiciones de aglomeración o cuando existe el antecedente familiar de fiebre reumática, es recomendable tomar cultivos de la garganta de los "contactos" en la casa que sean asintomáticos y tratar aquellos cuyos cultivos resulten positivos para los estreptococos del Grupo A. Los consultores de la CARTA MEDICA se hallan divididos en cuanto al tratamiento de los "contactos" asintomáticos en la casa cuando el enfermo con faringitis estreptocócica proviene de una familia de la clase media que no vive en condiciones de aglomeración: algunos toman cultivos de la garganta a los familiares y tratan a aquéllos con cultivos positivos para los estreptococos del Grupo A; otros no toman cultivos de rutina a los "contactos" asintomáticos en tales casos.

### LA VITAMINA C Y EL RESERBADO COMEN

Muchas personas están tomando cantidades considerables de ácido ascórbico para prevenir los resfriados y reducir la intensidad y la duración de ellos cuando no fue posible prevenirlos. En 1970 y 1971, la CARTA MEDICA expresó sus dudas sobre la eficacia y la seguridad de las dosis elevadas de vitamina C para la prevención o el tra-

tamiento de los resfriados (Vol. 12, pág. 105, 1970; Vol. 13, pág. 46, 1971); desde esa fecha se han dado a conocer varios estudios, bien verificados, hechos a largo plazo

**ENSAYOS CLINICOS EN ADULTOS.** — En un estudio doblemente ciego se incluyeron 813 voluntarios que habían expresado que por lo general sufrían por lo menos un resfriado al año, entre los meses de enero y marzo (invierno en EE.UU.) (T. W. Anderson et al.; Can. Med. Assoc. J. 107:503, 1972; 108:133, 1973). La mitad de estos voluntarios ingirieron 1 g de vitamina C al día durante, por lo menos, 2 meses; el grupo de control paralelo, en cambio, fue tratado con un placebo. Ciento ochenta y dos personas abandonaron el estudio durante el curso del mismo. Durante los primeros tres días de alguna enfermedad (no necesariamente respiratoria), se instruyó a los participantes que aumentarían la dosis diaria a 4 g de ácido ascórbico. Los episodios patológicos fueron algo menos frecuentes entre los individuos tratados con la vitamina C que entre los que recibieron el placebo; esta diferencia, sin embargo no fue de significado estadístico. La diferencia más notoria entre los dos grupos fue la magnitud de la invalidez experimentada; los voluntarios que tomaron vitamina C dieron cuenta de haber estado "confinados en sus casas" durante un total de 531 días, en comparación con 769 días de incapacidad que experimentaron los individuos que tomaron placebo. La diferencia en el promedio de días por individuo no fue de significación estadística.

Más recientemente, T. W. Anderson et al. comunicaron los resultados de un estudio separado, doblemente ciego, hecho con voluntarios que tomaron diferentes cantidades de vitamina C o de placebo y la consiguiente evaluación de lo experimentado con respecto a las enfermedades del invierno (Can. Med. Assoc. J. 111:31, 6 de julio de 1974). En este estudio, de nuevo, se aceptaron solamente aquellos voluntarios que habían declarado que por lo general sufrían a lo menos de un resfriado cada invierno. De los 3520 voluntarios aceptados para el estudio, 1171 abandonaron el ensayo antes que éste se considerara terminado. Los particulares tomaron 250 mg, 1 g o 2 g de vitamina C al día, profilácticamente, y de 4 a 8 g durante el primer día de enfermedad; unos tomaron el medicamento diariamente, otros lo tomaron solamente durante el primer día de la enfermedad; otros hicieron ambas cosas. Dos grupos de participantes tomaron sólo las tabletas del placebo diariamente y durante el primer día de enfermedad. No hubo diferencias significativas entre los grupos de individuos que tomaron vitamina C y los que ingirieron el placebo, ya fuera en cuanto al número de enfermedades o a su duración o intensidad. No fue posible comprobar una gradiente dosis-respuesta con respecto a las dosis profilácticas entre 250 mg y 2 g al día.

En otro estudio, la vitamina C (3 g/día) no logró proteger a los voluntarios contra una infección inducida por rinovirus 44 (A. R. Schwartz et al.; J. Infect. Dis. 128:500, 1973). La vitamina C fue administrada a 11 individuos y el placebo a 10, durante dos semanas, antes de la instilación intranasal del virus, y durante una semana después de esta instilación. Ninguno de estos voluntarios desarrolló anticuerpos contra estos virus; todos ellos presentaron infecciones típicas de las vías respiratorias superiores; no hubo diferencia entre los dos grupos en cuanto a intensidad o duración de la afección.

**ENSAYOS CLINICOS EN NIÑOS.** — Se inició un ensayo doblemente ciego con 866 niños indios de una escuela-internado, en Arizona: 641 niños terminaron el estudio (J. L. Coulehan et al.; New Engl. J. Med. 290:6, 1974). Los niños fueron asignados alternativamente al tratamiento con vitamina C y con placebo a partir de una lista alfabética en cada sala de clases (la asignación alternante para grupos terapéuticos no representa un sustituto adecuado de la distribución al azar). A los niños de los grados 1 a 4 (edad entre 6 y 10 años) se les administró un g de vitamina C o de placebo diariamente; en cambio, a los niños de los grados 5 a 8 (edad de 10 a 15 años) se les dieron 2 g de vitamina C o de placebo al día. Tanto la vitamina C como el placebo se administraron en una sola dosis diaria, durante 14 semanas, bajo la vigilancia del profesor; en ningún momento se aumentó la dosis. La búsqueda de enfermedad se hizo en cada sala de clases cada 13 días (7 exámenes a cada niño), por lo cual es posible que algunos episodios patológicos hayan pasado inadvertidos. No se encontraron diferencias de importancia en el número de afecciones respiratorias. El total de días de enfermedad por afecciones respiratorias fue aproximadamente de 30 por ciento menos entre los niños tratados con la vitamina C, pero en los grados inferiores el total de días de enfermedad por afecciones respiratorias fue también del orden del 30 por ciento más bajo entre los niños tratados con vitamina C. R. L. Shader et al. hicieron un análisis estadístico de estos resultados y concluyeron que no revelaban un efecto uniforme producido por la vitamina C (Curr. Ther. Res. 16:655, junio de 1974).

En otro ensayo, los niños de 12 a 18 años de cuatro escuelas-internados de Dublín fueron agrupados al azar y recibieron de 200 a 500 mg de vitamina C o placebo al día, durante 35 semanas; la dosificación no se aumentó en caso de presentarse alguna afección. A partir de los

datos publicados, es difícil determinar el número de niños implicados en este estudio; por lo menos 400 niños participaron en este ensayo. Los propios niños llevaron los formularios anotando sus síntomas y evaluando la intensidad de los mismos. Los resfriados se clasificaron en "tóxicos" (dolor de garganta, dolor de cabeza, sensación de fiebre y malestar general); "catarrales" (congestión nasofaríngea, tos, obstrucción nasal, secreción nasal) o "completos" (combinación de los síntomas experimentados por ambos grupos). La frecuencia de los catarras y resfriados completos disminuyó en los niños que tomaban 200 mg de vitamina C; sin embargo, la frecuencia de los resfriados tóxicos aumentó. A las dosis de 500 mg de vitamina C, la frecuencia de los resfriados completos, tanto en niños como en niñas, y de los resfriados catarrales, en niños, fue superior que con las dosis de 200 mg de vitamina C. La intensidad de los resfriados completos o catarrales se redujo a las dosis de 200 mg, pero sólo entre las niñas. Y cuando éstas tomaban 500 mg de vitamina C al día la duración de los resfriados completos fue mayor que en aquellas que tomaban 200 mg (C. W. M. Wilson et al.; Bur. J. Clin. Pharmacol. 6:196; C. W. M. Wilson y H. S. Loh; Lancet 1:638, 1973).

**EFFECTOS ADVERSOS.** — No se observaron efectos adversos que pudieran atribuirse a la vitamina C en una forma definitiva en estos estudios clínicos de corta duración. La observación seriada de los efectos adversos, sin embargo, fue por lo general incompleta y en algunos estudios se omitió completamente.

**CONCLUSION.** — Los ensayos clínicos recientes ofrecen muy poco apoyo para el uso de la vitamina C en la prevención o el tratamiento de las infecciones respiratorias. Estos estudios indican que las dosis elevadas de vitamina C no previenen los resfriados y las pruebas que sugieren que la vitamina C pudiera reducir la intensidad o la duración de los resfriados no son convincentes.

Cuando no es posible confiar en los pacientes que deben tomar penicilina por vía oral, una penicilina inyectable, de acción prolongada, puede a veces resultar eficaz como agente terapéutico alternativo. La penicilina G benzatínica para inyecciones intramusculares (Bicillin, Wyeth; Permapen, Pfizer) consiste en una suspensión acuosa de la sal dipenicilina G, N-N' dibenzyletilenediamina. También se halla disponible una asociación de benzatina y penicilina G procainica (Bicillin C-R, Wyeth).

**FARMACOLOGIA CLINICA.** — El espectro de la actividad de la penicilina G benzatínica es idéntico al de la penicilina G potásica. El promedio de la duración de los niveles séricos con respecto a la actividad eficaz contra los estreptococos del Grupo A es de 26 días a la dosis de 1.2 millones de unidades de penicilina G benzatínica, en comparación de la duración de 3 a 4 horas que sigue a la inyección intramuscular de una dosis corriente de la penicilina G potásica en solución acuosa y de 24 a 48 horas para la penicilina G procainica en solución acuosa (W. W. Wright et al.; Antibiot. Med. Clin. Ther. 6:232, 1959; R. L. Lade et al.; Pediatrics 21:233, L. Weinstein, in L. S. Goodman y A. Gilman eds.: The Pharmacological Basis of Therapeutics, 4th ed., New York: Macmillan, 1970, pág. 1221).

Se ha demostrado que la penicilina G benzatínica resulta eficaz para el tratamiento de las faringitis causadas por los estreptococos hemolíticos beta del Grupo A y para el empleo profiláctico en los "contactos" de estos enfermos (véase The Medical Letter, Vol. 16, pág. 82, 27 de setiembre de 1974). Para los adultos se recomienda una inyección intramuscular de 1.2 millones de unidades de penicilina G benzatínica (600,000 a 900,000 unidades para los niños, dependiendo del peso corporal). Esta misma dosis puede emplearse para el tratamiento del impétigo causado por los estreptococos hemolíticos beta (H. C. Dillon, Jr.; J. Pediatr. 76:676, 1970; J. O. Klein et al.; J. Pediatr. 82:1065, 1973), y también puede administrarse la misma dosis cada 28 días para prevenir las recaídas de la fiebre reumática.

**SIFILIS.** — En los casos de sífilis adquirida (primaria, secundaria o latente) y cuando el examen del líquido cefalorraquídeo indica que no existe neurosífilis, o bien después de un contacto comprobado con sífilíticos en que el riesgo de desarrollar la enfermedad es elevado, el Centro para el Control de las Enfermedades del Servicio de Salud Pública de EE.UU. (Center for Disease Control of the US. Public Health Service) recomienda la inyección intramuscular de 2.4 millones de unidades de penicilina G benzatínica (Public Health Service Publ. No. 1660, 1969, pág. 111).

**LIMITACIONES.** — Las concentraciones bajas prolongadas de la actividad sérica limitan el empleo de la penicilina G benzatínica a aquellas afecciones clínicas en que los microorganismos son altamente sensibles y en las cuales el antibiótico se difunde rápidamente a partir del sitio de la inyección. La concentración de la penicilina G benzatínica que se logra en el suero es demasiado baja para el tratamiento de confianza de la gonorrea. La mayoría de los consultorios de la CARTA MEDICA opinan que no debe emplearse para el tratamiento de la otitis media en los niños, que a menudo es causada por los *H. influenzae*; generalmente se considera a la ampicilina como el medicamento de elección. La penicilina G benzatínica tampoco es de confiar en el tratamiento de la neumonía; aunque la infección sea causada por microorganismos altamente sensibles a la penicilina, como los neumococos, las concentraciones séricas logradas con la penicilina G benzatínica también pueden ser demasiado bajas para que resulten eficaces.

**COMBINACIONES DE BENZATINA Y PENICILINA G PROCAINICA.** — El agregado de procaína reduce el dolor en el sitio de la inyección, pero no existen pruebas de que la combinación de la sal benzatínica con la penicilina G procaínica resulte más eficaz que la penicilina G benzatínica sola. Además, los consultores de la CARTA MEDICA manifiestan que es posible que las dosis de esta combinación terapéutica que a veces se emplean contengan muy poca cantidad de penicilina G benzatínica para producir el efecto prolongado que puede ser necesario. Por ejemplo, aunque se ha demostrado que la dosis de 1.2 millones de unidades de Penicilina G benzatínica al mes es eficaz para prevenir las recidivas de la fiebre reumática, no existen pruebas de que la dosis de 1.2 millones de unidades de Bicillin C-R resulte eficaz para este mismo propósito. Si se emplea la Bicillin C-R, es necesario administrar, para esta misma indicación, la dosis total de penicilina G benzatínica que se recomienda.

**REACCIONES ADVERSAS.** — El dolor en el sitio de la inyección es a menudo un motivo de queja que sigue a la administración intramuscular de la penicilina G benzatínica. La frecuencia de la hipersensibilidad a la penicilina G benzatínica es similar a la correspondiente a los demás preparados de penicilina parenteral, pero las reacciones pueden ser más molestas porque el medicamento permanece en circulación durante más tiempo. En un estudio que incluyó más de 12,000 reclutas navales, el 1.3 por ciento presentaron reacciones alérgicas a una sola inyección de penicilina G benzatínica; la mayoría de las reacciones se presentaron entre los 3 y 15 días siguientes a la administración del medicamento (R. B. McFarland; *New Engl. J. Med.*, 259:62, 1958). Al igual que con otras penicilinas parenterales, se han comunicado graves reacciones a la inyección por inadvertencia de penicilina G benzatínica en un vaso sanguíneo o un haz nervioso (J. A. Knowles; *Am. J. Dis. Child.*, 111:552, 1966; E. B. Shaw; *Am. J. Dis. Child.*, 111:548, 1966). Un problema especial es el que presentan las jeringas prellenadas con penicilina G benzatínica (Tubex, Wyeth; Isolect Pfizer), porque la construcción de éstas puede no permitir la visualización de la sangre en la jeringa al aspirar antes de inyectar como método precautorio contra la inyección intravascular del medicamento.

**CONCLUSION.** — La obediencia de los pacientes en lo que respecta a tomar medicamentos por vía oral es variable y a menudo se omiten las dosis prescritas. La penicilina G benzatínica ofrece la seguridad de concentraciones séricas prolongadas de penicilina, pero dichas concentraciones son adecuadas solamente para el tratamiento de infecciones con microorganismos altamente sensibles como los estreptococos del Grupo A y el *Treponema pallidum*. El dolor en el sitio de la inyección intramuscular de la penicilina G benzatínica también es un elemento negativo para su uso. Las mezclas de penicilina G benzatínica con penicilina G procaínica son menos dolorosas, pero para que resulten verdaderamente eficaces deben administrarse en cantidades que incluyan las dosis completas recomendadas para la penicilina G benzatínica.

## ¿QUE PUEDE HACERSE CUANDO SE AGOTA LA AMPICILINA PARENTERAL EN EL HOSPITAL?

En esta fecha, hay una importante escasez de ampicilina para administración parenteral en E.E.U.U. Aunque las causas de esta escasez no son claras, el cierre por renovación de una de las más grandes plantas fabricantes parece constituir un factor de importancia. Esta planta se ha reabierto ahora y tal vez la escasez mencionada sea de corta duración. No existe escasez de ampicilina para uso oral y, de acuerdo con algunos de los productores más grandes, no se cree que se produzca.

**USO EXCESIVO DE LA AMPICILINA.** — La eficacia y el relativo margen de seguridad de la ampicilina han conducido a su empleo excesivo. Por ejemplo, a menudo se usa la ampicilina sola en los hospitales para tratar las infecciones de las heridas quirúrgicas, aunque la mayoría de las especies bacterianas que tienen la probabilidad

de causar tales infecciones (*Estafilococos*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, y *E. coli* contraída en el hospital) son por lo general resistentes a este antibiótico. Con frecuencia se usa la ampicilina para tratar las infecciones por cocos Gram-positivos en circunstancias en que la penicilina G produce el mismo efecto o se debe preferir una penicilina resistente a la penicilinasas. A menudo también se usa como tratamiento inicial de infecciones que se atribuyen a microorganismos entéricos Gram-negativos, a pesar de que la kanamicina y la gentamicina resultan activas contra un espectro mayor de bacilos Gram-negativos. En algunas ocasiones se prescribe la ampicilina parenteral sola para el tratamiento inicial de la septicemia; sin embargo, la mayoría de los consultores de la CARTA MEDICA no recomiendan este antibiótico sólo para tal tipo de infección; cuando no se conoce el microorganismo infectante, se recomienda una asociación de una penicilina resistente a la penicilinasas (metilicina, nafcilina u oxacilina) con gentamicina.

**ANTIBIOTICOS ALTERNATIVOS PARA LA AMPICILINA PARENTERAL.** — Las infecciones más comunes para las cuales los consultores de la CARTA MEDICA consideran a la ampicilina parenteral como el antibiótico de elección se anotan más adelante, junto con los antibióticos alternativos de preferencia. En "The Medical Letter Handbook of Antimicrobial Therapy", enero de 1974, puede encontrarse mayores informaciones acerca de los medicamentos antimicrobianos de elección y los compuestos alternativos de preferencia para el tratamiento de diversas infecciones.

**Meningitis bacteriana.** — Los microorganismos más comúnmente causantes de la meningitis bacteriana son los neumococos, los meningococos y, en niños, los *Hemophilus influenzae*. En los niños mayores de 2 meses de edad, y cuando no se dispone de la ampicilina parenteral, se recomienda una asociación de penicilina G con cloranfenicol intravenoso —100 mg/kg/día— como tratamiento inicial. Si la infección es neumocócica o meningocócica, puede suspenderse el cloranfenicol; si el agente causal de la meningitis es el *H. influenzae* puede interrumpirse el tratamiento con la penicilina G.

En los niños menores de 2 meses de edad, los bacilos Gram-negativos, más comúnmente la *E. coli*, son los que frecuentemente causan meningitis; muchos clínicos prescriben una asociación de penicilina G y gentamicina mientras esperan el diagnóstico bacteriológico específico en tales casos. En vista de que la meningitis en los adultos es rara vez causada por los *H. influenzae*, la administración intravenosa de dosis elevadas de penicilina es lo recomendado en tanto se aguardan los resultados de los frotis con tinción de Gram y los cultivos.

**Epiglotitis.** — En los niños con epiglotitis por *H. influenzae* que amenaza la vida, la inyección intravenosa de cloranfenicol es el tratamiento alternativo preferido cuando no se dispone de ampicilina parenteral.

**Pielonefritis aguda.** — Las pruebas de sensibilidad hechas en el laboratorio deben servir de guía para seleccionar los antibióticos que han de emplearse en el tratamiento de las infecciones de las vías urinarias. En el caso de una pielonefritis aguda en que el paciente se halla demasiado grave y los medicamentos orales son inadecuados, los agentes de administración parenteral que tienen más probabilidades de resultar eficaces son las cefalosporinas, la kanamicina, la gentamicina y la carbenicilina. Para los pacientes muy graves por infecciones adquiridas en el hospital, el tratamiento inicial, antes de contar con los resultados de las pruebas de sensibilidad, debe incluir la gentamicina.

**Colangitis.** — Cuando no se halla disponible la ampicilina parenteral para un enfermo con una infección de las vías biliares que no puede tomar medicamentos por vía oral, no existe un producto único alternativo de preferencia. Las cefalosporinas y las tetraciclinas pueden alcanzar elevadas concentraciones en la biliar. Sin embargo, la información clínica que documente la eficacia de las cefalosporinas en este tipo de infección biliar es limitada. La tetraciclina intravenosa puede causar necrosis hepática, particularmente en pacientes con cualquier grado de insuficiencia renal. Aunque la función renal sea normal, la dosis total diaria de la tetraciclina intravenosa no debe exceder de 1 g.

**Endocarditis.** — Aunque la ampicilina parenteral se emplea ampliamente para el tratamiento de la endocarditis bacteriana, la penicilina G resulta igualmente eficaz cuando el microorganismo infectante es el *Streptococcus viridans*; para la endocarditis debida a enterococos, la penicilina G, asociada a la estreptomocina o la kanamicina, es tan eficaz como la ampicilina asociada con alguno de estos dos antibióticos.

**CONCLUSION.** — Existe una grave escasez de ampicilina parenteral (en E.E.U.U. en esta fecha); sin embargo, se dispone de agentes alternativos eficaces para el tratamiento de infecciones en que la ampicilina parenteral es el antibiótico de elección.

## ERRORES DE DIAGNOSTICO

(viene de pág. 6)

Un paciente murió a causa de un hematoma subdural pocas horas después de haber sido visto y dado de alta en la emergencia de un hospital. La presencia de cefalea y náuseas debería haber advertido al médico sobre la necesidad de practicar un examen completo, pero éste no fue practicado. La corte lo declaró negligente.

### Realización de exámenes complementarios apropiados

Innumerables decisiones se han basado en la omisión de utilizar los exámenes complementarios necesarios para arribar a un correcto diagnóstico.

Las Cortes analizaron el argumento de que un error de diagnóstico no implica necesariamente negligencia, y sostuvieron que: "Hay una gran diferencia entre un error de juicio y negligencia en la recolección de datos esenciales para llegar a una conclusión apropiada. Si el médico no utiliza los medios científicos a su alcance como ayuda para hacer un diagnóstico, el resultado no es un error de juicio sino negligencia."

Esta es una regla general para todos los estados. Los rayos X, los tests de embarazo y las biopsias son universalmente reconocidos como imprescindibles y rutinarios, por lo que el no realizarlos cuando corresponde constituye, generalmente, negligencia.

Muchos casos involucraron embarazos no diagnosticados. En la mayoría de los casos, el no valerse de los tests de uso corriente para confirmar o descartar un posible embarazo, indica una ausencia del debido cuidado para hacer un diagnóstico. Sin embargo, si el resultado es un falso negativo, el médico, usualmente, no es considerado responsable si confía en el mismo.

A una mujer se le diagnosticó un fibroma. No se hicieron pruebas de embarazo. Al iniciar la cirugía se descubrió que estaba embarazada. La corte falló que había existido negligencia en el diagnóstico.

Una mujer casada de 32 años presentaba síntomas indicativos de un fibroma. Los tests de embarazo, resultaron negativos.

Cuando se practicó la incisión para la histerectomía, el cirujano descubrió la preñez y puso fin a la operación. La paciente abortó, y entabló pleito. La corte sostuvo que el médico había utilizado todos los medios a su alcance para llegar al diagnóstico, de acuerdo al parámetro del "médico razonablemente cuidadoso", y por lo tanto no había incurrido en negligencia.

Es importante destacar que un embarazo ectópico es sin lugar a dudas una emergencia médica. Si un médico tiene sospechas de encontrarse frente a un caso así, no incurre en negligencia si procede a operar sin realizar tests, aun cuando luego se prueba que estaba equivocado.

Si bien la mayoría de las decisiones son fallas en detección del embarazo, hay casos en que se informa a la mujer que está embarazada, cuando en realidad tiene otro problema de orden médico. Si se usan tests, el médico está en su derecho al confiar en los resultados de los mismos, aun en el caso de que el positivo sea falso. En cambio si no ha recurrido a los tests, puede ser responsable de error de diagnóstico por negligencia.

Una mujer soltera tenía un fibroma. Sin recurrir a tests, el médico le diagnosticó embarazo. No solamente la informó a ella, sino a varios de sus parientes. Se le halló responsable de error de diagnóstico negligente y de violación del secreto médico.

Pueden inclusive presentarse situaciones en las cuales el médico, o cirujano, deba determinar si una mujer

está embarazada antes de someterla a cirugía o tratarla por una patología independiente.

También en estos casos el médico incurre en responsabilidad si no usa los tests habituales para determinar el estado de la paciente.

Obviamente, en emergencias tales como una posible apendicitis, se justifica que el médico recurra a la cirugía sin esperar los resultados de los tests de embarazo.

El omitir la radiología puede llevar a emitir un diagnóstico equivocado sobre el estado del paciente. Como contrapartida, el abuso de la paraclínica radiológica implica determinados riesgos. Si los síntomas presentados por el paciente corresponden a una categoría dentro de la cual no es de práctica ordenar placas, no se considera negligente el no pedir las.

Parece claro que no se podrá responsabilizar al médico de negligencia al no pedir exámenes radiológicos en una situación determinada, a menos que se pruebe que, de acuerdo a la práctica habitual en su medio, las circunstancias dadas hubieran requerido de su parte, en el ejercicio de la habilidad y el cuidado que es dable exigirle, la obtención de pruebas radiológicas.

Un número importante de las reclamaciones legales en las que se alega que las complicaciones supervinientes corresponden a la ausencia de pruebas radiológicas, está constituido por las fracturas de cadera o de pierna. La falta de tomas radiológicas en una probable fractura de cadera como consecuencia de una caída en una persona anciana puede conducir con facilidad al error de diagnóstico. La determinación de negligencia al no poder descubrir la patología dependerá de las circunstancias.

Esta misma conclusión puede aplicarse a muchos de los casos en que los pacientes son niños.

Otra fuente frecuente de litigios es la omisión de radiografías en traumatismos de cráneo.

Un muchacho de 16 años fue atropellado por un camión. Se le llevó a Emergencia, se le tomaron placas, pero a nadie se le ocurrió mirarle la parte posterior de la cabeza, zona en la cual se había producido el golpe. El médico no controló los signos vitales y le dio el alta. El muchacho murió a causa de una fractura de cráneo. Se dictaminó que había existido negligencia en el diagnóstico.

Un paciente fue encontrado inconsciente, cubierto sólo por ropa interior, tirado sobre el césped del hotel en que se hospedaba. Fue llevado al hospital donde no se le hizo historia clínica ni se le tomaron placas. El interno comunicó a la policía que el hombre estaba ebrio, y lo transportaron a la cárcel. Cuatro horas más tarde se le encontró muerto en su celda. La autopsia reveló una fractura masiva de cráneo. La corte dictaminó que había existido negligencia al darle el alta sin tomarle placas.

Un paciente se desmayó y se golpeó la cabeza contra un piso de hormigón. Un año antes del accidente había consultado al cirujano demandado por desvanecimientos recurrentes. El demandado, suponiendo que éste era un episodio similar, no le mandó placas, aunque la historia que se le proporcionó del accidente era muy incompleta. Cuando la esposa del paciente lo recogió en el hospital, éste estaba totalmente incoherente. Lo trasladó a otro hospital donde se le hicieron placas, y se leccó al diagnóstico de hemorragia cerebral (intracerebral clote). Falleció antes de que pudiera iniciarse el tratamiento correspondiente.

La corte sostuvo que una adecuada historia clínica del incidente hubiera alertado al médico sobre la gravedad del problema.

Consecuentemente, se le imputó negligencia por no haberse dado cuenta

de la necesidad de exámenes radiológicos.

Varios casos, en su mayoría muy antiguos, tienen que ver con la prescendencia en el uso de Rayos X para la localización de un cuerpo extraño en el ojo, y en la ayuda para su extracción. La poca frecuencia de estos casos en los últimos años parecería indicar que la utilización de Rayos X en estas situaciones se ha convertido en una práctica mucho más extendida.

El diagnóstico de la tuberculosis constituye sin duda, otra área en la cual el uso de la radiología es de vital importancia. En la mayoría de los casos en que la tuberculosis no es detectada, se han tomado placas, pero aparentemente no fueron consultadas o fueron mal interpretadas.

Cuando por un motivo cualquiera se toman placas y éstas indican la posibilidad de una tuberculosis, el radiólogo tiene la obligación de comunicar el caso al médico tratante, independientemente de cuál fuera el motivo primario del examen radiológico. A partir de ese momento el médico tratante está obligado a actuar de acuerdo al informe. Debe avisar al paciente sobre la posibilidad de la enfermedad y ordenar pruebas diagnósticas complementarias para confirmar o rechazar la opinión del radiólogo.

Los exámenes radiológicos son, por lo tanto, una parte esencial de los datos necesarios para arribar a un diagnóstico correcto en muchas patologías. Cuando una situación así se presenta, la omisión en la obtención de placas se convierte en un caso de negligencia. Prácticamente ninguna corte consideraría un "error de criterio" cualquiera de las situaciones arriba planteadas.

Si se considera que "el médico razonablemente cuidadoso", basándose en la sintomatología del paciente, habría llegado a la conclusión de que está indicada una biopsia la omisión en aconsejar la realización del procedimiento puede constituir un caso de negligencia.

El no reconocer un neoplasma cuando éste realmente existe puede, por supuesto, resultar en la muerte del paciente o en grave incapacitación. Por esta razón, cuando estos casos ocurren ya sea porque no se hizo biopsia o porque, aunque fue realizada, el informe de los resultados erróneamente indicó la ausencia de malignidad, los veredictos tienden a ser extremadamente severos.

Por otro lado, un error en la evaluación de una biopsia que derive en una operación mayor e innecesaria, o la formulación de un diagnóstico equivocado de proceso maligno inoperable, prácticamente aseguran la responsabilidad del médico involucrado. Obviamente, cuando se le informa incorrectamente a un paciente que es portador de un proceso maligno, padecerá serias alteraciones físicas y psíquicas.

Aunque presuntamente es "mejor" equivocarse al hacer un diagnóstico de malignidad que no diagnosticarla cuando está presente, es incuestionable que el paciente resultará perjudicado en ambas situaciones.

Salvo que se encuentre en una situación de emergencia, un médico puede ser declarado negligente si efectúa cirugía radical por sospecha de un proceso maligno sin haber pedido una biopsia previa.

En algunos casos es necesario realizar otros tipos de pruebas quirúrgicas para arribar a un diagnóstico preciso.

Cuando éstas son riesgosas por sí mismas queda a criterio del médico, ya que conoce mejor la condición del paciente, si éste debe ser sometido a las pruebas en cuestión. Por lo tanto, cuanto más complicado y peligroso sea el procedimiento, menores serán las probabilidades de que una corte declare a un médico negligente si no lo realizó.

(Continuará)

# BIBLIOTECA

## PUBLICACIONES DISPONIBLES

### AMERICAN REVIEW OF RESPIRATORY DISEASE, ol. 111, n° 6, June 1975.

- The adult respiratory distress syndrome. (Confessions of a "lumper").
- The adult respiratory distress syndrome. (May it rest in peace).
- Further observations on the course and prognosis of chronic obstructive lung disease.
- Contribution of inhomogeneity of lung units to the maximal expiratory flow - volume curve in children with asthma and cystic fibrosis.
- Tracheal mucociliary transport in patients with cystic fibrosis and its stimulation by terbutaline.
- Effects of nebulized lidocaine on reactive airways.
- Frequency of isoproterenol hydrochloride induced cardiac arrhythmia in 19 patients with chronic obstructive pulmonary disease: a prospective study.
- Normal values and evaluation of ments of closing volume.
- Factors influencing the measurement of end-expiratory flow.
- Effects of ozone on pulmonary function in normal subjects. A environmental chamber study.
- Biochemical characterization of hyaluronic acid from a case of benign, localized pleural mesothelioma.
- Horizontal gradient in ventilation distribution due to a localized chest wall abnormality.
- The antigenicity in Guinea pigs and monkeys of three mycobacterial polysaccharides purified by affinity chromatography with concanavalin A.
- Prevention of radiation pneumonitis from inhaled cerium-144 by lung lavage in beagle dogs.
- Postnatal growth and development of the lung.
- Short course chemotherapy for pulmonary tuberculosis.
- How to make Hasenpfeffer.
- Fatal pulmonary hemorrhage after transbronchial lung biopsy through the fiberoptic bronchoscope.
- A case of alveolar cell carcinoma accompanied by fluid and electrolyte depletion through production of voluminous lung fluid.
- Alpha 1-antitrypsin deficiency and hepatic carcinoma.
- Recurrent high altitude pulmonary edema with blunted chemosensitivity.
- Elastase and neutral, metal-dependent enzyme activity of human leukocyte lysosomal granules.
- Alpha 1-antitrypsin concentrations in arterial and venous blood of patients with obstructive lung disease.
- Antibody to herpes-like virus in sarcoidosis.
- Lung cancer in man: a model for the relationship between age at diagnosis and smoking habits.

### ANNALS OF INTERNAL MEDICINE, vol. 82, n° 2, Feb. 1975.

- Broad-B disease (Type III hyperlipoproteinemia) in a large kindred. Evidence for a monogenic mechanism.
- Type III hyperlipoproteinemia an analysis of two contemporary definitions.
- The biochemical, clinical and genetic features of type III hyperlipoproteinemia.
- Diazepam and paraldehyde for treatment of severe delirium tremens.

- Cytomegalovirus pneumonia after human marrow transplantation.
- "Comparable Massive" penicillin G therapy in renal failure.
- Vitamin D intoxication in an anephric child.
- Plasma C-peptide and diagnosis of factitious hyperinsulinism.
- Hyperparathyroidism and carcinoïd tumor.
- Two-year follow-up of angina pectoris: medical or surgical therapy.
- Prevalence of cholelithiasis in idiopathic late-onset immunoglobulin deficiency.
- Goodpasture's Syndrome: normal renal diagnostic findings.
- Host failure treatment of malaria with sulfalene and pyrimethamine.
- Rifampin and warfarin: a drug interaction.
- Gonorrhea: recommended treatment schedules.
- Digitalis in acute myocardial infarction: help of hazard.
- Diagnosis and treatment of erosive rheumatoid arthritis and other forms of joint destruction.
- The ellipsoid storage diseases: new concepts and control.
- Data for peer review: acquisition and use.
- The patient with chronic renal failure: a marginal man.
- Hyperlipoproteinemia: problems in diagnosis and challenges posed by the type III disorder.
- Humours, tumours and caveats.
- EMCROS and the evaluation of medical care.

### ANNALS OF INTERNAL MEDICINE, vol. 82, n° 5, May 1975.

- Savings from generic prescriptions.
- Impact of physician's assistants on patient visits in ambulatory care practices.
- Daily and alternate-day corticosteroid regimens in treatment of giant cell arteritis.
- Improved computer-assisted doxoxin therapy.
- Minimizing tuberculosis risk to hospital personnel and students exposed to unsuspected disease.
- Imported African trypanosomiasis in the United States.
- Hereditary thrombocytopenia, deafness and renal disease.
- Hypomagnesemic hypocalcemia secondary to renal magnesium wasting.
- Subdural hematoma in regularly hemodialyzed patients.
- Myeloid, erythroid and immune system defects in a family.
- Idiopathic chylopericardium: 131 I-triiodine scan for nonmassive diagnosis.
- Complications of BCG vaccination in neoplastic disease.
- Transient neonatal hypocalcemia, hypomagnesemia and high serum parathyroid hormone with maternal hyperparathyroidism.
- D-penicillamine induced goodpasture's syndrome in Wilson's disease.
- o.p DDD therapy in invasive adrenocortical carcinoma.
- Cytarabine.
- Cephalothin and cephaloridine therapy for bacterial meningitis. An evaluation.
- Health manpower: numbers, distribution, quality.
- Physician and nurse practitioners: conflict and reward.

- Training and certifying the internists for primary care.
- Generic prescriptions: can the consumer benefit?
- Federal recognition of chiropractic: a double standard.
- Alternate-day prednisone therapy.
- Symptomatic diffuse esophageal spasm and its relation to gastrin superseinsitivity.
- Basic data in ambulatory care.

### ANNALS OF INTERNAL MEDICINE, vol. 82, n° 6, Jun. 1975.

- Increased platelet aggregation in early diabetes mellitus.
- Pulmonary function: relation to aging, cigarette habit and mortality.
- Determination of site of infection in endocarditis.
- Prosthetic valve endocarditis.
- Effects of guanethidine and methyl-dopa on a standardized test for renin responsiveness.
- Cost and yield of the hypertensive evaluation.
- Familial neutrophil chemotaxis defect, recurrent bacterial infections, mucocutaneous candidiasis and hyperimmunoglobulinemia E.
- Pneumocystis carinii pneumonia: a cluster of eleven cases.
- Ineffectiveness of subcutaneous cytosine arabinoside in localized herpes zoster.
- Theophylline-induced seizures in adults.
- Staphylococcal endocarditis in parenteral drug abusers: source of the organism.
- Idiopathic hypertrophic subaortic stenosis in pregnancy.
- Diagnosis of pancreatitis masked by hyperlipemia.
- Phagocytosis of blood cells by splenic macrophages in thrombotic thrombocytopenic purpura.
- Lactic acidosis from carboxyhemoglobinemia after smoke inhalation.
- Low blood pressure in young adults with cystic fibrosis.
- Guidelines for the management of hospitalized narcotic addicts.
- Pseudomonas aeruginosa infections: persisting problems and current research to find new therapies.
- The community and medical education: organization and function of a board of concerned citizens.
- Platelet aggregation and thrombotic vascular disease.
- The fading menace of chronic hepatitis.
- Evaluation of drugs used in pregnancy and pediatric age groups.
- The scope of geriatrics.

### ANNALS OF SURGERY, vol. 181, n° 1, Jan. 1975.

- Sequential changes in cerebral blood flow and distribution of flow within the brain during hemorrhagic shock.
- Hepaticogastrostomy: ulcerogenic preparation of therapeutic alternative.
- The surgeon, the surgery, the patient, and the disease: factors complicating-colonic surgery.
- Fecal impaction following methadone ingestion simulating acute intestinal obstruction.
- Primary pulmonary leiomyosarcoma.
- Synovial sarcoma.
- Results of conservative treatment of breast cancer at ten and 15 years.
- Diabetes insipidus secondary to penetrating thoracic trauma.
- The effect of differing ambient ox-

- gen tensions on wound infection.
- Vagotomy and double pyloroplasty for peptic ulcer.
- Pancreatic exocrine secretion during and after pregnancy.
- Pulmonary microembolism associated with massive transfusion.
- Stability of normal human fecal flora during a chemically defined, low residue liquid diet.
- Pyeloureterostomy reconstruction in human renal transplantation.
- Effects of cortisone acetate, methylprednisolone and medroxyprogesterone on wound contracture and epithelization in rabbits.
- Laser surgery in exsanguinating liver injury.
- Carcinoembryonic antigen and prognosis in patients with colon cancer.
- Management of umbilical hernias associated with hepatic cirrhosis and ascites.
- Management of ileal perforation due to typhoid fever.
- Traumatic injuries to the duodenum: a report of 98 patients.
- Physiologic effects of hyperventilation and phlebotomy in baboons: systemic and cerebral oxygen extraction.
- Physiologic effects of transfusing red blood cells with high or low affinity for oxygen to passively hyperventilated, anemic baboons: systemic and cerebral oxygen extraction.
- Comparison of filtering efficiency of four new in-line blood transfusion filters.
- The association of parathyroid adenoma and non-medullary carcinoma of the thyroid.
- Intra-aortic balloon counterpulsation: potential for therapy in hemorrhagic shock with associated myocardial failure.
- Mesenteric thrombosis following splenectomy.

**ANNALS OF SURGERY, vol. 181, n° 2, Feb. 1975.**

- Occult breast carcinomas detected by xeroradiography - clinical considerations.
- Significance of a solitary lung shadow in patients with breast cancer.
- Human tissue reaction to sutures.
- What is clinical smoke poisoning.
- Characterization of elevated fibrin split products following thermal injury.
- Coagulations dynamics following thermal injury - effect of heparin and protamine sulfate.
- Villous tumours of the duodenum.
- Experimental and clinical application of microvascular surgery.
- Gastroplasty for short esophagus and reflux esophagitis.
- Femoropopliteal bypass - evaluation of potential for revascularization of severely ischemic lower extremity.
- Effect of complete parénteral nutrition using fat emulsion on liver.
- Effect of antrectomy and subsequent vagotomy on serum gastrin response to food in dogs.
- Determinants of cardiac output during experimental therapeutic hemodilution.
- Efficacy of intravenous gindamycin and methylcillin in gram-positive soft tissue infections.
- Structure of anorectum in Crohn's disease involving colon.
- Roux-en-Y hepaticojejunostomy - reappraisal of its indications and results.
- Ability of an elemental diet to support nutrition and adaptation in short gut syndrome.
- Differentiation of primary hyperparathyroidism from hypercalcemia of malignancy.
- Precision of a special purpose analog computer in clinical cardiac output determination.
- Improvement in lower esophageal sphincter pressure following sur-

- gery for complicated gastroesophageal reflux.
- Effect of agitation on platelet aggregation and microaggregate formation in banked blood.
- Arterial injury and massive blood loss —case report of management of pelvic gunshot injury with femore—subscrotal-femoral bypasses and 116 units of blood.
- Benign small bowel tumor.

**ANNALS OF SURGERY, vol. 181, n° 3, March 1975.**

- First rib fracture: a hallmark of severe trauma.
- Effectiveness of peritoneal lavage in blunt abdominal trauma.
- Cricopharyngeal myotomy: treatment of dysphagia.
- Spinal ischemia following abdominal aortic surgery.
- Filtration characteristics of three new in-line blood transfusion filters.
- Metastatic cystosarcoma phylloides in a adolescent girl: an unusually malignant tumor.
- Arterial stenosis complicating allotransplantation in man: a study of 38 cases.
- Factors determining successful liver preservation for transplantation.
- Treatment of intra-abdominal and abdominal wall desmoid tumors with drugs than affect the metabolism of cyclic 3, 5-adenosine monophosphate.
- Cancer of the bile ducts associated with ulcerative colitis.
- Primary peritonitis in infancy and childhood.
- Amylase clearance in differentiating acute pancreatitis from peptic ulcer with hyperamylasemia.
- Cardiopulmonary adjustments following single high dosage administration of methylprednisolone in traumatized man.
- Occult adrenal insufficiency in surgical patients.
- Abdominal aneurysm and horseshoe kidney: a review.
- Effect of dextran on the lysability of ex vivo thrombi.
- Spontaneous reversal of portal blood flow: the case for and against its occurrence in patients with cirrhosis of the liver.
- Antitumor immune response following injection of neuraminidase-treated sarcoma cells.
- Suppression of leukocyte chemotaxis in vitro by chemotherapeutic agents used in the management of thermal injuries.
- Acute renal insufficiency complicating major cardiovascular surgery.
- Gastrocolic and gastrojejuno-colic fistulae a report of twelve cases and review of the literature.

**ANNALS OF SURGERY, vol. 181, n° 4, Ap. 1975.**

- The role of inflammation in bronchial stump healing.
- The diagnosis of jaundice by the minilaparotomy open transhepatic cholangiogram.
- A review of echinococcal disease.
- Studies on bile salt deconjugation following small bowel bypass procedures.
- Evaluation of the Nissen fundoplication for treatment of hiatal hernia.
- Urea production related to intraperitoneal inflammation.
- Twenty-four hour left ventricular bypass with a centrifugal blood pump.
- Barium granuloma of the rectum: an uncommon complication of barium enema.
- Auxiliary-femoral bypass graft patency without aorte-femoral pressure differential: disuse atrophy of ipsilateral ileo-femoral segment.
- Diagnosis of an enteric duplication

- with pertechnetate 99mTc scanning.
- Localization of tissue plasminogen activator in relation to morphologic change in human saphenous veins used as coronary artery bypass autografts.
- A new varian of intra-abdominal hernia.
- Development and treatment of post-traumatic pulmonary platelet trapping.
- Boerhaave syndrome: report of a case treated non-operatively.
- Marginal ulcer in achlorhydric patients.
- The effect of bile acid secretion on cholesterol secretion into the bile.
- Microcirculation of the normal and inflamed canine pancreas.
- Renal cell carcinoma presenting as right atrial tumor with successful removal using cardiopulmonary bypass.
- Current management of upper gastrointestinal bleeding.
- Occult inguinal hernia in the female.
- The value of laparoscopy in acute pelvic pain.

**ANNALS OF SURGERY, vol. 181, n° 5, May 1975.**

- Presidential address: major contributions to surgery from the South.
- New diagnostic and therapeutic techniques in the management of pyogenic liver abscesses.
- Traumatic injury to the portal vein.
- Hemodynamics of the interposition mesocaval shunt.
- Results of radical resection for periampullary cancer.
- Pancreaticogastrostomy: a further evaluation.
- Changing patterns in the management of pancreatic pseudocysts.
- Conservative surgical treatment of reflux esophagitis and esophageal stricture.
- Cardiac contusion: a capricious syndrome.
- Management of thoracic outlet syndrome.
- Y-U advancement pyloroplasty.
- Hepatic portoenterostomy: an assessment of its value in the treatment of biliary atresia.
- Use of radionuclide imaging in the early diagnosis and treatment of renal allograft rejection.
- Hypertension due to renal artery stenosis in transplanted kidneys.
- An analysis of twenty years' experience with operations for carcinoma of the stomach.
- Chemotherapy as an adjuvant to surgery for colorectal cancer.
- Is childhood thyroid cancer a lethal disease?
- Aortic and other arterial injuries.
- Surgical management of abdominal aortic aneurysms: factors influencing mortality and morbidity — a 20 year experience.
- Stenotic and obstructive lesions in acute dissecting thoracic aortic aneurysms.
- New technique for construction of composite dacron vein grafts for femoro-distal popliteal bypass in the severely ischemic leg.
- Pulmonary responses of unilateral positive end expiratory pressure (PEEP) on experimental fat embolism.
- Septic lung and shock lung in man.
- The changing pattern of post-traumatic respiratory distress syndrome.
- The influence of diet on response to hemorrhagic shock.
- Incidence and significance of intraperitoneal anaerobic bacteria.
- Giant horseshoe intra-abdominal abscess.
- Subcutaneous extraperitoneal repair of ventral hernias: a biological basis for fascial transplantation.
- The use of marsilene mesh in repair of abdominal wall hernias: a clinical and experimental study.



# INFORMATIVO DEL C.A.S.M.U.

## Situación general del CASMU.

Se ha producido nuevamente una grave situación financiera, en base a que a partir del 1.º de abril p.p.d.o., se otorgó un aumento de los recursos del 7 %, mientras que en agosto ya superaba el 41 % el incremento presupuestal. Los rubros más afectados han sido los medicamentos y el nuevo Nomenclador de Análisis de Laboratorio y anatomía patológica.

La Institución se ha dirigido a las autoridades competentes solicitando un incremento de la cuota desde setiembre en un 38 %, para equilibrar el presupuesto y cumplir con sus obligaciones. De no otorgarse rápidamente el aumento, se entrará en un desequilibrio tan o más grave que el producido de octubre de 1971 a diciembre de 1972, y que afectará profundamente el cumplimiento de las obligaciones con sus técnicos y funcionarios, así como el crédito con los proveedores de plaza.

## Aspectos de la estructura sanitaria.

Dentro del marco del desfinanciamiento de la medicina colectivizada, se anotan otras medidas que afectan a sus afiliados y, en consecuencia, a la salud del 74 % de la población montevideana, agrupada en las instituciones correspondientes.

La ley que unificó los Seguros parciales de Enfermedad en el organismo denominado "A.S.S.E." (Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad), pasó a la cobranza domiciliaria a los familiares de los trabajadores. Pierden así un beneficio importante, como era la sustitución del pago de tickets por medicamentos y ordenes de consultas, por un porcentaje de la cuota. La política de gravar al usuario con tickets en un momento de dificultad económica, como es el de la demanda de servicios por causal de enfermedad, significa un retroceso en la asistencia de los grupos económicos más vulnerables, y resiente su accesibilidad a la atención médica.

El M.S.P., por otra parte, sigue publicitando una reforma del mutualismo cuyo texto no se conoce ni ha sido discutido por el cuerpo médico, y que postularía en cierta forma el retorno a la medicina liberal del pago por acto médico. Al mismo tiempo, establecería la separación de las Sociedades de Producción Sanitaria de su fuente de origen, las gremiales médicas, que a través del CASMU han mostrado en el país, cómo la profesión puede lograrse socialmente administrando servicios de atención médica.

De una manera curiosa, el M.S.P. declara Instituciones de 1.ª categoría a un numeroso grupo, hoy de 14 sociedades mutuales y afines, que en su gran mayoría no llenan los requisitos establecidos por el propio M.S.P. para lograr el "Nivel óptimo de Asistencia". En Montevideo, el 70 % de los socios mutuales y afines reciben, en el papel, esa óptima asistencia, equiparándola a juicio de la autoridad sanitaria a la calidad del CASMU, que desde 1970 está así categorizado.

## 40.º Aniversario.

Concluyendo los actos con motivo de conmemorar la creación del CASMU el 1.º de julio de 1935, los funcionarios de la Institución entregaron una plaqueta al S. M. U. y organizan competencias deportivas.

La Comisión Directiva de la Colonia de Vacaciones donó una copa a tales efectos.

## Adiestramiento de personal.

Han continuado cursillos para mejorar al personal de enfermería.

Este mes se realiza una actualización de los cuidados para el paciente neurológico y neuroquirúrgico.

## Ateneos científicos.

Además de los ya iniciados por los Médicos Internistas de Sanatorio hace varios meses, los Cirujanos Plásticos del CASMU realizarán los de su especialidad el 2.º martes de cada mes a las 20 hs., en el Sanatorio N.º 4 "Dr. J. C. García Otero", Avda. L. A. de Herrera 2421. El primero tendrá lugar el día 14 de octubre.

## Internación en Sanatorio Privados.

A pedido de un colega la Junta Directiva acordó transcribir todo el texto de su resolución, que por razones de espacio se había sintetizado en un número anterior de "Noticias".

Dice así:  
"Establecer con carácter general que cuando un abonado se interna en Sanatorio particular y no se le otorga pieza semi-privada, se le reconoce el derecho a optar, a su costo, por la asistencia en sala privada, continuando con los servicios asistenciales a cargo de la Institución. La misma situación se contemplará cuando la internación se realice en pieza privada por indicación médica.

## Control de la polifarmacia.

Ante el creciente aumento del número de recetas por orden, que desde junio viene creciendo mes a mes, se acordó separar las recetas de los técnicos que presentan una relación mayor de 4 a 1, procediendo al estudio de las causas por la Comisión de Contralor.

## Dpto. Cardiológico.

Con aprobación del M.S.P., se procederá a instalar un centro diagnóstico con bicicletas ergométricas y Fonomecanocardiografía.

Está en trámite la adquisición de los equipos y el estudio de los cargos requeridos.

## Dpto. de Medicina Interna.

En reunión con los Médicos Internistas, se adoptaron las siguientes resoluciones:

"1) Se acepta el criterio propuesto oportunamente por la Mesa de Junta Directiva con respecto a la dotación y esquema general de trabajo de los médicos del Sanatorio "Dr. J. García Otero" a saber:

—6 médicos de guardia interna (Internistas Asistentes) con 10 horas semanales en régimen de guardia y sala.

—2 médicos residentes.

—1 médico internista titular superior de la unidad.

El esquema planteado también rige para el Sanatorio Español debidamente adaptado a la dotación de camas de su unidad médica.

2) En cuanto al proyecto de Bases para el llamado de Médicos Asistentes Interinos del C.T.I. se dispone aprobar en términos generales el mismo y encomendar al Dr. Horacio Mirabal, Director Adjunto del Sanatorio "Dr. J. García Otero", la redacción final de las mismas."

## Simposio en Río de Janeiro.

Se aceptó la invitación del Laboratorio Bayer al Asesor Técnico, Dr. Pablo Kostianovsky, para un Simposio en Río del 8 al 12 de octubre.

## Curso sobre Diabetes.

El CASMU designó para este curso, organizado por la Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay, a los Dres. Carlos Seré, Elvira Scalone, Marta Varela, Graciela Díaz y Adelina Braselli.

## Policlínica de Alimentación.

Se recuerda al Cuerpo Técnico que esta Policlínica, a cargo de Dietistas de la Institución, funciona en el Sanatorio N.º 4 "Dr. J. C. García Otero" prácticamente sin lista de espera, los siguientes días: lunes y miércoles de 14 a 20 hs.; martes, jueves, viernes y sábados de 8 a 14 hs.

Con la indicación médica, el paciente debe solicitar hora por los teléfonos 56.22.28 y 58.80.96.

## Cargos de Dirección.

La Junta Directiva adoptó por unanimidad las siguientes decisiones: Director Adjunto Médico: Titular, Dr. Hugo Damasco; Suplente, Dr. Arón Nowinski; Asesor Técnico de Suministros: Titular: Dr. Pablo Kostianovsky.

## AVISO A LOS COLEGAS

Hacemos suscripciones para:

- Revista Médica del Uruguay
- Pediatría, Ginecología y Cirugía Panamericana (4 Tomos c/u).
- Clínicos Norteamericanos.

Además tenemos para usted: discos, cuadros, aparatos de presión, estetoscopios, buenas novelas. Horario continuo, venga a visitarnos que le será útil y no lo olvide... la forma de pago la propone usted.

Librería del Médico

# LAUDO DEL GRUPO 50 ACTUALIZADO

Sueldo base	Diario Oficial N.º Fecha	Norma	Aumento	Vigencia
5.500	17.307 — 15. 3.66	Laudo 27.12.65	75.65% Gral.	1.10.65
9.660	—	Convenio Colectivo del 27.12.66.	100 % Méd. Urg.	1. 1.67
13.196	—	— " —	36.60%	1. 6.67
20.723	—	— " —	57.04%	1. 1.68
24.946	17.953 — 15.11.68	Decreto 673/968	25 % s/liq.	1.12.68
—	18.043 — 7. 4.69	" 343/969	10 %	1. 4.69
26.942	18.208 — 4.12.69	" 1.534/969	8 %	1.12.69
32.734	18.450 — 3.12.70	" 1.947/970	21.50%	1.12.70
41.638	18.643 — 21. 9.71	" 1.788/971	27.20%	1.10.71
49.966	18.771 — 7. 4.72	Resoluc. 471/972	20 %	1. 4.72
59.959	18.891 — 6.10.72	" 1.255/972	20 %	1.10.72
74.854	18.949 — 5. 1.73	" 9/973	30 % s/liq.	1. 1.73
95.064	19.072 — 12. 7.73	" 1.107/973	27 %	1. 7.73
123.507	19.197 — 11. 1.74	" 2.215/973	33 % s/liq. + 1 % sustitutivo "P. p. Antigüedad"	1. 1.74
143.268	19.302 — 1. 7.74	" 1.210/974	16 %	1. 6.74
171.920	19.400 — 15.11.74	" 2.292/974	20 %	1.11.74
197.708	19.462 — 19. 2.75	" 227/975	15 %	1. 2.75
227.708	19.501 — 22. 4.75	" 562/975	\$ 30.000	1. 4.75

## SUELDOS BASICOS

(A partir del 1.º de febrero de 1975)

— Medicina General .....	N\$ 227.71
— Médicos Urgencia, Puerta, Emergencia, etc. ....	" 250.11
— Pediatras (1.1 de S. Base) .....	" 247.48
— Pediatras de Recién Nac. ....	" 306.79
— Especialistas médicos (1.2) .....	" 267.26
— Neurólogos y Psiquiatras (1.3) .....	" 287.03
— Cirujanos Generales y Traumatólogos (1.5 de S. B.) .....	" 326.56
— Anestesiastas, Radiólogos, Electrocardiólogos, Hemoterapeutas, Laboratoristas (1.2 de S. B.) .....	" 267.26
— Hemoterapeuta Jefe (1.7 S. B.) .....	" 366.11
— Internista (3 S. B.) .....	" 623.12

## COMPENSACION POR LOCOMOCION

(Resol. P.E. N.º 1731/974 (D. Oficial N.º 19.346)

(Resol. P.E. N.º 2484/974 (D. Oficial N.º 19.417)

MEDICOS	Hasta topes	Después de topes
En Radio .....	\$ 2.630	\$ 650
Fuera de Radio .....	" 2.870	" 710
Radio Extenso .....	" 3.110	" 770
(Sin Radio: Urgencia) .....	" 2.870	" 710
Certificador .....	" 1.200	" 300
<b>PRACTICANTES</b>		
a) Radio Urbano .....	" 640	
b) Radio Sub-urbano .....	" 890	
c) Radio Urbano - Sub-urbano .....	" 870	
d) Sin Radio, en Radio extenso .....	" 930	
e) Practicantes Externos de Urgencia:		
1) Numeral 6, Inc. "a", párrafo 1, cap. VII del laudo del grupo 50 .....	" 1.060	
2) Numeral 6, Inc. "a", párrafo 2, cap. VIII del mismo laudo .....	" 930	
f) Practicantes externos de guardia de domingos y feriados:		
1) Numeral 7, Inc. "a", párrafo 1, cap. VII del laudo del grupo 50 .....	" 1.060	
2) Numeral 7, Inc. "a", párrafo 2, cap. VII del mismo laudo .....	" 930	

Grupos de técnicos de las distintas especialidades han efectuado consultas sobre diversas fórmulas relativas al laudo; la fórmula más manejada es el planteo de llevar el sueldo base a N\$ 450, establecer un mínimo de 1,5 de sueldo base para las especialidades, y elevar un 100 % las órdenes quirúrgicas.



# CICLO DE CULTURA MEDICA

Salón de Actos: Palacio Sindical. "Dr. Carlos M<sup>a</sup> Fosalba", Colonia 1938. Piso 2

**OCTUBRE 24 — Hora 19.00**

SHOCK SEPTICO

- Circunstancias clínicas de aparición.
  - Agentes habituales.
  - Circulación, Riñón, Hígado, Coagulación y Pulmón en el Shock Séptico.
  - Conducta Terapéutica.
- Dr. Ricardo Caritat Th.  
Dr. Humberto Correa Rivero.  
Dr. Alberto Cid.  
Dr. Angel Arismendi.

**NOVIEMBRE 21 — Hora 19.00**

EL MEDICO EN LA CIUDADELA Y LA URBANIZACION

- Problemas psicológicos frente a la si-

tuación de muerte del enfermo.  
Dr. Enrique Probst.

**DICIEMBRE 12 — Hora 19.00**

INDICACIONES CON  
ANTI-DEPRESIVOS

- (Imao - Tricíclicos - Litio)
- I. Sintomatología Clínica (Dr. J. P. Cirillo).
  - II. Bases farmacológicas y diagnóstico bioquímico (Prof. Adj. Dr. Jaime Monti).
  - III. Conducta terapéutica. Presentación de casos clínicos y normas de tratamiento. (Dr. Rodolfo Panizza).

## CONFERENCIAS REALIZADAS

Conferencias con cirujanos argentinos y Mesa Redonda con cirujanos y destacados especialistas uruguayos.

En las fotos (arriba) Profs. Dres. Walter Suiffet y Emilio Etala; (centro) vista parcial del público asistente; (abajo) Profs. Dres. Helmut Kasdorf, Juan Cendán y Alfredo Navarro.

