

VOLUMEN III

NUMERO 4

OCTUBRE - DICIEMBRE DE 1965

REVISTA ECUATORIANA DE

Medicina y Ciencias Biológicas

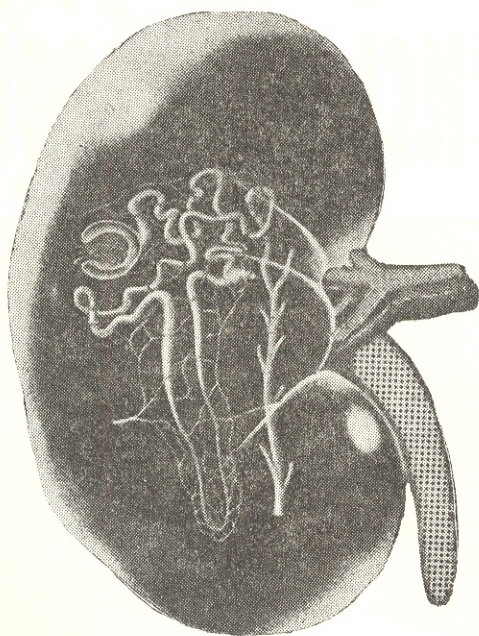
CASA DE LA CULTURA ECUATORIANA

Edecrin*

(ácido etacrínico MSD)

EXTIENDE EL CONTROL DEL EDEMA, EN TODOS LOS GRADOS DE SEVERIDAD, MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA TERAPEUTICA DIURETICA CONVENCIONAL

Potente diurético no sulfonamídico, efectivo por vía oral, químicamente distinto de cualquier otro en esta categoría terapéutica.



□ *Más rápida respuesta — Más Corta Duración de Acción — Diuresis Conveniente*

La diuresis se presenta rápidamente: se inicia en 30 minutos; efecto máximo, 2 horas; duración 6 a 8 horas. La rapidez y relativamente corta duración de la acción permiten regular la diuresis de acuerdo con las conveniencias del paciente, sin interrumpir la rutina diaria o el reposo nocturno.

□ *Efectividad Insuperada*

Mayor respuesta diurética que la que puede obtenerse con dosis máximas de tiazidas. Ayuda a lograr rápidamente un peso seco y a mantener un estado libre de edema.

□ *Diuresis Salvavidas*

La gran rapidez de acción de EDECRIN (aproximadamente 4 veces más rápida que la de los mercuriales parenterales) ha salvado la vida de muchos pacientes para quienes la rapidez y magnitud de la diuresis eran esenciales para sobrevivir.

Un importante avance en la terapéutica diurética —que va más allá de las tiazidas— logrado por Merck Sharp & Dohme, descubridores de la clorotiazida.

PRESENTACION:

Tabletas blancas de 50 mg., en frascos con 25 y 100.

NOTA: Información detallada a solicitud del médico.



MERCK SHARP & DOHME INTERNATIONAL
Division of Merck & Co., Inc.
100 Church Street, New York 7, N.Y., U.S.A.

Donde la teoría de hoy es la terapéutica de mañana.

*Marca registrada por Merck & Co., Inc., N.J., U.S.A.

CONTENIDO

Editorial:

La situación hospitalaria en el Ecuador	197
---	-----

Investigaciones básicas:

Antihistamínicos y embarazo. II. Toxicidad selectiva en el feto.— <i>Dra. Enriqueta de Naranjo y Dr. Plutarco Naranjo</i>	199
---	-----

Medicina y Cirugía:

Neuroleptoanalgesia. Observaciones sobre 100 pacientes.— <i>Dr. Oswaldo Morán</i>	206
Tratamiento con cloroquina de la hepatitis a virus en la infancia.— <i>Drs. Armando Pareja Coronel, Manuel I. Gómez Lince, Jorge Amador Ycaza y Edgar Alvarez Chávez</i>	213
Los parásitos y las parasitosis en el Archipiélago de Colón (Galápagos). <i>Dr. Luis A. León</i>	220

Temas de revisión:

Estado actual de la Asistencia hospitalaria en el Ecuador.— <i>Dr. Carlos Rosero S.</i>	228
---	-----

Comunicaciones cortas:

Un estudio de correlación entre niveles de hemoglobina y hematócrito. <i>Dr. Rafael Enderica Vélez</i>	250
---	-----

Crónicas y noticias:

II Congreso Sudamericano de Cardiología	253
VI Congreso Médico Nacional	254
II Congreso Latinoamericano de Farmacología	255



Vesparax

Somnífero, tranquilizante

COMPOSICION:

Comprimidos:

Alilmetilbutilbarbiturato de sodio	75 mg.
Alilbromalilbarbiturato de sodio	25 "
Atarax	25 "
Excipiente	c.s.p. 1 comprimido

Supositorios:

Acido alilmetilbutilbartitúrico	75 mg.
Acido alilbromalilbarbitúrico	25 "
Atarax	25 "
Excipiente	c.s.p. 1 supositorio

VESPARAX asocia en su fórmula las poderosas propiedades hipnógenas de dos barbitúricos el poder tranquilizante y altamente específico del Atarax, y el sueño que provoca se aproxima de un modo perfecto al sueño natural.

VESPARAX facilita el reposo completo a la vez físico y psíquico. No se presenta sensación de pesadez o de lasitud al despertar.

PRESENTACION:

Caja de 3 supositorios
Tubo de 10 comprimidos



Producto de
UNION CHEMIQUE BELGE, S.A.
División Farmacéutica
BRUSELAS — BELGICA



Elaborado por **LABORATORIOS "LIFE"**
QUITO — ECUADOR

REVISTA ECUATORIANA DE MEDICINA Y CIENCIAS BIOLÓGICAS

PUBLICACION OFICIAL DE LAS SECCIONES CIENTÍFICAS DE LA
CASA DE LA CULTURA ECUATORIANA

CONSEJO EDITORIAL

Director: PLUTARCO NARANJO

Editor asociado: Dr. RUPERTO ESCALERAS

Apartado 2339

QUITO

G. ABAD, Guayaquil

E. ALCIVAR ELIZALDE, Guayaquil

J. ALVAREZ CRESPO, Guayaquil

C. ANDRADE MARIN, Quito

L. ARCOS, Quito

V. BARRERA, Cuenca

A. BONILLA, Quito

A. CEVALLOS, Portoviejo

L. CORDERO, Cuenca

A. CUEVA TAMARIZ, Cuenca

J. ENDARA, Quito

R. FIERRO, Quito

R. GILBERT, Guayaquil

L. LEON, Quito

J. MONTALVAN, Guayaquil

A. MUGGIA, Quito

J. E. PAREDES, Quito

V. PAREDES BORJA, Quito

A. PAREJA CORONEL, Guayaquil

J. RODRIGUEZ M., Guayaquil

M. SALVADOR, Quito

J. TANCA MARENGO, Guayaquil

J. TORAL, Cuenca

J. VARAS SAMANIEGO, Guayaquil

SUSCRIPCIONES:

Por un año (4 números): En el país S/. 20,00

En el exterior US 2.00 dólares

Acéptase canje con revistas similares.

Casa de la Cultura Ecuatoriana

Quito, Ecuador

RECOMENDACIONES PARA LOS AUTORES

Se recomienda, en primer lugar, revisar esta revista, en varios de sus números, a fin de familiarizarse con su estilo y modalidades.

PREPARACION DEL MANUSCRITO.—

El artículo o trabajo debe ser lo más conciso posible; no obstante, debe contener una información por sí misma suficiente sobre los métodos o técnicas empleados y los resultados obtenidos.

Los artículos deben ser escritos en un estilo sobrio, evitando la verbosidad y perífrasis, así como palabras o frases de sentido impreciso.

Por regla general, el original debe estar dividido en las siguientes secciones:

1) **Introducción**, que debe contener los antecedentes y objetivos de la investigación. Extensión 10 a 20% del total del texto.

2) **Materiales y métodos**, sección llamada también "procedimiento", "parte experimental", "método experimental", etc., debe contener el procedimiento o diseño experimental, las técnicas y materiales empleados, y, en caso de trabajos clínicos, los pacientes o grupos de pacientes y sus características, antes del tratamiento o experimentación. Extensión, 10 a 30%.

3) **Resultados**, conteniendo los datos objetivos de la investigación, de preferencia acompañados de: tablas, diagramas, fotografías, etc., sin comentarios ni hipótesis explicativas. En caso de historias clínicas, no es indispensable una descripción detallada de cada paciente. Los resultados cuantitativos deben someterse, en lo posible, a análisis estadístico. Extensión, 30 a 40%.

4) **Discusión**, conteniendo hipótesis o teorías explicativas, comentarios, comparaciones con resultados de otros autores, etc. Esta sección puede no ser necesaria. Extensión, 10 a 30%.

5) **Conclusiones y/o resumen**, si la índole del trabajo, permite obtener conclusiones, deberán presentarse éstas numeradas sucesivamente.

De no ser posible lo anterior, debe hacerse un resumen del trabajo, por sí solo suficientemente claro y explicativo y conteniendo lo esencial de los resultados. Se preferirá un resumen relativamente extenso, de 10 a 20% de la extensión total, el mismo que será tra-

ducido al inglés. Si el autor puede enviar también la traducción al inglés, sería preferible.

6) **Referencias bibliográficas**, deben ir numeradas, sucesivamente, de acuerdo a su presentación o cita en el texto. En el texto la cita bibliográfica puede hacerse con el nombre del autor y el número o solamente éste. La forma y puntuación de las citas bibliográficas serán las adoptadas por el Journal of the American Medical Association. El nombre de la revista citada se abreviará de acuerdo al Index Medicus o al Chemical Abstracts. A continuación se indican ejemplos:

1. RODRIGUEZ, J. D.: Nuevos datos sobre la enfermedad de chagas en Guayaquil 1959-1961, Rev. Ecuat. Hig. Med. Trop. 18: 49, 1961.
2. MAKOWSKI, E. L., McKELVEY, J. L., FLIGHT, G. W., STENTROM, K. W., and MOSSER, D. G.: Irradiation therapy of carcinoma of the cervix. J. A. M. A. 182: 637, 1962.
3. LITTER, M.: Farmacología. 2ª ed., El Ateneo, Buenos Aires, 1961.

La extensión total del artículo no debe exceder de 20 páginas, escritas a máquina, a doble renglón (aproximadamente 6.000 palabras).

PREPARACION DE LAS ILUSTRACIONES.—

Las ilustraciones se dividen en: tablas y figuras.

Tablas.—Contienen datos numéricos. Deben ser numeradas con números romanos y contener no más de 6 columnas. Cada tabla debe presentarse en una hoja aparte.

Figuras.—Bajo esta denominación genérica se engloban: diagramas, esquemas gráficos, fotografías, radiografías, etc. Se enumeran con números arábigos. No deben incluirse en el manuscrito, sino adjuntarse a él, pero indicando en el manuscrito el sitio aproximado de su ubicación. La leyenda que acompaña a las figuras debe presentarse en hojas a parte.

Los diagramas o dibujos deberán presentarse en cartulina y a tinta china; de no ser posible, pueden enviarse en borrador, a lápiz.

Medicina y Ciencias Biológicas

AÑO III

Octubre-Diciembre

Nº 4

EDITORIAL

LA SITUACION HOSPITALARIA EN EL ECUADOR

Desde que el Hospital de la Misericordia de San Juan de Dios, abriera sus puertas, hace más de 400 años, hasta nuestros días, la mayoría de los hospitales, en el Ecuador, se han fundado como instituciones caritativas, para dar atención a los menesterosos. Desde hace muchos años existen también algunos pequeños hospitales privados, denominados "Clínicas", que prestan atención a los pacientes que pueden pagar el costo de dicha atención. El ejército, mantiene sus servicios hospitalarios, pero restringidos a casi solamente las dos principales ciudades del país, Quito y Guayaquil. Finalmente, en las dos últimas décadas, el Seguro Social ha organizado sus servicios hospitalarios en la mayoría de las cabeceras provinciales.

De acuerdo a un estudio que se publica en otra sección de esta Revista, en el Ecuador, hay en servicio un total de 11.200 camas hospitalarias, es decir 2,5 camas por cada 1.000 habitantes. Si se considera la proporción de otros países, como Estados Unidos, Inglaterra, etc., en donde existen más de 5 camas por cada 1.000 habitantes, salta de inmediato a la vista, el déficit de camas hospitalarias que existe en el país. Pero la situación es más grave aún si en vez de considerarse el promedio general de todo el Ecuador, se examina la distribución del número real de camas en las diferentes zonas del mismo. La gran mayoría de camas se encuentran ubicadas en los principales centros urbanos y particularmente en Quito y Guayaquil, donde existe una proporción de 4 camas por cada 1.000 habitantes. En cambio, en las poblaciones pequeñas y en particular en las zonas rurales, la proporción es de menos de una cama por cada 1.000 habitantes, lo que demuestra el abandono en el que se mantiene a la población rural.

No existe en el Ecuador un organismo que gobierne y supervigile la marcha de los servicios hospitalarios. Tampoco existe un plan de desarrollo hospitalario, que contemple las necesidades y conveniencias de cada una de las

zonas del país. El desarrollo hospitalario es lento, irregular y si se quiere, caótico. Cualquiera institución, si tiene capacidad económica, puede crear un hospital con el número de camas que a bien tenga y dedicado a la labor, específica que dicha institución le asigne: hospital general, hospital de especializaciones o de sólo una determinada especialización, etc. No existe un código que establezca condiciones mínimas para organización y funcionamiento de un hospital público o privado ni se aplican normas semejantes en el funcionamiento de todas estas instituciones.

El Seguro Social Ecuatoriano ha emprendido en un amplio plan de construcciones de nuevos hospitales, estando próximos a funcionar los de Quito, Guayaquil, Cuenca y Riobamba, cuya capacidad máxima será de 1.350 camas; se ha iniciado la construcción del hospital de El Puyo y pronto iniciará la construcción de otros hospitales como el de Machala. Si bien es cierto que el funcionamiento de estos nuevos hospitales significará, una mayor proporción de camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, la realidad es más bien un espejismo. Estas nuevas camas están dedicadas, casi exclusivamente, a atender a los afiliados al Seguro Social, los mismos que no alcanzan al 5% del total de la población. Por consiguiente, el déficit hospitalario para el resto del país, continuará, aproximadamente, en el mismo nivel anterior.

Dentro de la concepción moderna de las funciones que debe cumplir un hospital se encuentran: la curativa o asistencial, la preventiva, la docente, la educativa y la de investigación científica. En nuestra anárquica práctica de la medicina, los hospitales, todos cumplen con la primera función, es decir la asistencial. La función preventiva se la ha separado artificiosamente y se ha puesto en manos de diferentes instituciones, unas dependientes del Gobierno directamente, otras de los Municipios y otras aun de instituciones de carácter privado. En las tres ciudades universitarias, uno o más hospitales dan ciertas facilidades para la actividad docente, pero ninguno de los hospitales puede considerarse realmente como hospital docente. Las funciones educativas y de investigación, son casi desconocidas en nuestros hospitales.

La situación hospitalaria, es una muestra más de algo que hemos comentado en otros editoriales de esta Revista. El inconcebible desorden existente entre nuestras instituciones médicas. A falta de un organismo superior que planifique, norme y coordine la atención médica, hay innecesaria duplicación en muchos servicios, confusión en los objetivos de cada una de las instituciones médicas, distribución irregular y antitécnica de la atención médica, en fin, falta de un plan orgánico que permita un crecimiento racional y armónico.

El análisis de la situación hospitalaria, al igual que el de otros aspectos de carácter médico, llevan siempre a una misma conclusión: la impostergable necesidad de que en el Ecuador se cree el Ministerio de Salud Pública.