



MISIONES DE PAZ

Parte 1



PATOLOGIAS MEDICO-ODONTOLOGICAS MAS FRECUENTES EN AREA DE MISION

Mayor (O) Myriam Fungi
Eq.Tte.1º (M) Nora Bonetti

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es trasladar una experiencia asistencial de un Nivel I de Asistencia en Área de Misión.

Las patologías medico odontológicas mas frecuentes. Destacar la importancia de la Patología Aguda teniendo en cuenta las características de la población asistida.

Jerarquizar la importancia de las medidas profilácticas y la educación continua en esta área. Destacar la importancia de la depresión dentro de las patologías médicas y su impacto sico-emocional sobre la población así como las dificultades médicas en su manejo.

Jerarquizar la importancia del trabajo en equipo dentro de la Unidad Médica resaltando que la actividad asistencial es uno de los tres pilares básicos, que se completan con las tareas de Economato y Estadísticas en igualdad de importancia.

PALABRAS CLAVE:

Unidad Médica (UM)
Controles Sanitarios
Profilaxis
Educación
Aspectos sico-emocionales
Patologías médicas y odontológicas.
Monuc-ONU
República Democrática del Congo

SUMMARY

The objective of this paper is to describe the health care experience, at a Level I facility in a mission area: the most frequent medico-dental pathologies.

The significance of the Acute Pathology is stressed, keeping in mind the characteristics of the population attended.

The importance of prophylactic measures is also stressed, as well as a continuous education in this area.

It is emphasized the importance of team work within the Medical Unit, and it is underlined the fact that the health care activity is one of the three basic columns, where the other two, tasks of store administration and statistics are equally important.

PALABRAS CLAVE:

Medical Unit (MU)
Health Controls
Prophilaxis
Education
Psycho-emotional Aspects
Medical and Dental Pathologies
MONUC-UN
Democratic Republic of Congo

Unidad Médica (UM)-Controles Sanitarios-Profilaxis-Educación-Asp

INTRODUCCION

Los Niveles de atención están definidos por Naciones Unidas en I, II y III.

El Nivel I resuelve atención primaria. Los contingentes Militares participan con niveles I o medio nivel I, dependiendo del número de efectivos de la base.

El Nivel II corresponde a Hospitales contratados por ONU, constituyen el segundo nivel de complejidad, resuelven patología médica que requiera internación y exámenes complementarios, patología quirúrgica abarcando cirugía general y traumatológica.

El Nivel III para pacientes críticos corresponde a Hospitales locales que puedan brindar atención terciaria como Centro de Cuidados Intensivos (CTI) o intermedio, en caso de la RDC Kinshasa (capital) o Pretoria, Sudáfrica.

Al nivel I le corresponde la atención de los efectivos permanentes o en tránsito de la base.

Presentamos una experiencia de trabajo correspondiente a la Unidad Médica de Kisangani República Democrática del Congo año 2003-2004.

La Unidad Médica constituye un medio nivel uno esto significa en términos de personal a cargo:

- 1- un médico.
- 2- un odontólogo
- 3- tres enfermeros
- 4- un asistente odontológico.

El período de observación médica comprende de julio 2003 a abril del 2004 y odontológica de octubre 2003 a julio 2004.

Durante estos 10 meses la población asistida fue variable.

Los cambios en la población son debidos a rotaciones con llegada de nuevos efectivos y retorno de otros, y a desplazamientos operativos entre las distintas bases uruguayas.

La población asistida durante este período y analizada corresponde al Contingente Uruguayo

correspondiente al Comando Batallón y a la Compañía de Ingenieros en Kisangani.

También se brindó asistencia a Personal Civil y Militar de Monuc cuando lo requirieron.

MATERIAL Y METODOS

Se traslada la experiencia de 10 meses de trabajo de la Unidad médica de Kisangani, RDC, constituyendo medio nivel uno. El Trabajo se desarrolló en equipo con todos los integrantes de la Unidad. Una vez recuperada el área física se procedió a acondicionar el stock sanitario existente. Se recuperó el stock sanitario vigente, se descartó en la forma adecuada, establecida por las normas del Ministerio de Salud Pública, el que estaba en malas condiciones por la temperatura ambiente en la que se encontraba, así como por el acceso a roedores. Se elaboró un espacio acondicionando un container con aire acondicionado para guardar todo el material y una farmacia dentro del área de la UM. Se establecieron pautas para llevar adelante un control de gastos y mantener al día el stock

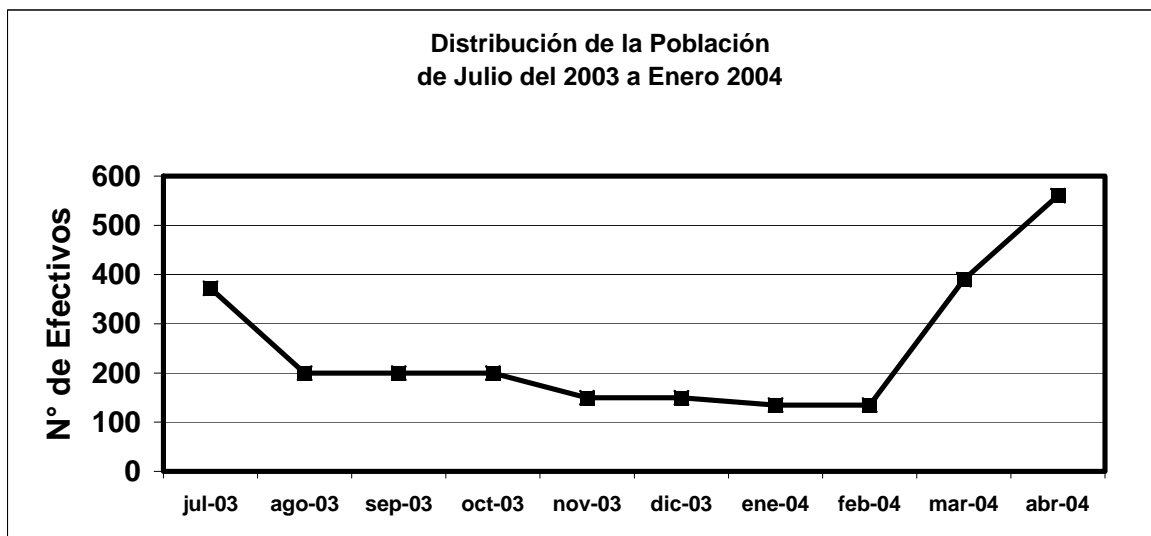
Se realizaron promedios de medicación empleada para elevar necesidades para los siguientes meses de trabajo siguiendo un criterio racional para evitar gastos innecesarios, se utilizó la medicación más próxima al vencimiento buscando optimizar el rendimiento. Se estandarizaron normas de higiene se procedió a asignar responsabilidades a cada integrante del equipo. Se informatizó la información médica a los efectos de tener un control estadístico de las patologías observadas. Se establecieron criterios sanitarios en el área de prevención métodos de barrera y profilaxis.

Distribución de la Población

El número de efectivos promedio mensual fue de 250. Desde Julio del 2003 se inició el registro informatizado de la Unidad Médica.

Se procedió a ingresar cada efectivo en una Historia Clínica, esto permitió poder definir características de la población asistida.

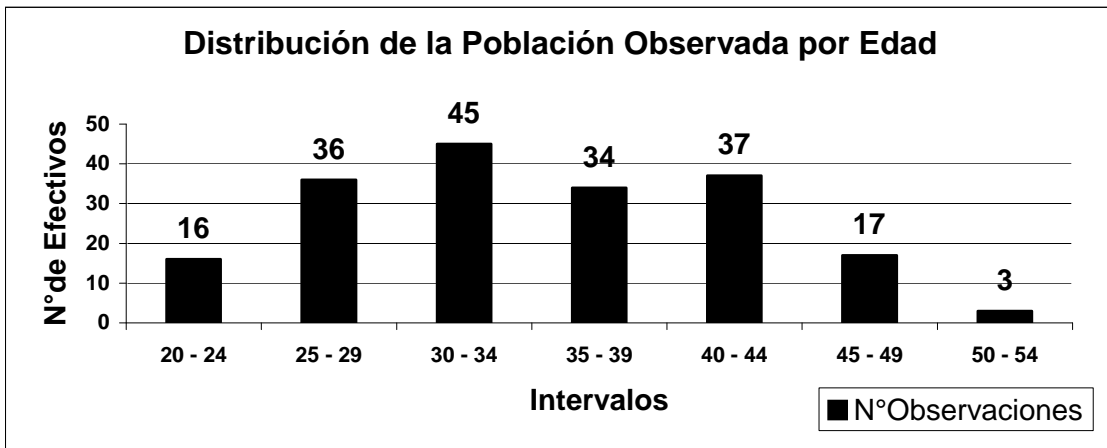
La edad promedio de la población es de 35 años (corte realizado en noviembre 2003).



Distribución por Edad

El mayor N° de efectivos se observa en el intervalo de 30 a 34 años con 45 observaciones.

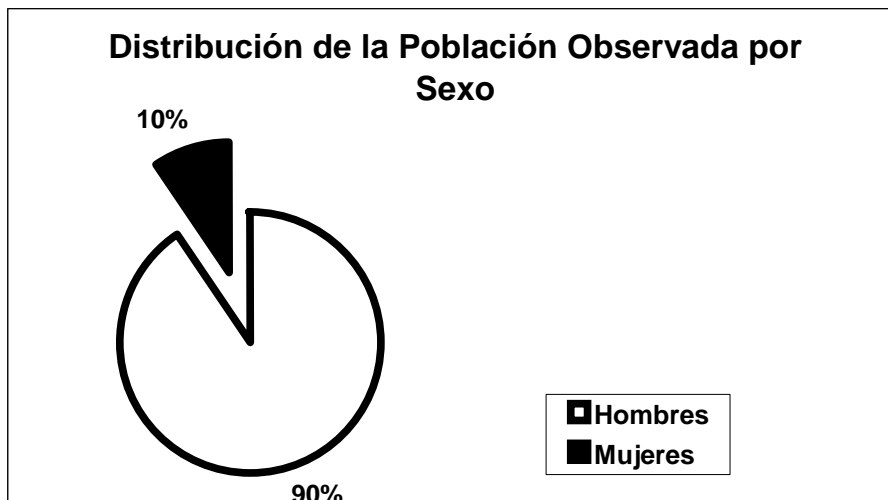
Intervalos Etarios	N° de Observaciones	Promedio aritmético
20 - 24	16	22,6
25 - 29	36	27,4
30 - 34	45	32,6
35 - 39	34	35,8
40 - 44	37	42,9
45 - 49	17	46,4
50 - 54	3	51,6
Total	188	Edad promedio 35



Distribución por sexo

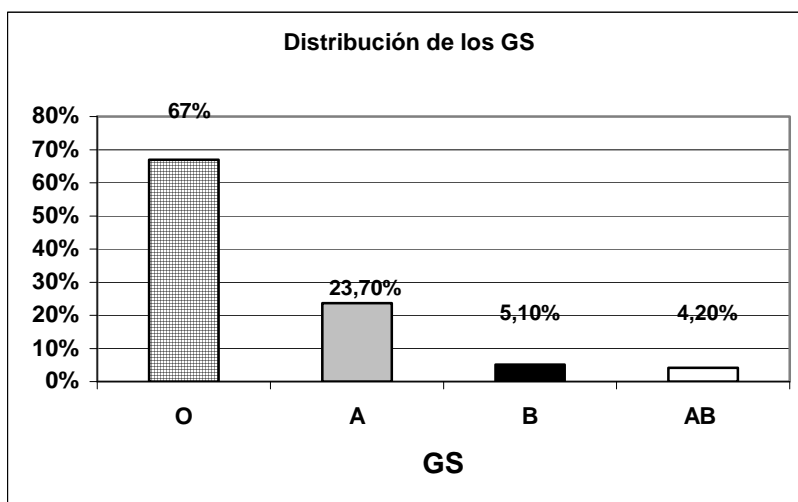
La relación de hombres/mujeres es la siguiente

Sexo	N° de Observaciones	Porcentaje
Hombres	170	90,50%
Mujeres	18	9,50%



Distribución de Grupos Sanguíneos

Grupo Sanguíneo		
O	67%	65
A	23,70%	23
B	5,10%	5
AB	4,20%	4
Total		97



a) PATOLOGÍAS MEDICAS

Las Patologías Médicas observadas se clasificaron en tres categorías:

- 1) Enfermedades Infecciosas.
- 2) Enfermedades no Infecciosas.
- 3) Patología Traumática.

1) De la Patología Infecciosa la frecuencia más alta corresponde:

- a) Gastroenterocolitis agudas
- b) Infecciones de Piel (fundamentalmente Impétigos y micosis)
- c) Malaria.

2) Dentro de las Enfermedades no Infecciosas:

- a) Neurológicas: cefaleas
- b) Gastrointestinales: Gastritis
- c) Alérgicas: sobretodo alergias cutáneas y del Aparato -respiratorio rinitis y broncoespasmo.

Los datos se presentan en forma porcentual con respecto a la población del mes considerado.

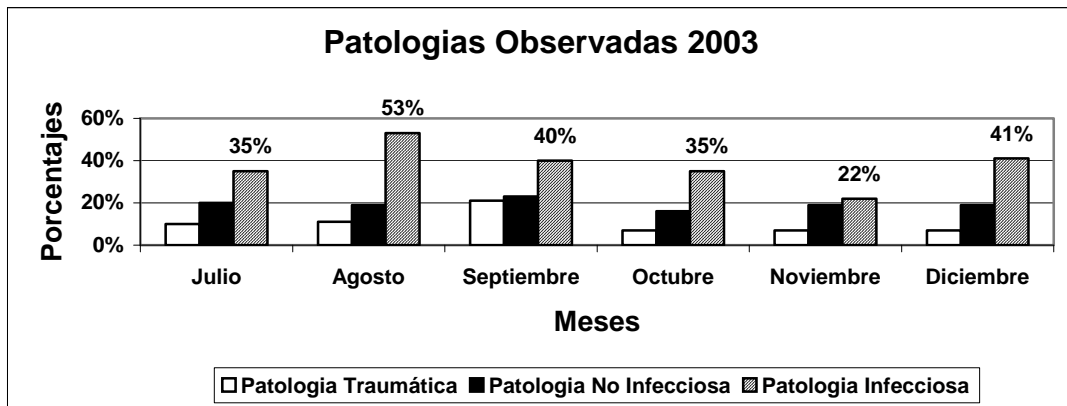
3) Dentro de la Patología Traumática las lesiones más frecuentes fueron:

- a) Esguinces
- b) Luxaciones
- c) fracturas
- d) heridas cortantes vinculadas a prácticas deportivas o actividades laborales.

Durante todo el período no se observaron traumatismos vinculados a armas de fuego.

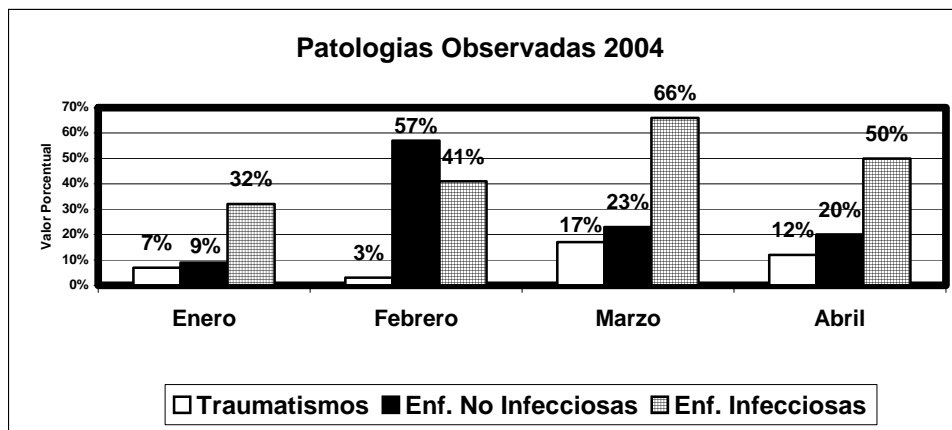
Este criterio de clasificación se adoptó siguiendo el informe estadístico mensual empleado por Naciones Unidas.

Meses 2003	Patología Traumática	Enfermedades No Infecciosas	Enfermedades Infecciosas
Julio	10%	20%	35%
Agosto	11%	19%	53%
Septiembre	21%	23%	40%
Octubre	7%	16%	35%
Noviembre	7%	19%	22%
Diciembre	7%	19%	41%



Registros correspondientes al año 2004.

2004	Traumatismos	Enfermedades No Infecciosas	Enfermedades Infecciosas
Enero	7%	9%	32%
Febrero	3%	57%	41%
Marzo	17%	23%	66%
Abril	12%	20%	50%



El 53% observado en Agosto del 2003 se debió a epidemia de conjuntivitis que afectó a toda la Población de Kisangani.

En ese mes se denunció el problema a las autoridades médicas locales y se establecieron pautas para su control así como también se definió un criterio para su tratamiento.

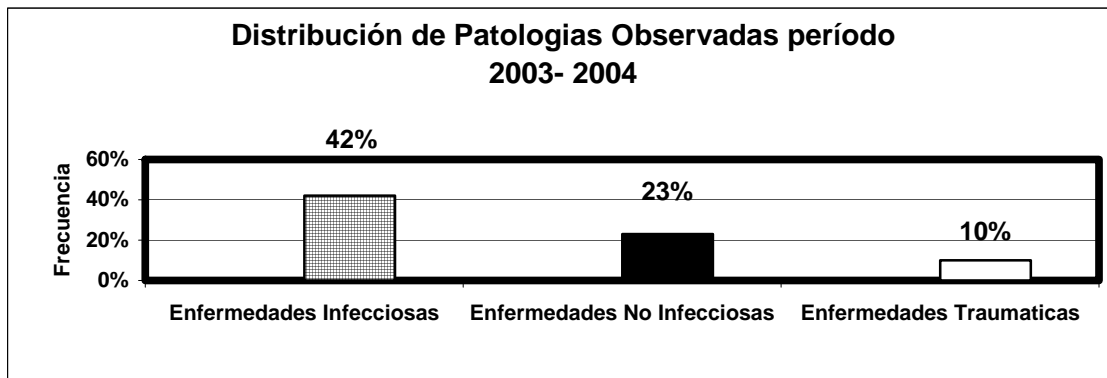
En el caso de nuestra base se tomaron medidas de aislamiento y de higiene de ropa de cama recordando que constituimos una comunidad semicerrada donde el control de la patología infecciosa es más dificultoso.

Los resultados fueron satisfactorios lográndose un control de la epidemia en el lapso de 15 días.

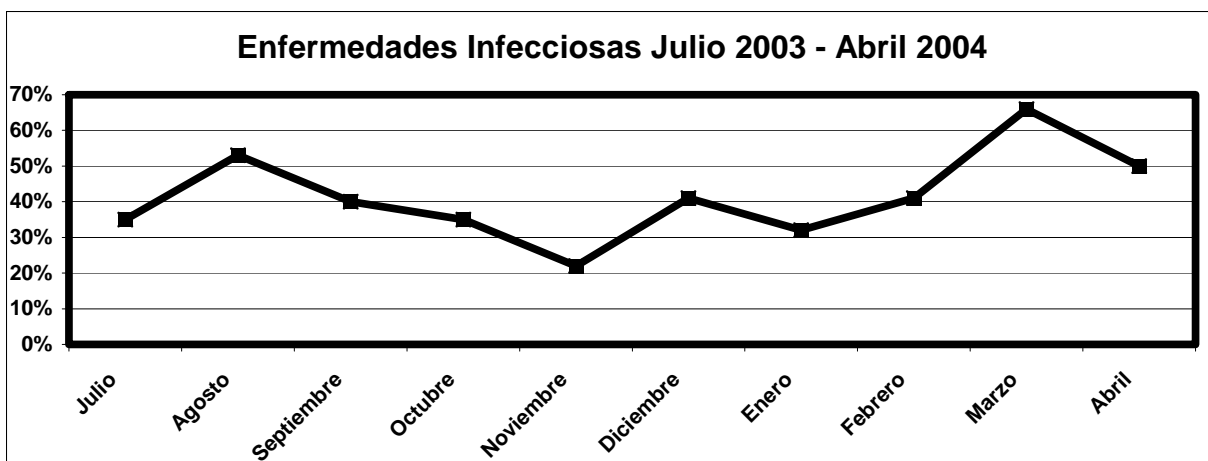
En marzo del 2004 la frecuencia de patología infecciosa de 66% se debió a un aumento de las infecciones respiratorias que constituyeron un 13.3% de la población general y con respecto a la patología infecciosa de ese mes un 20.2%.

También en este caso las infecciones respiratorias afectaron a toda la población de Kisangani, siendo una infección comunitaria como lo fue la conjuntivitis.

Consideradas globalmente la distribución porcentual promedio registrada es la siguiente:



Se destaca que durante todo el periodo de observación la patología que permaneció con mayor incidencia es la Infecciosa con un 42%.



Con respecto a la patología traumática el pico observado en setiembre no corresponde a un aumento real. En ese momento el nivel II de atención estaba en Kisangani, por lo que muchos pacientes de otras bases sobretodo Bunia enviaba a los pacientes a Kisangani para control radiológico y traumatológico.

Dado que la Gastroenterocolitis aguda inespecífica fue la infección más frecuente y teniendo en cuenta que la población asistida constituye una población semicerrada, se procedió a buscar distintas medidas profilácticas que permitieran disminuir su frecuencia y controlar el problema sanitario mas importante.

Controles sanitarios considerados:

A) Alimentos y personal vinculado a la cadena de los mismos.

1-Se puso especial énfasis en las medidas de higiene del personal y los lugares destinados a procesar los alimentos.

En esta base toda la alimentación se procesaba en la misma cocina.

Se establecieron pautas de higiene diarias.

Se procedió a inspeccionar lavado de vajilla agua empleada jerarquizando importancia en le lavado por arrastre.

2-Se inspeccionó forma de almacenamiento de alimentos secos.

3-Se procedió a construir mueble cerrado para almacenar este tipo de alimentos evitando el contacto con roedores.

4-Se controló temperaturas de container de frío para carnes y verduras asegurándose el control diario de los mismos mediante planilla de trabajo.

5-Con respecto al personal vinculado a la cadena de alimentación y teniendo en cuenta que los coproparasitarios establecidos cada dos meses llevaban demasiado tiempo en obtener los resultados se decidió proceder a la desparasitación sistemática de todo el personal cada dos meses. Esta resolución

se adoptó dada la dificultad práctica de obtener todos los controles periódicos así como la ausencia de efectos colaterales con la medicación empleada.

Reservando el coproparasitario para la persona que presentase algún síntoma.

Dado que la realización de coproparasitarios implica disponer de un Nivel II de atención (Hospital) y a partir de Noviembre el Nivel II disponible en – Kisangani- se desplegó a Bunia se decidió:

En los casos que los pacientes presenten síntomas se le realiza tratamiento empírico de los mismos ya que no se cuenta con recursos técnicos en Kisangani para realizar el coproparasitario correspondiente y los mismos pasan a E.T.S. (eximidos de todo servicio) hasta su total recuperación. De persistir la sintomatología se evacua al paciente al Nivel II disponible para realizar los exámenes correspondientes.

6-Se insistió en la importancia de lavados de manos durante la manipulación de alimentos.

7-También se explicó al personal la importancia de mantener la cadena de frío disminuyendo los tiempos de exposición a temperatura ambiente de alimentos frescos procesados.

8-Se insistió sobre la importancia de elaborar solo la cantidad de alimentos necesaria para evitar la reutilización de los mismos una vez descongelados y procesados.

B) Controles de Agua:

1-La limpieza de tanques de agua se realiza cada 3 meses y la misma implica la utilización de hipoclorito de Sodio concentrado. El lavado de tanques lo realiza personal de la base.

2-Los camiones cisterna transportan agua clorada desde la UPA, hasta un máximo de 1.5 de Cl libre.

3-Se decidió no continuar con los análisis de turbidez y cloro ya que ellos se efectúan rutinariamente en la UPA. Dado que la manguera de conexión del camión a los bladders inevitablemente se contamina, esto significa que un test normal, repetido a los pocos

días, es inevitable que de positivo, evidenciando contaminación por lo que se decidió: limpieza de bladders con cepillo y enjuague por arrastre una vez por mes.

4-El agua de UPA se encontraba en condiciones aceptables por la normativa vigente, las cañerías estaban contaminadas, dado que el agua de Kisangani, se utilizaba solamente para duchas (lavado por arrastre) y baños, no se consideró que pudiera afectar a la población del destacamento.

Por otra parte es muy discutible desde el punto de vista técnico la efectividad de las cloraciones en las cañerías cuando están contaminadas, teniendo en cuenta el precario diseño de las mismas con sectores de PVC y otros de Plomo y la presencia de innumerables codos donde el microfilm bacteriano es muy difícil de eliminar mediante cloraciones periódicas.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto se resolvió: mejorar los sectores donde sí era imprescindible contar con agua potable esto es: Unidad Médica, Casa Comando, cocinas tanto de Personal Superior como Subalterno inclusive las piletas donde se realiza el lavado de vajilla. En este sentido se construyeron bases para colocación de bladders en los sectores mencionados.

Todas estas decisiones en área de misión implican un trabajo médico y su discusión con el jefe militar correspondiente. El médico en su tarea de informar y proponer posibles soluciones y el jefe militar encargado de adoptar las soluciones que considere convenientes.

Entender este funcionamiento resulta de vital importancia para lograr los objetivos.

C) Educación:

Se establecieron charlas informativas con el personal manipulador de alimentos las cuales se planificaron en forma periódica al igual que inspecciones de higiene y lavado de vajilla, recipientes de residuos y alimentos en stock.

Dado que no es posible realizar otros controles bacteriológicos de alimentos empleados, se puso especial énfasis en la vigilancia de las medidas preventivas que posibilitaran el cumplimiento de lo acordado. Poniéndose especial énfasis en mantener la cadena de frío correspondiente.

Resulta de especial importancia reiterar en forma periódica estas charlas educativas teniendo en cuenta que el personal a cargo rota en forma periódica y que con el transcurrir del tiempo se observa desgaste en el cumplimiento en las pautas establecidas.

b) PATOLOGÍAS ODONTOLÓGICAS

La Población asistida en el caso de Kisangani, dado que el único odontólogo en la ciudad corresponde al Nivel I del Contingente uruguayo, abarca Población Civil y Militar de Naciones Unidas.

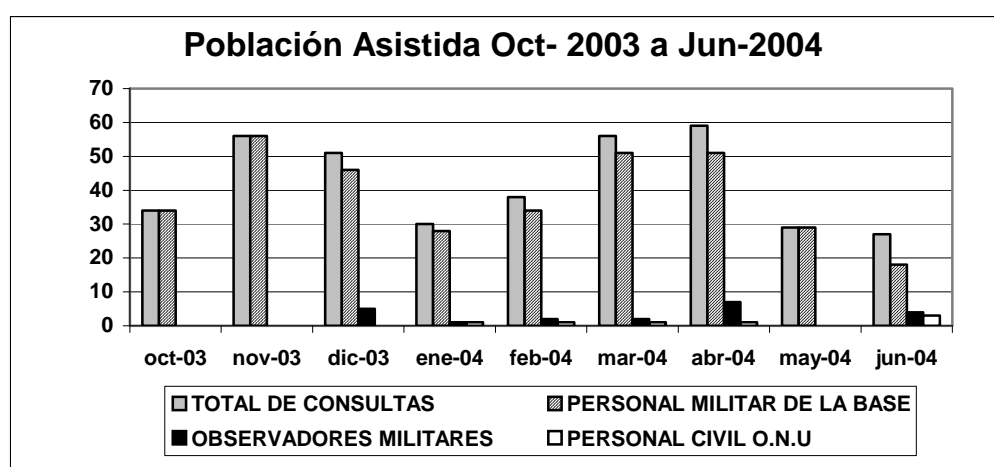
El número de consultas mensuales promedio fue de 41 pacientes.

Las patologías Odontológicas más frecuentes observadas en este período (10 meses de Oct-03 a Julio-04) fueron:

- a) Patología Periodontal (Gingivitis, toque periodontal por bruxismo).
- b) Caries Dental (Caries en piezas dentarias sin obturación previa, caries recidivantes alrededor de una obturación y caries profundas con compromiso pulpar)
- c) Urgencias Protésicas (rotura de Jackets, caída de dientes de una prótesis o rotura de la misma)

La distribución de la Población asistida es la siguiente:

Población	Oct-03	Nov-03	Dic-03	Ene-04	Feb-04	Mar-04	Abr-04	May-04	Jun-04
Total de Consultas	34	56	51	30	38	56	59	29	27
Personal Militar de la Base	34	56	46	28	34	51	51	29	18
Observadores Militares	0	0	5	1	2	2	7	0	4
Personal Civil ONU	0	0	0	1	1	1	1	0	3



El tratamiento realizado de las patologías odontológicas se puede clasificar en 4 categorías:

- 1- Profilaxis y Educación para la Salud
- 2- Restauraciones
- 3- Avulsiones
- 4- Urgencias

1- Profilaxis y Educación para la Salud

En este grupo se consideran los Detartrajes realizados con instrumentos en forma manual y con cavitador, uso de pastas profilácticas con Fluor; y charlas individuales sobre Enseñanza de cepillado y uso del hilo dental, entregándole a cada paciente un cepillo dental e hilo dental.

A la semana el paciente es citado para control de este aprendizaje y su alta correspondiente.

Durante el Año 2003, el mes de Noviembre, fue el de mayor número de Detartrajes y Educación para la salud, coincidiendo con la presencia en la base del Contingente de Fuerza Aérea (74 efectivos) que desde el mes de marzo de este año no se controlaban.

En el Año 2004, los meses de Marzo y Abril, fueron los de mayor número, coincidiendo con el Periodo de Rotación.

Con un correcto cepillado y uso del hilo dental se disminuyó notablemente los cuadros de Gingivitis; con respecto a Toque Periodontal severo por Bruxismo, se procedió a liberar de oclusión la pieza dentaria comprometida, y ante la imposibilidad de realizar una Placa Miorelajante, se le administró, previa consulta con el médico de la base, un tranquilizante (Diazepan).

2- Restauraciones

Frente a la Caries dental, se procede a su eliminación total, y después de un estudio exhaustivo del remanente dentario y resistencia de las paredes, se elige el material de obturación correspondiente.

3- Avulsiones

Se realizan como tratamiento radical, en caries profundas con compromiso pulpar, en donde no se puede realizar el tratamiento de endodoncia adecuado.

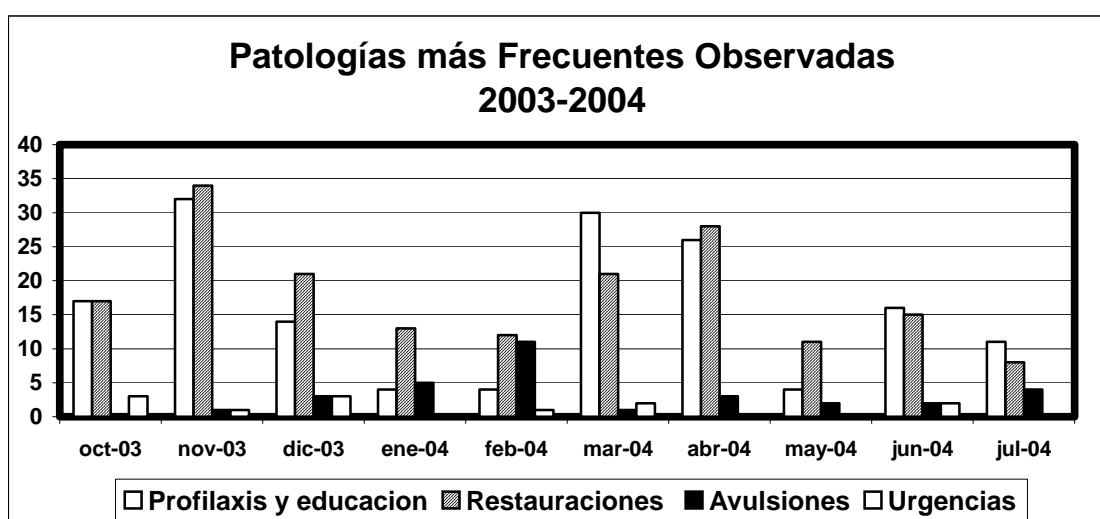
El mayor número (11) se realizó en Febrero/2004, periodo donde se empezó a atender en nuestro servicio, al Contingente Marroquí.

4- Urgencias

El Tratamiento Odontológico de Urgencia, primero es aliviar el dolor, se destacan como medicación la Analgésica. Se observaron dos picos en Dic. /2003 y Ene-Marzo/2004.

Además, las Urgencias Protésicas, que se incluyen en confección de provisorios y reparaciones protésicas, siendo aquí el componente emocional un factor a tener en cuenta, debido al alejamiento de la familia o próximo a la finalización de la misión.

Tratamientos Odontológicos más frecuentes Octubre 2003 a Julio 2004					
Meses	Profilaxis y Educación	Restauraciones	Avulsiones	Urgencias	Total de consultas
Oct-03	17	17	0	3	34
Nov-03	32	34	1	1	56
Dic-03	14	21	3	3	51
Ene-04	4	13	5	0	30
Feb-04	4	12	11	1	38
Mar-04	30	21	1	2	56
Abr-04	26	28	3	0	59
May-04	4	11	2	0	29
Jun-04	16	15	2	2	27
Jul-04	11	8	4	0	28
Promedio					40,8



Dentro de las Restauraciones se consideran:

a) Amalgamas

Los meses de Oct-Nov/2003 se dió el mayor número (8) y en el año 2004, Abril, coincidiendo los motivos ya citados en el Ítem (1).

b) Resinas de Fotocurado

Durante el año 2003, Noviembre, fue el mes de mayor número de resinas (21) y en año 2004 el mes de Abril, con (16) casos.

c) Ionómeros de Fotocurado

En los meses de Nov- 03 a Jun-04 se dió el mayor número de consultas.

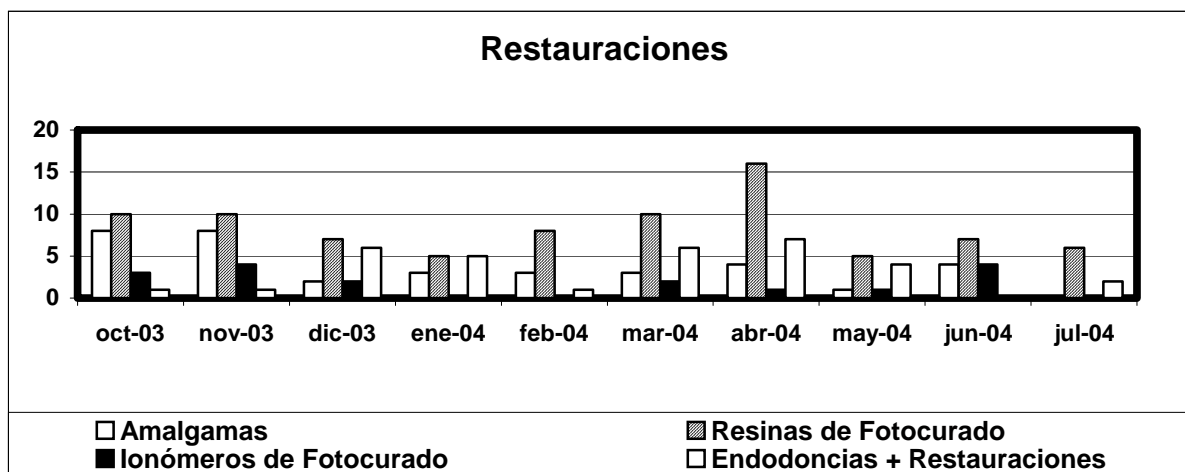
Cabe destacar que este material de obturación es más utilizado para el Sector Dentario Posterior, a diferencia de las Resinas de Fotocurado, que se aplican en el Sector Dentario Anterior.

d) Endodoncias + Restauración

En el año 2003, el mayor número de endodoncias fue en el mes de Diciembre (6) y en el año 2004, Abril con (7).

Una vez obturado el conducto o los conductos, el material de obturación elegido, es temporario, sin posibilidad de hacerle la reconstrucción definitiva hasta su retorno al Uruguay, por no contar de laboratorio dental.

Restauraciones				
Meses	Amalgamas	Resinas de Fotocurado	Ionómeros de Fotocurado	Endodoncias + Restauraciones
Oct-03	8	10	3	1
Nov-03	8	10	4	1
Dic-03	2	7	2	6
Ene-04	3	5	0	5
Feb-04	3	8	0	1
Mar-04	3	10	2	6
Abr-04	4	16	1	7
May-04	1	5	1	4
Jun-04	4	7	4	0
Jul-04	0	6	0	2

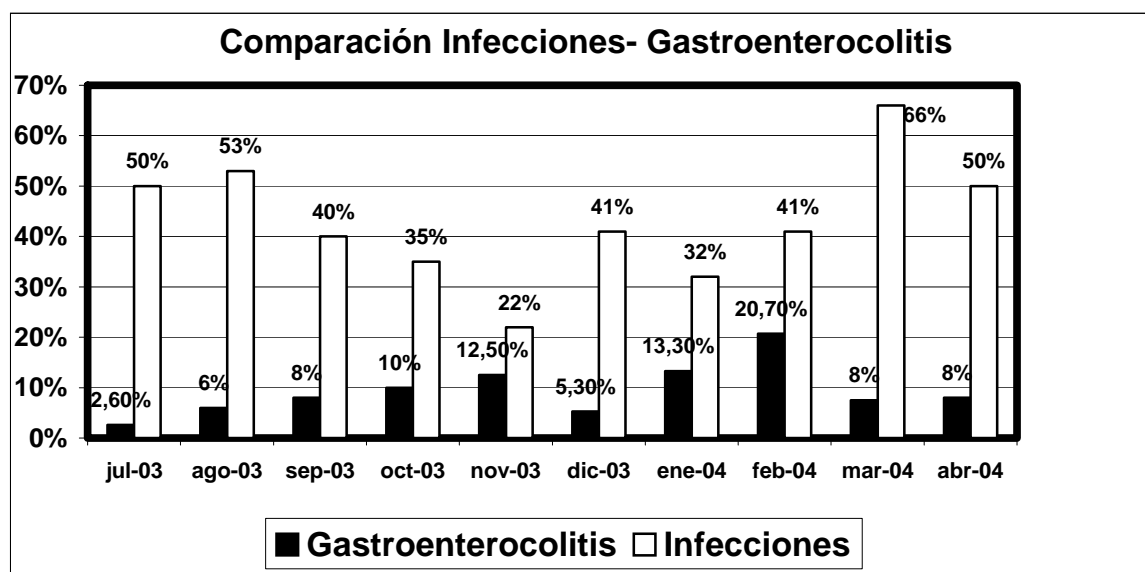


DISCUSION

PATOLOGÍA INFECCIOSA

Del análisis de las Gastroenterocolitis observamos:

Meses	Porcentaje Gastroenterocolitis	Población
Jul-03	2,60%	372
Ago-03	6%	200
Sep-03	8%	200
Oct-03	10%	200
Nov-03	12,50%	150
Dic-03	5,30%	150
Ene-04	13,30%	135
Feb-04	20,70%	135
Mar-04	8%	390
Abr-04	8%	560



El promedio mensual de Gastroenterocolitis fue de 9.4% sobre valorado por los registros de febrero. Dado que en febrero yo no estuve presente por motivo de vacaciones las observaciones de este mes no fueron realizadas por mí.

Si no consideramos febrero la frecuencia promedio de Gastroenterocolitis fue de 8.13%.

Los picos máximos fueron en noviembre del 2003 y enero del 2004.

Si observamos nuevamente el comportamiento de la patología infecciosa en general vemos que a pesar de que la Gastroenterocolitis se mantiene como la patología infecciosa más frecuente se mantuvo en valores estables representando de la patología infecciosa observada un 19% promedio.

Dado que la malaria logró también disminuirse durante este período; con una frecuencia promedio de 3.08%; julio del 2003 a abril del 2004, comparados con 4.25%, en el período previo de

enero del 2003 a junio del 2003, los picos observados de hasta un 66% en la patología infecciosa, son atribuibles a infecciones de piel fúngicas y bacterianas donde la posibilidad de profilaxis esta limitada y dependen del entorno bacteriológico de la zona geográfica.

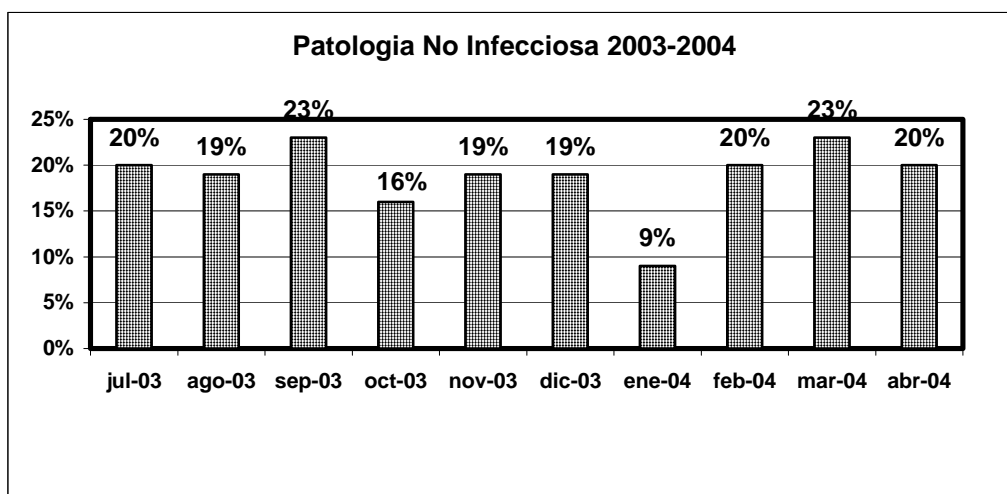
Así que concluimos que si bien la Patología Infecciosa como se desprende del gráfico permaneció como principal problema sanitario durante todo el período se observó una disminución en infecciones agudas del tracto digestivo con aumento de otras patologías infecciosas sobretodo de piel.

Esto debe reafirmarnos en la importancia de la vigilancia de aquellas patologías en que si podemos establecer conductas tendientes a mantener el problema bajo control.

Patología No Infecciosa

De la Patología no Infecciosa las enfermedades consideradas fueron:

1	Cardiovasculares
2	Pulmonares
3	Gastrointestinales
4	Urogenitales
5	Músculo-esqueléticas
6	Neurológicas
7	Ojos
8	Oídos nariz y garganta
9	Piel
10	Tumorales
11	Otras



De todas estas patologías las más frecuentes fueron las de piel, vinculables a dermatitis de contacto y las gastrointestinales, dentro de estas la gastritis.

Meses	Enfermedades No Infecciosas
Jul-03	20%
Ago-03	19%
Sep-03	23%
Oct-03	16%
Nov-03	19%
Dic-03	19%
Ene-04	9%
Feb-04	23%
Mar-04	20%
Abr-04	19%
Promedio	18.7%

Los dos picos observados corresponden a Setiembre 2003 y Marzo 2004.

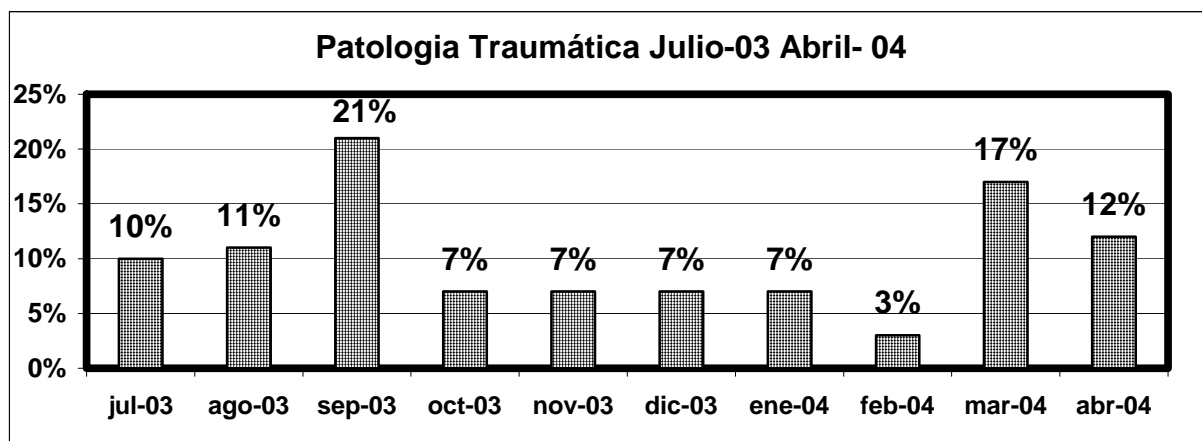
Con respecto a Setiembre se notó un aumento de consultas por gastritis. Durante este período la base estuvo sin licencia que se prolongó, casi por tres meses, con obvia reducción de espacios y/o tareas recreativas.

En cuanto a marzo del 2004 se verificaron desplazamientos de efectivos de otras bases, en tránsito para nuevos destinos.

Patología Traumática

Con respecto a la Patología Traumática se observó:

Meses	Patología Traumática
Jul-03	10%
Ago-03	11%
Sep-03	21%
Oct-03	7%
Nov-03	7%
Dic-03	7%
Ene-04	7%
Feb-04	3%
Mar-04	17%
Abr-04	12%
Promedio	10%



También en esta área dado que la patología traumática fundamentalmente se vincula a tareas deportivas es importante insistir en la población la importancia de realizar ejercicio físico regular y progresivo dependiendo del entrenamiento previo de cada efectivo.

Insistir sobretodo en la preparación física previa a la realización de deportes estiramiento y calentamiento previo.

El pico de setiembre se debe a que en ese momento Kisangani contaba con nivel II por lo que muchos pacientes eran referidos de otras bases para estudios radiológicos y consulta con traumatólogos.

Dado que la patología traumática fundamentalmente se vincula a tareas deportivas es importante insistir en la población la importancia de realizar ejercicio físico regular y progresivo dependiendo del entrenamiento previo de cada efectivo.

Insistir sobretodo en la preparación física previa a la realización de deportes estiramiento y calentamiento previo.

El pico de setiembre se debe a que en ese momento Kisangani contaba con nivel II por lo que muchos pacientes eran referidos de otras bases para estudios radiológicos y consulta con traumatólogos.

Es de vital importancia la tarea profiláctica en esta área dado que los reposos exigidos en general son muy prolongados. Esto afecta especialmente al contingente ya que mantiene a los efectivos durante períodos prolongados inactivos.

Aspectos Sico-Emocionales

Hay otra patología que no hemos analizado porque su registro no está considerado dentro de los formularios de Naciones Unidas, es la depresión.

Se observan como “equivalentes de depresión” diferentes motivos de consulta la gastritis es uno, los trastornos del sueño otro, muy frecuente, las consultas diarias por diferentes dolores, muy difíciles de cuantificar ya que el dolor per se es un síntoma del paciente y no un signo.

Lo que muchas veces se observa es un paciente que consulta diariamente por diferentes dolores y que el examen físico es normal así como todos los signos vitales. Esto es un problema para el paciente y para el médico.

No es sencillo abordar el área emocional, de todas formas es necesario, muchas veces solo una charla en la que el paciente verbalice sus angustias le resuelve en parte el problema. Otras veces en que el diálogo no es posible porque el paciente se niegue a reconocer su propia angustia o no este dispuesto a conversarla, el problema persiste como tal. La medicación con la que se cuenta para estos casos es insuficiente. El único ansiolítico es el diazepam, esta medicación en personas que no la utilizaron previamente puede ayudar, sobretodo a resolver trastornos del sueño siempre y cuando se utilice por tiempos cortos. Si el problema persiste por un tiempo prolongado lo que observamos es que el paciente para mantenerse asintomático requiere sucesivos aumentos de la dosis. Esta medicación genera taquifilaxia, y llegado a este punto el médico requiere sustituirla por otra.

Cuando el trastorno del sueño es motivado por angustia existen otras benzodiazepinas que son más efectivas como ansiolíticos y antiangustiantes que deberían ser considerados en el vademécum. La depresión es una patología que debe ser aceptada como tal en área de misión; muchas veces es reactiva a problemas originados en la zona de carácter bélico, aquí la gran mayoría de efectivos no cuenta con experiencia previa, otras el origen es la soledad y el alejamiento familiar. La mayoría de los efectivos militares proviene de unidades de interior de la República. En el interior la vida comunitaria es “muy familiar” por las características de la familia y por lo que es la vida en un pueblo “donde todos se conocen” la ausencia de este espacio social y afectivo provoca en muchos efectivos una depresión importante.

La respuesta o posibles soluciones en esta área desde el punto de vista farmacológico podría solucionarse o mejorarse contando con medicación específica como ya fue señalado.

Existen otras "posibles soluciones" son los grupos de trabajo. El área recreativa en la misión debe elaborarse dentro de las tareas sanitarias. El deporte es una opción buena que en mayor o menor medida esta presente.

RESULTADOS

Esta forma de trabajo, en equipo, pautada, con un buen nivel de comunicación entre todos los integrantes de la UM permitió alcanzar los tres objetivos básicos asistencia económica y estadística.

El cumplimiento y adhesión a todas las tareas que contó con el aporte de horas extra, que el personal disponía para recreación, pero que voluntariamente lo volcó en las tareas médicas permitió mantener un ambiente cordial de trabajo y un rendimiento que fue sin pausa desde el inicio hasta el último día de misión.

Se logró un control de la patología prevenible en el área infecciosa para lo que resultó importante mantener una estadística actualizada cambiando cuando fue necesario frecuencias y métodos de fumigación a si mismo las tareas educativas fueron importantes en estos logros. De todas formas creemos que es necesario insistir más en todo lo que es profilaxis como primera medida asistencial teniendo en cuenta que la población es sana y es un nivel de atención primaria, mejorar estos aspectos redundará en un beneficio sanitario, de rendimiento y también económico no menos importante con un uso adecuado y racional de los recursos humanos y materiales.

CONCLUSIONES

El análisis de estos datos permite rápidamente jerarquizar algunos puntos de la función de la Unidad Médica:

1) La importancia de llevar un registro estadístico que permita rápidamente visualizar el problema sanitario más importante e instrumentar la respuesta adecuada.

2) La población asistida es joven por lo tanto la patología más frecuente es la aguda.

3) Realizar una tarea educativa permanente.

4) Colaborar con el S4 en la selección de la lista de alimentos de ONU.

5) Jerarquizar la importancia de las Tareas de Profilaxis subrayando en el área de la Patología Infecciosa los métodos de barrera y en el área traumatológica un entrenamiento físico programado evitando los accidentes y las negativas consecuencias vinculadas a post-operatorios prolongados.

6) Considerar los disturbios emocionales fundamentalmente la depresión como una patología médica más importante en el área de misión por sus características y la frecuencia con que se presenta.

Hay otras tareas que podrían ayudar en este sentido como talleres de manualidades carpintería tejidos etc. que no requieren gran infraestructura ya que por ejemplo en el caso de carpintería forman parte de la infraestructura de una base, o talleres de idiomas. La existencia de estas opciones para las horas de descanso, permitirían "sustituir" o disminuir los problemas de soledad y alejamiento familiar en el área de misión. Tenemos que tener en cuenta que la elaboración intelectual de estas situaciones no está al alcance de la mayoría de los efectivos ya que requiere de un nivel de educación previo con el cual la mayoría no cuenta.

Pensar en el área emocional es una tarea prioritaria ya que la depresión afecta a la población y hay que considerar respuestas al igual que lo hacemos con el resto de las patologías analizadas. No resulta sencillo desde el punto de vista médico plantear este problema. Muchas veces porque lo "médico" esta referido más a lo "físico" una deformación profesional. Pero hasta cuando podemos "ignorar" este problema con la frecuencia que presenta.

La depresión como las otras patologías médicas afecta a la persona en su rendimiento para el cual fue enviado a la misión, en términos militares "la moral" del combatiente, en una expresión idiomática propia de las misiones "el hacha". En el ámbito militar la falta de rendimiento tiene una respuesta, en general una

sanción, esto es una respuesta efectiva en muchos casos, salvo cuando la condicionante es la depresión del paciente, en este caso el efectivo va a recurrir a la unidad médica expresando diferentes motivos de consulta como ya analizamos. Por otra parte este problema es muchas veces desencadenante de conflictos interpersonales que deterioran el rendimiento personal y colectivo.

Por lo antes expuesto considerar la necesidad de participación en el área de misión con personal entrenado concretamente sicólogos.

7) La función del odontólogo en una Misión de Paz, la cual debe ser global (abarcando mas de una especialidad), rápida y eficiente.

Pero se debe destacar, que los móviles odontológicos, cuentan con un equipo odontológico completo, equipo de RX e Instrumental y materiales en cantidades adecuadas, para lograr una Atención Odontológica satisfactoria.

8) Mantener una población sana redundante en un doble beneficio uno obviamente es el bienestar de los efectivos. El otro no menos importante implica una reducción de gastos significativa así como también menos efectivos desafectados de sus tareas habituales con un mejor rendimiento.

