



REUNION DE MEDICINA MILITAR EN ATENAS

ROBERTO GUTIERREZ A.

El Comité Internacional de Medicina y Farmacia Militares se reunió en la ciudad de Atenas del 12 al 22 de septiembre de 1961, con el objeto de tratar sobre la organización de la Oficina de Documentación Médico Militar.

Desde hace varios años, se ha creado la Oficina Internacional de Documentación de Medicina Militar, con el objeto de reunir todas las publicaciones sobre Medicina Militar y sobre aspectos médicos generales en medio militar.

Tuvimos la oportunidad de asistir a dicha reunión, como miembro del Comité Internacional de Medicina Militar y debido al interés que ha demostrado el Ministerio de Guerra para que Colombia no permanezca al margen de los adelantos, acuerdos, y reglamentación sobre Medicina Militar que desde hace varios años viene adelantando el Comité Internacional, a través de sus Congresos, reuniones, y publicaciones.

La asistencia a dicha reunión fue numerosa, y la atención, organización, y comodidades que brindó el Gobierno Griego a los asistentes, son dignos de exaltar y demostrar el reconocimiento.

Número de Delegados: 96.

Países integrantes: Grecia, Gran Bretaña, Francia, Bélgica, Italia, Yugo-

lavia, Japón, China Nacionalista, Turquía, Holanda, Suiza, Checoslovaquia, Austria, Alemania, Irak, Irán, Polonia, Israel, Rumania, Vietnam, República Árabe Unida, Filipinas, Colombia, Venezuela, Ghana, Camboya, Tailandia, Dinamarca, Suecia, Noruega, Luxemburgo, Portugal, Jordania, Brasil. Además de 12 organizaciones internacionales.

PROGRAMA

- 1º La Tuberculosis Pulmonar en las Fuerzas Armadas. Diagnóstico, Aptitud. Profilaxia. Tratamiento.
- 2º Entrenamiento del Cuerpo de Enfermería para tratar los pacientes en tiempo de guerra.
- 3º Formación y reclutamiento del Cuerpo de Enfermeros.
- 4º El Oficial de administración del Servicio de Sanidad Militar Francesa, desde el punto de vista militar, social, y humanitario.
- 5º Placa de identificación y grupos sanguíneos.
- 6º El estatuto de los servicios de Sanidad en los conflictos armados.
- 7º Temario para el XVII Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militares. (Caracas septiembre de 1962).

El Presidente del Comité Internacional de Medicina y Farmacia Militares

(C.I.M.P.M.) General Médico A. Ayodi (Irán) inauguró la reunión y el General Médico Korkolopoulos, Director del Servicio de Sanidad de Grecia, presidió todas las reuniones.

CONCLUSIONES SOBRE TUBERCULOSIS PULMONAR EN FUERZAS ARMADAS

Diagnóstico y tratamiento

Los países ponentes para este tema fueron:

Túnez por el Capitán Médico Larbi Azuz. Turquía por el Coronel Médico Fahir-Sanel. República de China por el cirujano Tte. Gral. Yang Wen-Tak. Holanda por el Coronel Médico B.J.W. Beunders. Francia por el Mayor Médico Chambatte. Grecia por el Teniente Coronel Médico Vuong-Auang-Truong. Bélgica por el Coronel Médico René Priest. Suiza por el Mayor Médico H.K. Reber. Yugoslavia por el Teniente Coronel Milan Antonovitch. Colombia por el Dr. Roberto Gutiérrez A.

Las conclusiones generales referentes al plan de lucha antituberculosa en el ejército se refieren a lo siguiente:

- 1º Examen anual con radioscopia y radiografía del personal de planta.
- 2º Examen con radioscopia y radiografía del personal de conscriptos antes y durante el servicio militar.
- 3º Aislamiento y tratamiento en Hospital Sanatorio del personal encontrado enfermo.

Con el primer examen se obtiene el diagnóstico precoz de toda lesión tuberculosa que se presente en el personal de planta.

El examen N° 2 tiene por objeto impedir el ingreso a los Cuarteles del Contingente con lesiones tuberculosas ignoradas.

Este examen impide por lo tanto el contagio entre conscriptos y el contagio de estos al personal de planta.

Con la medida tercera se obtiene la manera mejor de efectuar los tratamientos ordenados, disciplinados, y control médico, de R.X., y de laboratorio, para valorar el grado, permanencia, evolución y curabilidad.

Aptitud y secuela

Cuando después de un tratamiento se obtiene la recuperación del enfermo comprobada por más de una investigación seriada de Bacilo de Koch (no menos de 8 a 10 cultivos de contenido gástrico negativo) se estima que la persona está en condiciones de ser dada de alta para recuperar su actividad normal.

Puede encontrarse personal en el cual se obtiene una reabsorción completa por las lesiones, sin dejar manifestaciones radiográficas. Este personal se compara al que nunca ha presentado lesiones ya que en ellos la reactivación se produce muy raramente.

Personal que después del tratamiento ha quedado con algunas secuelas radiográficas. En este grupo se producen reacciones en una proporción baja que debe fluctuar aproximadamente del 3 ó 4%.

Como método de profilaxis son aconsejados los test de tuberculina y la vacunación B.C.G.

Tratamiento

El tratamiento se refiere al uso de las 3 drogas más comunmente empleadas (Isoniazida, Acido Paramino Salicílico, y Estreptomicina) las cuales deben suministrarse en forma prolongada no interrumpida y a dosis adecuadas.

Debe tenerse en cuenta el problema de la resistencia a los medicamentos.

Las conclusiones en términos gene-

rales pueden resumirse en los siguientes puntos:

1º—El problema fundamental de la lucha contra la tuberculosis es el diagnóstico y el tratamiento en el período inicial de la enfermedad, lo que no es posible sino con el empleo amplio de la abreugrafía.

2º—La Abreugrafía debe emplearse como examen periódico en las colecciones y como examen inmediato en los sujetos que presentan una sintomatología pulmonar.

3º—Los intervalos entre los exámenes periódicos, varían según las condiciones epidemiológicas particulares en cada población.

4º—La abreugrafía no ofrece ningún peligro y puede emplearse sin restricción.

5º—Cualquiera que sea la situación epidemiológica, económica, o social, el diagnóstico precoz por la abreugrafía constituye la base de la profilaxia de la tuberculosis.

PORVENIR DE LOS INDIVIDUOS TUBERCULOSOS APARENTEMENTE CURADOS

Conclusiones:

1º—El porvenir del individuo tuberculoso depende sobre todo de la precocidad, de la calidad, y de la duración del tratamiento inicial, la gran mayoría de los tuberculosos pulmonares tratados por la primera vez obtienen una curación definitiva con un riesgo mínimo de recaídas.

2º—El tratamiento comprende una cura de reposo durante la fase evolutiva de la enfermedad y la quimioterapia, con el empleo combinado de drogas eficaces administradas sin interrupción y durante largo período que varía de 18 a 24 meses.

La Isoniazida debe asociarse a otros medicamentos y cuando se emplea con la Estreptomina, esta deberá pres-

cribirse a la dosis de un gramo diario o interdiario durante varios meses, antes de adoptar la dosis mínima de 3 gramos por semana.

3º—En el curso del tratamiento se deberá tener en cuenta la resistencia a las drogas administradas y recurrir a una nueva combinación medicamentosa cuando se presente este fenómeno.

4º—La indicación de los tratamientos complementarios (Colapsoterapia, resecciones, etc.) serán discutidos en cada caso.

5º—El diagnóstico y la curación de la tuberculosis pulmonar será establecido por el estudio clínico y radiológico de la enfermedad y por la negatividad durante un tiempo apreciable de los cultivos de esputos y de jugo gástrico. Antes de decidir el diagnóstico de curación aparente, se exigirá un período de inactividad, que según las características de cada caso varía de 6, a 12, o más meses.

6º—La tuberculosis pulmonar compromete en muchos casos el estado físico, psíquico, profesional y social del enfermo; por lo tanto es necesario insistir en el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato bien realizado.

7º—El tuberculoso aparentemente curado, portador de secuelas radiológicas, podrá iniciar su actividad anterior o una nueva ocupación en relación con su capacidad de trabajo, y deberá someterse a un control médico periódico.

Conclusiones sobre la quimioprofilaxia antituberculosa

1º—La quimioprofilaxia o la quimioterapia preventiva con Isoniazida constituye un nuevo método que merece aplicarse para la prevención antituberculosa, al lado de la vacunación que continúa siendo el principal método de la profilaxia específica.

2º—La quimioprofilaxia debe apli-

carse a los individuos ya infectados tuberculino-positivos y solamente en condiciones especiales a los tuberculino-negativos. En casos particulares la quimioprofilaxia podrá asociarse a la vacunación antituberculosa.

3º—La quimioprofilaxia no deberá aplicarse sistemáticamente sino en forma selectiva a los niños de menos de 5 años que son tuberculino-positivos y a los escolares y adolescentes que viven en común con tuberculosos que pertenecen a familias tuberculosas.

4º—Entre los adultos su aplicación es más limitada teniendo importancia la quimioprofilaxia entre las personas silicóticas o sideróticas y también en otras condiciones patológicas que aumenten los riesgos de la enfermedad.

ENTRENAMIENTO DEL CUERPO DE ENFERMERIA PARA TRATAR LOS PACIENTES EN TIEMPO DE GUERRA

Las Fuerzas Armadas Británicas han instituido un método de entrenamiento para personal no profesional al cual suministra conocimientos básicos de enfermería y puede capacitar a un gran personal durante tiempo de guerra para vigilar y cuidar gran número de pacientes.

Este procedimiento permite reclutar personal con una relativa preparación general sin haber tenido conocimientos médicos previos y pueden prestar una ayuda de gran importancia efectiva. Posteriormente podrá hacer parte con entrenamientos posteriores del cuerpo de enfermeros.

El entrenamiento inicial dura 2 semanas. La instrucción se basa en el conocimiento del equipo necesario y su esterilización. Se seleccionan los instrumentos necesarios, se indica la manera de utilizarlos, manejarlos y se practican ensayos personales entre el

grupo que se va a preparar con la ayuda de los instructores médicos.

Los conocimientos generales que se suministra al grupo son los siguientes:

- a) Preparación de la ubicación o acomodación del personal.
- b) Usos de los instrumentos médicos.
- c) Recepción de pacientes.
- d) Esterilización.
- e) Cuidados generales de enfermería.
- f) Cuidados generales de la boca y manejo del vómito.
- g) Cuidados del enfermo inconsciente.
- h) Cuidados generales del paciente en la cama y recolección de eliminación urinaria.
- i) Inyecciones (incluyendo intravenosas).
- j) Perfusión intravenosa continua.
- k) Administración de oxígeno.
- l) Paso de sondas gástricas.
- m) Toma de presión arterial.
- n) Suministro de líquidos orales por sonda gástrica y sonda rectal.
- o) Cateterización.
- p) Cuidado del paciente en estado de Shock.
- q) Preparación y limpieza del campo operatorio.
- r) Cuidados en quemaduras.

El equipo asistente del médico cirujano con responsabilidad en los cuidados post-operatorios debe entrenarse en: Traqueotomía, Aspiración del Tórax, Punción lumbar.

El entrenamiento inicial se cumple rápidamente pero se perfecciona por la práctica regular, bajo la supervisión del médico y oficiales enfermeros.

FORMACION Y RECLUTAMIENTO DEL CUERPO DE ENFERMEROS

El General Cilleuls de Francia presentó la importancia que tiene la formación y el reclutamiento de los enfermeros militares y los problemas que se encuentran debido a los bajos salarios, a la lentitud en la promoción y el poco campo de acción al cual son sometidos en su trabajo, lo mismo que las condiciones de alojamiento y de vida.

Propone que los auxiliares enfermeros, después de un tiempo de servicio pueden llegar a ser ayudantes técnicos en muchas actividades de la Sanidad Militar y hospitalaria como son: operadores en radiografía, en fisioterapia, Asistentes de laboratorio, de Bacteriología, de Biología, de Farmacia, de Odontología, asistentes en Dietética, Operadores en Electroencefalografía, etc.

Es importante mejorar las condiciones de alojamiento y de vida para facilitar el reclutamiento de enfermeros y enfermeras graduadas.

Se propone también la importancia de escalar en el campo de suboficiales a los enfermeros que no hayan tenido instrucciones universitarias o enseñanzas en Escuelas de Enfermería y escalar en el campo de oficiales a las mujeres que han pasado por universidades o escuelas de enfermería y acrediten su título o grado correspondiente.

EL OFICIAL DE ADMINISTRACION DEL SERVICIO DE SANIDAD MILITAR FRANCESA, DESDE EL PUNTO DE VISTA MILITAR, SOCIAL, Y HUMANITARIO.

Este tema fue presentado por el Teniente Coronel G. Monteux, Médico (Francia).

Presenta la necesidad de obtener en

cada uno de los países la unidad en la organización del servicio médico militar.

Organización del servicio administrativo de la Sanidad y de los Hospitales Militares.

Obtener el título de oficial de administración o del servicio médico militar y reconocer la jerarquía correspondiente.

Ubicar a los oficiales de administración de Sanidad, a los enfermos y enfermeras militares en el servicio médico militar y bajo la exclusiva autoridad médica.

Reconocer el papel social y humanitario de los oficiales de administración del servicio médico militar.

Adaptación a la vida moderna y nueva concepción de los hospitales militares, los cuales deben llenar estos requisitos:

- a) Militarmente: Asegurar orden y disciplina.
- b) Técnicamente: Organización del servicio, coordinación y control.
- c) Desde el punto de vista humano: levantar la moral y las condiciones físicas del hombre para darle mayores posibilidades materiales y mejorar su condición humana.

El enfermo o el herido requiere un tratamiento y cuidado médico o quirúrgico el cual depende de los médicos, dentistas, del cuerpo de enfermeros, y además deben encontrar un ambiente agradable que les proporcione satisfacción en todas sus necesidades materiales. Además el hospital debe suministrar las distracciones o recreaciones necesarias, con el objeto de sustraer al paciente de sus preocupaciones y sufrimientos.

La función militar, social, y humanitaria, de los oficiales de administración del servicio médico militar se

cumple siguiendo las indicaciones y postulados de la Convención de Ginebra bajo los postulados del humanitarismo.

PLACA DE IDENTIFICACION Y GRUPOS SANGUINEOS

El Coronel Médico José María F. López de la Fuerza Aérea de Portugal hizo una relación de la discusión verificada en la XXII sesión del (C.I.M.P.M.) en Teherán en abril de 1960, y además propone algunas consideraciones:

- 1º El medio de identificación será una placa.
- 2º Propone el empleo de 2 placas o una placa simple divisible. Como las inscripciones son las mismas en las 2 mitades, una de ellas queda fija al cadáver y la otra se destina a los servicios de personal.
- 3º El material más aconsejado y resistente es el tipo "Argentan".
- 4º **La forma:** Elíptica u oval.
- 5º **Dimensiones:**
40 a 60 mm. (en su gran eje).
28 a 40 mm. (en su pequeño eje).
- 6º **Orificios:**
En cada una de las extremidades del gran eje hay un orificio en semicírculo, de 3,5 milímetros. El uno sirve para la fijación al cuello y el otro para el archivo.
- 7º **Suspensión:**
La placa se suspende al cuello por medio de una cadena de esferas en latón comercial cromado con una longitud de 60 centímetros.

8º **Inscripción:**

En la inscripción se encuentra la nacionalidad, la categoría por letra O. F. (Oficial). S. G. (Sargento). S. D. (Soldado). El número de matrícula el cual corresponde 1: Armada de Tierra. 2: Marina de Guerra. 3: Aeronáutica. El apellido y letras iniciales del nombre. El grupo sanguíneo por las letras O, A, B, AB, seguidas de los signos + o — según el factor Rh. positivo o negativo. Religión; con abreviaciones. La vacunación antitetánica se indicará por la letra T, seguida de 2 cifras correspondientes al año.

9º **Uso de la placa:**

Sería conveniente que cada militar usara la placa en tiempo de paz, con el objeto de acostumbrarse, y para evitar la fabricación de miles de placas cuando sea decretada la movilización o declarada la guerra.

EL ESTATUTO DE LOS SERVICIOS DE SANIDAD EN LOS CONFLICTOS ARMADOS

El Coronel Médico Jovica Patrnoic de Yugoslavia, presentó un resumen de las necesidades de obtener un estatuto internacional de los servicios médicos en casos de conflictos armados contemporáneos.

Hace alusión de que la Convención de Ginebra en Agosto de 1949 para la protección de las víctimas de guerra, representa un notable adelanto en el campo de los derechos humanos, pero que debido a las nuevas situaciones, modalidades de los conflictos regionales e internacionales se hace necesario aclarar y establecer mayores

protecciones, condiciones, y respetos para los numerosos heridos y refugiados pues se ha demostrado que los convenios actuales, no son suficientes.

El personal médico no ofrece una suficiente protección a las víctimas de tales conflictos, debido a que el mismo personal médico está privado de la protección y el respeto debidos. Frecuentemente son expuestos a la venganza por el hecho de haber socorrido y tratado las víctimas de esos conflictos, sin distinción de las partes a las cuales las víctimas pertenecen. Por este aspecto es importante regular un estatuto de protección al personal médico, que garantice la práctica efectiva de la medicina y contribuya a la protección de las víctimas. El mismo problema existe en el servicio médico civil. La regulación de las leyes internacionales aún conservan su aspecto clásico con distinción entre los servicios médicos militares y civiles, lo cual no debe prolongarse por más tiempo y la protección debe garantizarse en forma igual y absoluta para ambos servicios.

TEMARIO PARA EL XVII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA Y FARMACIA MILITARES (Caracas, Septiembre de 1962).

- 1º Anestesia en Fuerzas Armadas en tiempo de guerra.
Países ponentes: Rumania, Suiza.
- 2º Organización e integración de los Médicos militares y civiles en tiempo de guerra.
Países ponentes: Francia, Paquistán.
- 3º Tratamiento de urgencia de las quemaduras en campaña.
Países ponentes: Polonia, México.
- 4º Estandarización de los métodos y del material para el tratamiento de urgencia de las fracturas maxilo-faciales en cirugía de guerra.
Países ponentes: Argentina, Irán.
- 5º Elaboración definitiva del formulario farmacéutico.
Países ponentes: Marruecos, Turquía.
- 6º Organización de la estructura administrativa de los hospitales militares.
Países ponentes: Italia, Japón.