

PAGINA PARA MEDICA

Lo que se debe esperar y lo que se debe exigir en Centro América de nuestras Escuelas de Medicina

Por el Dr. Peña Chavarría

En la preparación humanística que debe preceder a todo conocimiento médico, nuestras Escuelas deben inculcar en los jóvenes graduados conocimiento preciso de las tradiciones de nuestra profesión médica, para que el médico joven respete, se inspire y admire, a muchos de los varones ejemplares que con su sacrificio profesional, actuando en un medio de grandes privaciones, que los obligó a mayores sacrificios, echaron las bases fundamentales de nuestras instituciones médico-sanitarias nacionales. La mayor parte de nuestros jóvenes universitarios salen ignorando esas tradiciones. Casi podría afirmar sin equivocarme, que el joven guatemalteco ignora lo que significó y realizó en su país Juan J. Ortega, lo que Alvarez y Palomo hicieron en El Salvador; Alonso Suazo y Muñoz Hernández en Honduras; lo que De Bayle y Martínez en Nicaragua y Carlos Durán y Juan J. Ulloa en Costa Rica. Consolidando en el médico el culto y el respeto de esas tradiciones, contribuiremos al afianzamiento de nuestras propias nacionalidades y con los principios de la técnica verdaderamente científica para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención bien inculcados, colaboraremos a dar un médico más humano, más útil socialmente hablando, y que no calga en eso, que algunos educadores médicos, con bastante razón, han designado el nihilismo de la profesión médica.

Aparte de los conocimientos básicos cuyas asignaturas deben fortalecerse equipando mejor sus laboratorios, debe procurarse personal que dedique más tiempo o todo su tiempo y sus energías a la docencia. En las asignaturas clínicas debemos aprovechar los escasos recursos docentes disponibles, para centrar la atención del estudiante en el mejor conocimiento de las cosas esenciales e importantes, evitando los detalles que lejos de ilustrar, confunden y agotan al estudiante, sobre todo en el campo de las especialidades. Los recursos mentales del estudiante deben emplearse en el análisis de los grandes complejos médico-sociales, que debemos solucionar en nuestros países centroaméricanos.

Debemos relacionar la enseñanza de la clínica con las condiciones deplorables en que se cubre la patología de nuestro medio hospitalario. Debemos familiarizar al estudiante con la angustia y el temor de la inseguridad económica de las clases desvalidas, que tanto influye en el desencadenamiento psico-somático de las enfermedades funcionales. Debemos familiarizar al estudiante también con las condiciones desfavorables de trabajo de las clases laborantes; con los factores determinantes importantes de enfermedad, especialmente de los cuadros patológicos más frecuentes de nuestras masas campesinas, que se presentan a la consideración y análisis del médico en nuestros hospitales, como son las dos causas fundamentales de la patología en Centro América, por lo menos las que se refieren a Costa Rica: los cuadros nutricionales y el desgaste orgánico producido por las parasitosis intestinales, ya que a Dios gracias, como la mejor conquista de la sanidad tropical, merced a los insecticidas modernos, la Malaria dejó de ser el enemigo capital, el problema sanitario número uno de nuestras colectividades y el cuadro más frecuente en la nosología de nuestros hospitales generales.

Para que se pueda esperar de nuestras Escuelas de Medicina esa enseñanza objetiva, que forme los médicos verdaderamente prácticos, los profesionales con un bagaje médico científico que les permita aprovechar los recursos de la medicina moderna, que necesitan las instituciones sanitarias y asistenciales, nuestras escuelas deben completar sus instalaciones, laboratorios y el equipo humano de la docencia. Con estos elementos, lograremos graduar médicos con una buena preparación general para las Instituciones Hospitalarias y, sobre todo para llenar los servicios que demandan las zonas campesinas de nuestros países centroamericanos, que son ca-

balmente en donde escasea y es más deficiente la atención médica.

Para lograr este médico práctico y eficiente, verdaderamente útil, nuestras escuelas médicas no deben graduar al estudiante que no haya logrado la experiencia y la destreza profesional que da el año de internado en hospitales generales debidamente calificados, que posean un personal que, cumpliendo labores hospitalarias, esté conectado con la docencia universitaria y que pueda supervigilar la práctica clínica. Los que hemos tenido experiencia como Directores de Hospitales, hemos palpado la deficiente desenvoltura, la verdadera limitación de su profesión como practicantes generales, cuando el recién graduado, sin la experiencia fundamental del Internado hospitalario, se lanza al ejercicio profesional en las zonas rurales, donde el médico no puede conseguir la guía y el consejo de colegas experimentados. Esa deplorable situación es más

extensa e intensa, por tener comprobación diaria, en lo que se refiere a la Obstetricia y a la Pediatría, las más urgentes e impostergables de las necesidades asistenciales de nuestros campesinos.

Palpando esas lamentables situaciones, se llega a la conclusión perentoria y definitiva que nuestras Escuelas de Medicina no deben diplomar al que no haya cursado el Internado Hospitalario. Además, por la responsabilidad que les incumbe en los nombramientos respectivos, las autoridades sanitarias oficiales, no deben tampoco destacar, enviando al campo, a jóvenes profesionales que no hayan obtenido la destreza mínima que da el Internado hospitalario. Este período importante de la docencia médica es capital. En él debe predominar el objetivo vocacional que inculca al estudiante la manera de aplicar conocimientos en la práctica de su profesión, y le permita aprender a conocer el fondo social de los enfermos, tomando la responsabilidad inicial de las órdenes hospitalarias corrientes y adquirir,

bajo el amparo intelectual y la guía experimentada de otros profesionales ya maduros, la rapidez y la elasticidad mental necesarias para hacerle frente a las emergencias que pueden surgir en cualquier enfermo. Por todas las anteriores consideraciones, el año reglamentario de Internado hospitalario debe ser requisito sine-qua-non de graduación en nuestras Escuelas de Medicina centroamericanas.

Los expertos en educación médica, para llamar la atención sobre la importancia del Internado, afirman que la enseñanza académica que es puramente educacional, debe completarse con el cúmulo de experiencia que brinda la práctica hospitalaria, que ellos llaman enseñanza vocacional. La primera da al estudiante los conocimientos necesarios para continuar perfeccionándose a lo largo de toda la carrera, en el curso de la vida y la segunda suministra el conocimiento de los procedimientos de aplicación práctica e inmediata en el ejercicio de la profesión. Ambos objetivos o finalidades son necesarios para la formación integral de un médico verdaderamente práctico.

Por fortuna, las Escuelas de Medicina centroamericanas no adolecen del serio problema de la pléthora estudiantil que sufren muchísimas otras Escuelas de América Latina. Por lo tanto, para limitar la admisión, nuestras Escuelas no tienen los problemas conectados con la selección de estudiantes y el número reducido de nuestra matrícula universitaria, que hace que en el medio centroamericano el conflicto de selección se reduzca, más que a la tarea de escogencia, a la de eliminar aquellos individuos que por su educación secundaria deficiente o por sus condiciones mentales o físicas, son inadecuados para soportar después el rudo golpe de los estudios médicos, anuncio verdadero de la realidad profesional, pues la medicina es profesión de sacrificio.

Como compensación social del costo de la docencia médica, nuestras Escuelas de Medicina deben corresponder, socialmente, dando a nuestros países el número de profesionales suficiente para atender con propiedad y eficiencia las actividades que demandan las instituciones médico-sanitarias, cuyos servicios reclaman cada día, de modo más imperioso, nuestros grupos sociales.

Se deduce pues, de esto, que una misión fundamental de nuestras Escuelas de Medicina de Centro América, corolario de las finalidades de la Salubridad pública y Asistencia Social de nuestros Gobiernos, es la de producir ese número de médicos que pueda darle a nuestros

países un verdadero servicio de salud. En este término van involucrados la prevención, el tratamiento y la recuperación, tal como lo pide la Organización Mundial de la Salud. Tales servicios deben brindarse de modo fácil, rápido y eficiente y estar al alcance de la economía, de todas nuestras clases sociales. Estas exigencias del buen servicio médico, me hacen recordar la que pedía el renombrado jurista español don Angel Osorio, para la administración de la justicia. Las tendencias, mejor dicho, las exigencias médicas contemporáneas de países de mayor madurez social, comienzan a manifestarse en nuestro medio centroamericano.

El número de médicos que debe graduar anualmente nuestras Escuelas de Medicina, para justificar económicamente su costo, debe corresponder a clases bien organizadas, de un mínimo de cuarenta estudiantes. Sólo así puede contemplarse rendimiento universitario que procure los médicos que necesita el crecimiento acelerado de nuestra población, e ir llenando a su vez el déficit profesional existente y que todos los días palpamos los que desempeñamos funciones directivas e institucionales sanitarias u hospitalarias.

Aplicando deducciones estadísticas universales y analizando la duración de la vida activa del médico en nuestros países, la siguiente conclusión es pertinente para Costa Rica: Para los próximos 25 años, de acuerdo con el crecimiento de la población y siempre con base de un médico por cada 1.500 habitantes las necesidades de médicos serán las siguientes:

Años	Número de médicos que debe haber
1960	743
1965	875
1970	1.028
1975	1.209
1980	1.428

De acuerdo con las cifras anteriores, para los próximos 25 años necesitaremos, aparte del número necesario para balancear el déficit actual de 311 médicos, 31 médicos al año para ir cubriendo las necesidades del crecimiento anual de la población. Por otra parte, estudios estadísticos internacionales han puesto en evidencia que el promedio de vida profesional activa del médico es de 33 años, de donde se deduce que el número de médicos sufre una disminución anual de 3% por muerte, retiro y otras causas. Esta última circunstancia es importante y debe tomarse en cuenta para agregar esa disminución al número de médicos necesarios para el crecimiento anual de la población. (Continuará)

Laboratorio Médico

Sedimentación Sanguínea

CRITICAS ENDEREZADAS A LA SEDIMENTACION SANGUINEA EN TISIOLOGIA

Quizás parezca raro que un método tan precioso, como es el de la medida de la velocidad de la sedimentación sanguínea, tenga todavía detractores en tisiología. A decir verdad, muchos de ellos reconocen que nunca lo han practicado y declaran solamente que se las arreglan bien sin este examen. Por curioso que esto pueda parecer, hay sanatorios en los que la sedimentación nunca se ha practicado.

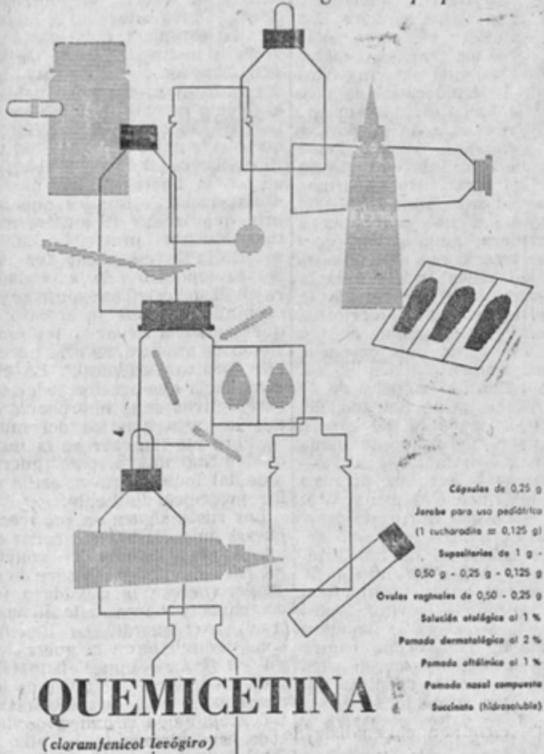
Otros sostienen que la sedimentación sanguínea es un simple reflejo de la curva de temperatura y depende de la hipertemia. Se les podría oponer los trabajos de Bertoye (1), que muestran la utilidad de la sedimentación sanguínea en el niño tuberculoso, precisamente en los casos en que siendo normal la temperatura podría hacer caer en error. Dubarry, por otra parte, ha dado a conocer, en casos clínicos casi experimentales (accidentes séricos en el curso de una meningitis cerebro - espinal, por ejemplo), que la hipotermia súbita de estos accidentes no modifica en nada la mala sedimentación sanguínea de estos enfermos. Asimismo, los casos de hipertemia provocada por las ondas cortas dejan la sedimentación globular indiferente. Temperatura y sedimentación son pues dos hechos perfectamente disociables.

Wonsowics ha tildado el método de ser demasiado caprichoso para servir al pronóstico. Es la acusación que reanudan Rist y Fillauzat quienes han visto morir muchos tuberculosos con sedimentaciones normales. Además, dicen ellos, los derrames del neumotórax artificial aceleran considerablemente la sedimentación sin ser fatalmente de mal pronóstico. Se sabe que Cordier fue uno de los primeros en Francia en utilizar sistemáticamente la sedimentación en su servicio de bacilares. Uno de sus alumnos, Desgeorges, en 1929, asentó en su tesis una estadística importante. Llegó a una conclusión particularmente elocuente: ¡la reacción de sedimentación había coincidido con la clínica en 98.5 por 100 de los casos! En 130 enfermos, solamente encontró dos en los que la marcha de la sedimentación estuviera en desacuerdo con la evolución clínica. Y aun esas dos observaciones merecen detenerse en ellas unos instantes. En el primer caso, se trataba de una mujer de 48 años, en la que la sedimentación permaneció, durante la evolución, entre 10 y 15 por ciento. Existía sin embargo lesiones muy extensas de un pronóstico fatal a breve plazo. Los brotes evolutivos habían sido numerosos y databan de la pubertad. La otra observación, mucho más común, concierne a un enfermo cuya sedimentación primero de 56, luego de 60 por 100, bajó a 16 por 100, cinco días antes de su muerte. Se trata ahí de un descenso paradójico pronóstico de la sedimentación, que no llama la atención a nadie en la actualidad. En lo que atañe a la primera observación, para la que esta explicación no es válida, podría invocarse la acción del bocio muy voluminoso que presentaba esta mujer. Taterka y Goldman han publicado, en efecto, un trabajo en el que establecen la conclusión de que existe, con bastante frecuencia, un descenso anormal de la velo-

cidad de sedimentación en las afecciones del cuerpo tiroideo.

La sedimentación sanguínea admite, pues modificaciones fisiológicas o patológicas que conviene conocer. Pero eso no es una razón para negar al método el interés pronóstico enorme que conserva en tuberculosis pulmonar. Podría también citarse la opinión del doctor Lelong, médico de los sanatorios del Sena, que resume admirablemente el pensamiento de Barbier y Piquet —cuyo trabajo no hacemos nosotros más que traducir libremente aquí—: "Es indiscutible que hay una relación constante entre mejoría clínica y descenso de la curva de sedimentación e inversamente. A veces hasta se ha visto a ésta preceder a una recaída, y llamar la atención antes de que los fenómenos evolutivos hayan podido provocar una modificación térmica y estacástica. Asimismo, la persistencia de una velocidad de sedimentación, exagerada, después de curación, debe hacer dudar de una evolución favorable, a pesar de la mejoría clínica".

A amplio espectro de acción extensa gama de preparaciones



QUEMICETINA

(cloramfenicol levógiro)

- Cápsulas de 0.25 g
- Jarabe para uso pediátrico (1 cucharadita = 0.125 g)
- Supositorios de 1 g - 0.50 g - 0.25 g - 0.125 g
- Ovalos vaginales de 0.50 - 0.25 g
- Solución otológica al 1 %
- Pomada dermatológica al 2 %
- Pomada pléptica al 1 %
- Pomada nasal compuesta
- Sucinato (hidrosucinato)

CARLO ERBA S.p.A.

Representante: RAMIRO SOLANO M.
Distribuye: ITALFA S. R. LIMITADA
SAN JOSE — TELEFONO: J. 5724 — APARTADO: 324

LABORATORIOS DEL NORTE DE ESPAÑA, S.A.

Especialidades Cusi

SIMBOLO DE GARANTIA

Miguel Franco Lenis

Apartado 1251 - SAN JOSE - Teléfono 1896
DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO:

PRODUCTOS FARMACEUTICOS 'LEDERLE'
PRODUCTOS FARMACEUTICOS 'SANDOZ'

Anunciados a la Profesión Médica Únicamente

Lo mejor para su bebe



4 variedades para satisfacer el apetito del niño! Pablum—el cereal precocido original para niños—fue ideado por especialistas de niños hace más de 22 años. Su doctor le dirá que Pablum es fácil de digerir, y que está enriquecido con vitaminas y minerales de gran importancia para el crecimiento del bebé durante sus tres primeros años. Pablum es también fácil de preparar: simplemente se mezcla con agua o leche, o con parte del contenido del biberón del niño.

Pablum—el cereal precocido original para niños—es elaborado únicamente por Mead Johnson & Co., Evansville, Ind., U.S.A.

Distribuidores para Costa Rica:
COSTA RICA DENTAL & MEDICAL SUPPLY Co.
Teléfonos: 1665 - 2683 - 6047 - Farmacia 1842 - 4877
SAN JOSE, COSTA RICA

(1). La Sedimentación Sanguínea. Jean Barbier et Gabriel Piquet.