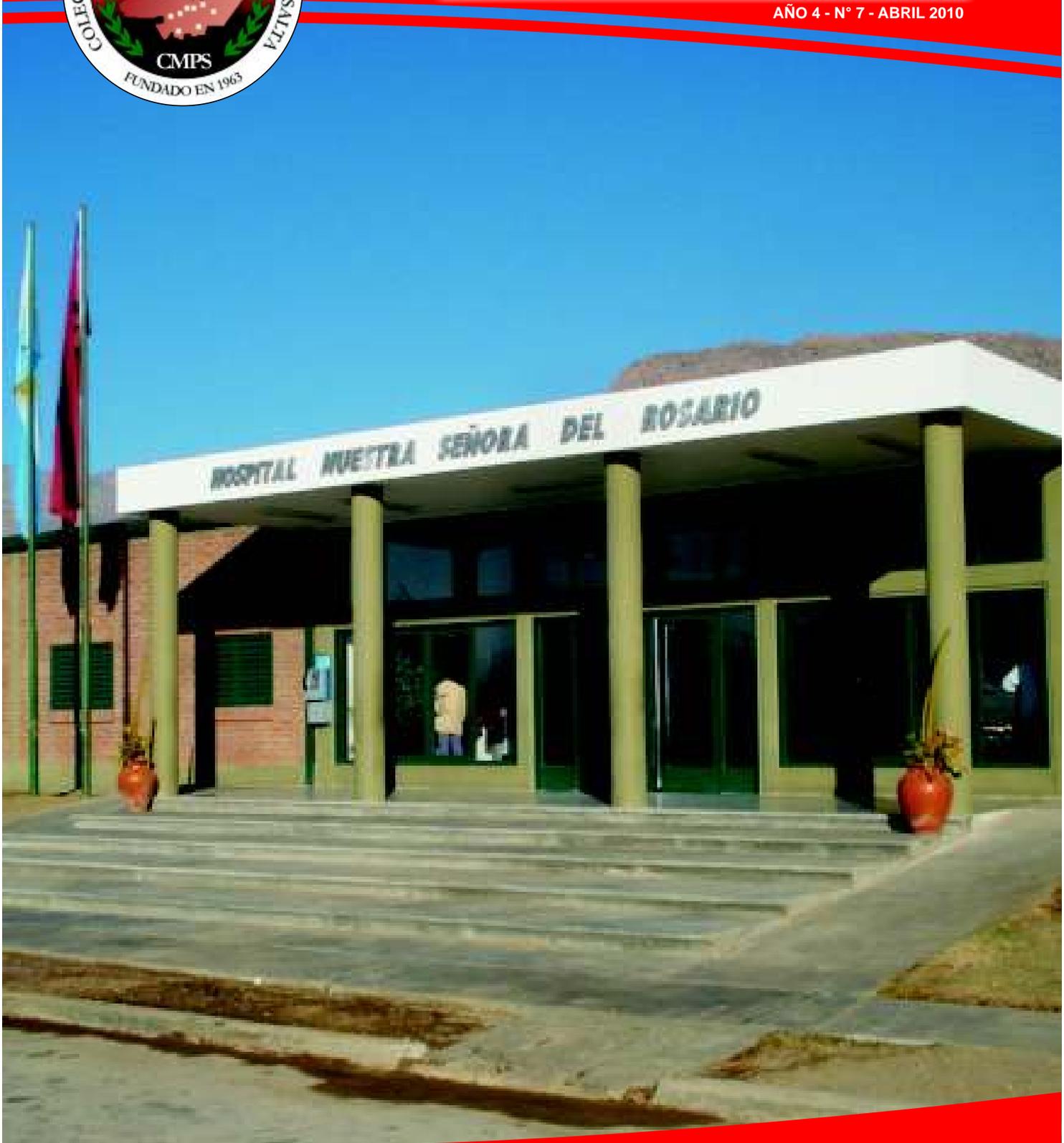




VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta

AÑO 4 - N° 7 - ABRIL 2010



- Biografías: Dr. Francisco Herrera
- El ABC de: Pericarditis Aguda
- Medicina basada en la evidencia
- Estructura social, crisis económica, pobreza y enferm. cardiovasculares
- La formación del Residente como una obligación ética y moral
- Carta de un abogado a los médicos
- La puerta secreta de Corrigan
- Programa Postgrado de Infectología
- Programa de Educación Médica 2010
- Las 10 enferm. más raras de la medicina
- El cirujano clandestino: Dr. Hamilton Naki
- Premio Anual 2.010

PERIODO 2008 -2010

NOMINA DE AUTORIDADES

CONSEJO DE DISTRITOS

PRESIDENTE	Dr. Wady Ruperto Mimessi
SECRETARIO	Dr. Jorge Isa Barcat

MESA DIRECTIVA

Presidente	Dr. Juan José Loutayf Ranea
Vicepresidente	Dra. Mary Rita Elisabeth Amatte
Secretario	Dr. Gerardo Darío Torletti
Tesorero	Dr. Raúl Cáceres
Vocal Titular	Dr. Gustavo Daniel D'uva
Vocal Suplente 1°	Dra. Irma Adriana Falco
Vocal Suplente 2°	Dr. Vicente Domingo Altobelli
Vocal Suplente 3°	Dr. Rodolfo Aníbal Nazar

TRIBUNAL DE ETICA Y EJERCICIO PROFESIONAL

Miembro Titular	Dr. Eduardo Van Cauwlaert
Miembro Titular	Dr. Guillermo Enrique Soldini
Miembro Titular	Dr. Luis Eduardo Cornejo Revilla
Miembro Suplente	Dr. Jorge Maximiliano Vasvari
Miembro Suplente	Dr. Cristóbal Licudis

TRIBUNAL DE APELACIONES

Miembro Titular	Dr. Pedro Angel Wouterlood
Miembro Titular	Dr. José Marcos Ampuero
Miembro Titular	Dr. Luis Oscar Jáuregui
Miembro Suplente	Dra. Graciela Cristina Astigueta
Miembro Suplente	Dra. Teresita Elizabeth Royano

REVISORES DE CUENTAS

Miembro Titular	Dr. Raúl Caro
Miembro Titular	Dr. Omar Gustavo Abdala

SUMARIO

AÑO 4 - NUM. 7 - ABRIL 2010

Biografías: Dr. Francisco Herrera
pág. 5

El ABC de: Pericarditis Aguda
pág. 7

Medicina basada en la evidencia
pág. 10

Estruct. social... y enf. cardiovasculares
pág. 11

La formación del Residente...
pág. 12

Carta de un abogado a los médicos
pág. 14

La puerta secreta de Corrigan
pág. 16

Programa Postgrado de Infectología
pág. 17

Programa de Educación Médica
pág. 20

Las 10 enferm. más raras de la medicina
pág. 24

El cirujano clandestino: Dr. H. Naki
pág. 25

Premio Anual 2.010
pág. 27

Es una publicación del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta distribuida gratuitamente entre sus colegiados, entidades afines, bibliotecas e Instituciones profesionales, culturales y científicas.

Dirección:

Dr. Juan. J. Loutayf Ranea
(Presidente Colegio de Médicos de Salta)

Coordinación General:
Comisión Consultiva Jóvenes Médicos

Dr. Daniel A. Sánchez

Dra. Soledad Solís

Dra. Carolina Licudis

Dr. Pablo Flores

Dr. Juan Carlos Giménez

Dr. Luciano Cima

Diseño Gráfico:

Diego Martín Loza

Impresión:

Artes Gráficas Crivelli

Los artículos firmados no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus respectivos autores.

EDITORIAL

TIEMPOS DE ZOZOBRA, TIEMPOS DE TEMPLANZA

En el diccionario de la Real Academia Española sinónimos de ZOZOBRA son: inquietud, intranquilidad, congoja, angustia. De TEMPLANZA expresa: moderación, prudencia, sobriedad, temple. La TEMPLANZA representa el término medio entre el desenfreno y la insensibilidad.

En nuestro quehacer diario, como padres, esposos, médicos, jefes de grupos, como simples seres humanos, vivimos tiempos de ZOZOBRA. Es real, nos invade la angustia del destino de nuestros hijos en una sociedad carente muchas veces de verdaderos valores éticos y humanísticos, sin horizontes diáfanos que inspiren a una superación constante. Nos preocupa e intranquiliza, como médicos, como jefes de grupos y cabezas visibles de Instituciones médicas, la falta de soluciones contundentes a graves problemas de la salud pública y privada. Nos invade la ZOZOBRA:

- Inquietud del recurso humano por observar que se brindan soluciones transitorias, basadas muchas veces en intereses políticos, pero no decisiones de fondo que contemplen las reales necesidades sanitarias de la población toda.

- Desazón, angustia, por querer brindar a la familia lo mejor para una vida digna, pero que están limitados, al igual que muchos otros sectores, por una retribución a su trabajo lejos de estar acorde a su responsabilidad y años de formación y perfeccionamiento.

- Inquietud por observar atónitos que en vez de mancomunarse las fuerzas políticas para encarar soluciones reales a todos los problemas sociales de nuestro país, asistimos a una grotesca disputa de poderes que sólo favorece a la dirigencia y empobrece material y espiritualmente a cada uno de lo mejor que tiene nuestra república: el ser argentino.

Y no sigamos enumerando más de estas situaciones pues sino nuestra ZOZOBRA, inquietud, intranquilidad, congoja y angustia estrujará nuestras mentes y corazones, transformándonos en robots, acostumbrados en la Argentina a la infelicidad como mal crónico.

Pero justamente en estos momentos de ZOZOBRA el médico, por excelencia ser humano sensible al sufrimiento del prójimo, debe demostrar la TEMPLANZA de espíritu para luchar y ser artífice de una nueva generación médica, la de nuestros propios hijos,

entusiasta en su trabajo, ávida de conocimientos, intachable éticamente en su profesión, dispuesta a superar viejas antinomias de lo público y lo privado, de lo gremial y patronal, de la medicina tecnológica y la humanista.

El médico con TEMPLANZA, con moderación, prudencia, sobriedad y temple debe:

- Defender en todo momento y en todas las instancias la dignidad del enfermo y de todo el equipo de salud.
- Luchar por sus justas reivindicaciones del valor del acto médico, sin caer nunca en situaciones que pudieran perjudicar al objeto de todos los desvelos del médico: el paciente. Pero luchar con las mejores armas que tiene: prudencia y temple.
- Saber ser eje de la balanza en las discusión de cualquier problema que atañe a la salud, nunca inclinarla en algún sentido, escudados en intereses sectoriales, personales o políticos. La TEMPLANZA, madre de todas las virtudes y vigor del alma, le debe permitir al médico ser siempre puente de diálogo permanente y no piedra en el camino de búsqueda de soluciones.

Todos, TODOS, funcionarios del quehacer de la Salud Pública, médicos que se desempeñan en el sector público o privado, dirigentes de Instituciones médicas, deben entender que la confrontación interna sólo los perjudica y favorece la crítica externa, deben dejar de lado actitudes soberbias, autoritarias, inconsultas, arbitrarias y pensar que con la TEMPLANZA del espíritu se podrá conseguir una nueva generación médica, la de nuestros propios hijos, que hagan de la medicina la más noble y digna de las profesiones, ejerciendo el acto médico basándose en los más altos valores éticos y morales pero reconocido también en su justo valor pecuniario.

Dr. Juan José Loutayf Ranea
Presidente
Colegio de Médicos de Salta

¿Quiere recibir todas las
novedades del Colegio de Médicos
en su casilla de E-mail?

Suscríbase a nuestro Newsletter en:

www.colmedsa.com.ar



BIOGRAFIAS

DR. FRANCISCO OSVALDO HERRERA

Nació el 15 de Marzo de 1948 en la Ciudad de Salta.

Hijo de Francisco Herrera y de Faride David, es el mayor de cinco hermanos, tres varones y dos mujeres, casado con Carolina Durand.

Su hijo Juan Pablo Herrera y sus hijos del alma: Andrés y Cristian.

Realizó sus estudios primarios en la Escuela Maestra Jacoba Saravia, secundarios en el Colegio Belgrano, egresando con el título de Bachiller Nacional en el año 1965 y sus estudios universitarios en la Universidad Nacional de Córdoba, egresando con el título de Médico Cirujano el 20 de Diciembre de 1974.

Mientras cursaba los últimos años en la Carrera de Medicina realizó prácticas docentes en la misma Universidad como Practicante Mayor de la Cátedra de Semiología II, cargo ganado por concurso, durante dos años,

disertando en Ateneos de Servicios del Hospital Córdoba.

Su actividad asistencial se inició aún antes de recibirse como Practicante Agregado, Practicante Asistente y Practicante Becario por Concurso en el Servicio de Clínica Médica I y Servicio de Radiología del Hospital Córdoba.

Su perfeccionamiento y actividad docente-asistencial en el Hospital Córdoba fue abundante e importante, en distintos Centros Asistenciales de todo el País, siempre en Cirugía de Tórax y Cardiovascular.

Médico Residente (1976-1979) del Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular de la Universidad Nacional de Córdoba del Hospital Córdoba y Jefe de Residentes del mismo Servicio (1979-1980).

Médico Cirujano Cardiovascular

del Hospital Instituto Pombo de la ciudad de Buenos Aires (1981-1982).

Médico Concurrente en el año 1980 de la Fundación Favalaro. Cabe destacar que entabló una estrecha y afectuosa amistad con el Dr. René Favalaro, con quien mantenía comunicación permanente y cuya muerte la consideró evitable y tremendamente injusta.

Una vez de regreso a su Salta natal, con el Título de Especialista en Cirugía de Tórax y Cardiovascular, expedido por el Colegio de Médicos de la Provincia de Salta el 9 de Septiembre de 1982, ingresa como Médico de Planta al Servicio de Cirugía Torácica del Hospital San Bernardo desde Diciembre de 1982 hasta Mayo de 1989, en que ocupa el cargo de Jefe del Departamento Quirúrgico del Hospital San Bernardo hasta Febrero de 1992.

Fue Consultor en Cirugía Torácica y Cardiovascular del Hospital Materno Infantil de Salta, desde 1985 hasta la fecha.

En Febrero de 1992 es designado Secretario Técnico del H.S.B. hasta Diciembre de 1995, fecha en que es designado Gerente de Atención de las Personas. Desde allí cumplió numerosas subrogancias por el cargo de Gerente General de dicho



Hospital hasta que el 21 de Octubre de 1998 es designado por Resolución Ministerial 1761/98 en el cargo de Gerente General del Hospital San Bernardo. Realizadas las elecciones de acuerdo al Estatuto de Hospital de Autogestión en el año 1999, resulta electo por sus pares, designándose en el cargo de Gerente General que tan dignamente abrazó, honró, respetó y amó hasta entregar la vida por su querido Hospital el día 25 de Junio de 2003, fecha de su lamentable deceso, mandato que concluiría en Octubre del mismo año.

En su vida privada cabe destacar su pasión desde niño por la música, dedicando todos los años de su adolescencia a los estudios de violín en el Instituto del Profesor Pacheco Arévalo con quién integraba la Orquesta Sinfónica de Salta.

Fue Filetalista, también Radioaficionado bajo la sigla LU10MM.

Su pasión por el Automovilismo pudo más, ya que fue miembro de la Comisión del Autoclub Salta y llegó a competir en la categoría "Cafeteras" en distintas oportunidades logrando trofeos en dicha actividad.

Su otra pasión eran Los Gauchos de Boedo, los Cuervos, el azul y rojo de su San Lorenzo de Almagro, de quien era hincha fanático al igual que su padre y toda su familia.

Al hablar de "Pancho", como cariñosamente lo llamábamos todos, no hace falta recordar su capacidad profesional como cirujano y que al decir de un amigo "pudo hacer fortunas con menos problemas en el campo privado, por el contrario eligió ser un Quijote de la Salud

Pública actuando desinteresadamente en Cirugías de Alta Complejidad en el Hospital de Niños de nuestra ciudad, salvando así la vida de innumerables pequeños de escasos recursos que no podían ser intervenidos en otros centros asistenciales del País por la gravedad de los cuadros y la falta de recursos y a sus pacientes adultos en su querido Hospital San Bernardo, siendo así fiel a su naturaleza de guerrero y apasionado por su labor".

Pudo ver realizado uno de sus sueños máximos cuando inauguró y puso en funcionamiento el Servicio de Hemodinamia del cual podemos decir con orgullo que fue su gestor, pero no pudo ver otro de sus preciados anhelos y que todavía no se concreta, que es la de un Servicio de Cirugía Cardiovascular público exclusivamente, como siempre lo deseaba.

ANECDOTA

Por el Dr. Ricardo Vera

Era poseedor de un carácter temperamental pero en el fondo una personalidad muy humanitaria.

En oportunidad de ser docente de la carrera de Instrumentista de la Cruz Roja presencié una clase donde hacía incapié sobre cómo tenía que ser el drenaje torácico. En aquella época se admitía que debería ser grueso, multiperforado y transparente. Con esa pasión que tenía para enseñar, repetía

y repetía en forma reiterada esa característica.

A la semana siguiente programa una cirugía y en la mesa auxiliar estaba la instrumentadora titular y una de las alumnas de la Cruz Roja que entraba por primera vez al quirófano y con la cual hablé antes diciéndole que al Dr. le gustaba hacer preguntas mientras operaba y que una de ellas precisamente iba a ser cuál serían las características

del drenaje. Con los nervios encima me dijo que no se acordaba, entonces yo le dije "usted responda que debía ser fino, opaco y con una sola perforación". Llegado el momento viene la pregunta y la respuesta inadecuada. Se imaginan la explosión anímica del jefe que por supuesto se acompañaron de una mirada amenazante y de epítetos hacia mí. Pero bueno... yo sabía cómo manejar esos momentos!!!

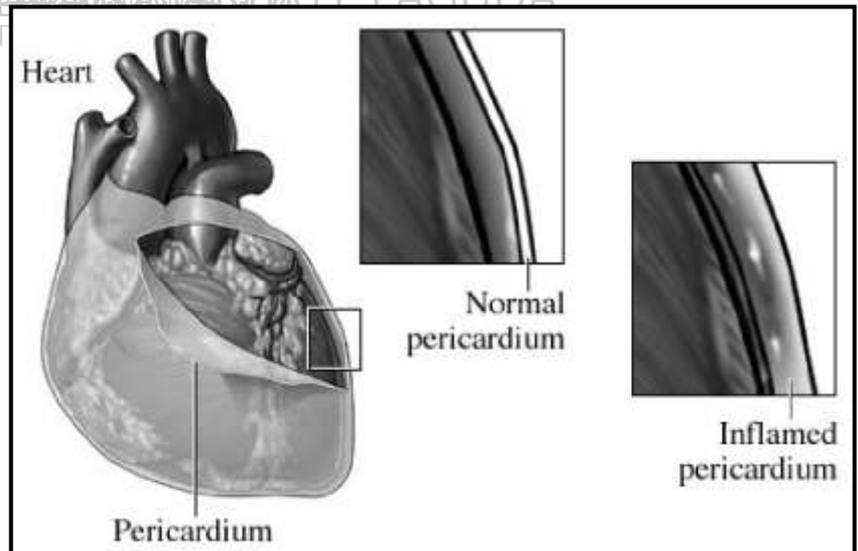
SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE SALTA

EL ABC DE: PERICARDITIS AGUDA

Estando justamente en una reunión de Mesa Directiva del Colegio de Médicos, me suena el teléfono a hs. 22:45, me avisan que un paciente al que veo como clínico hace años, estaba en la Guardia de un Sanatorio por dolor precordial. Inmediatamente y mientras recorro el camino hasta la clínica pensaba: edad media de la vida, no diabético ni fumador, no dislipémico, si muy nervioso y con problemas que lo estresan.

Cuando lo saludo, primero veo la cara de satisfacción porque SU médico estaba allí. No me impresionaba grave, no estaba sudoroso ni pálido. Tenía un dolor intenso desde el epigastrio hasta el cuello, no quería respirar porque se incrementaba. Afebril, normotenso, no taquicárdico. Lo siento para auscultar espalda, el dolor cede. Que tranquilidad! ese solo dato ya me orientaba al dolor de origen pericárdico. Continuando con la semiología, en la zona precordial y en decúbito lateral izquierdo, se auscultaba frote sistólico diastólico: el pericardio estaba inflamado!

Se le realiza un electrocardiograma que aún no mostraba alteraciones, en el laboratorio sólo discreta linfocitosis, las enzimas de daño miocárdico, normales. El ecocardiograma que realiza un



queridísimo cardiólogo, le pone el sello al cuadro de pericarditis aguda: derrame pericárdico leve posterior. Mientras se le realizaba dicho estudio comenta que días antes había tenido un cuadro compatible con virosis de vías respiratorias (la Rx de tórax era normal).

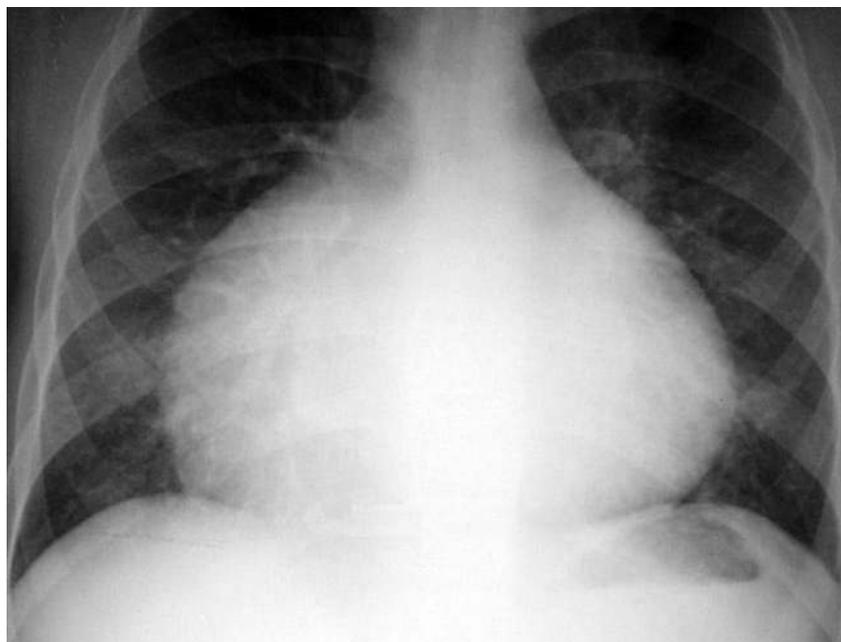
El pericardio puede afectarse en muy diversas enfermedades sistémicas como así también ser una enfermedad primaria y localizada de las membranas visceral y parietal que envuelven al corazón. Así también como en infecciones virales del pericardio también se puede lesionar el miocardio, se suele usar el término miopericarditis (cuando se afecta sobre todo el pericardio) y perimiocarditis (cuando lo que más sufre es el miocardio).

Las causas más comunes que afectan el pericardio, ya sea en

forma aguda o crónica, son:

- 1) Idiopática.
- 2) Infecciosas, ya sean virales, bacterianas, tuberculosa, parasitaria o micóticas.
- 3) Radiaciones.
- 4) Neoplasias: primarias, menos frecuentes, metástasis, las más habituales o como parte de paraneoplasia.
- 5) Cardíaca: complicación de un infarto de miocardio, Síndrome de Dressler.
- 6) Traumática.
- 7) Autoinmune: colagenopatías y vasculitis.
- 8) Drogas: procainamida, nicotina, anticoagulantes, etc.
- 9) Metabólicas: hipotiroidismo, uremia.

Las principales manifestaciones de la enfermedad del pericardio son la pericarditis y el derrame pericárdico. A veces la



inflamación cursa sin derrame pericárdico (pericarditis seca, con dolor tan intenso que simula un infarto de miocardio); otras, la efusión es de tal importancia que llega a comprometer la vida del paciente (tafonamiento cardíaco). La constelación de dolor precordial agudo, frote pericárdico y elevación difusa del ST, constituyen el cuadro de pericarditis aguda.

En dos series de 331 pacientes con pericarditis aguda publicada en el American Journal of Cardiology, solo se identificó la causa en 54 pacientes (16 %): neoplasia en 20, infección tuberculosa en 13 pacientes, infección no tuberculosa en 7 y enfermedades reumáticas 7. En pacientes con pericarditis aguda cuya causa no se determina, se las considera de origen viral (adenovirus, enterovirus, virus de la influenza, HIV, virus de la hepatitis B y del herpes simple) o autoinmune (en las pericarditis agudas

recidivantes se consideran de primordial importancia los factores autoinmunes).

En el laboratorio se puede encontrar positivos reactantes de fase aguda: elevación de eritrosedimentación, positividad de la Proteína C Reactiva, leucocitosis con neutrofilia en procesos especialmente bacterianos o primera etapa de TBC o linfocitosis en cuadros de origen viral. En aquellos casos en que también se afecta el miocardio pueden elevarse, en general levemente, las enzimas de daño miocárdico. Serán positivos los marcadores inmunológicos en los casos de pericarditis en el seno de colagenopatías y vasculitis. Cifras elevadas de urea y creatinina pueden indicar una pericarditis de origen urémico.

El electrocardiograma es un método diagnóstico de importancia. Lo cierto es que las alteraciones que puede presentar son manifestación de irritación del epicardio,

dado que el pericardio es eléctricamente inerte. Si bien el ECG en las primeras horas puede ser normal, cuando presenta alteraciones, éstas evolucionan en 4 estadios:

- 1) En las primeras horas o días, elevación cóncava hacia arriba del ST, con depresión recíproca del ST en aVR y V1. Como manifestación de injuria auricular, se puede observar elevación del PR en aVR y descenso del mismo segmento en V5 V6.
- 2) Normalización de las alteraciones del estadio 1.
- 3) Inversión, negativización difusa de la onda T.
- 4) El ECG vuelve a la normalidad o persiste la T negativa como signo de cronicidad.

La radiografía de tórax suele ser normal en la pericarditis aguda aunque este diagnóstico debe ser tenido en cuenta cuando en la radiografía se asocia cardiomegalia con campos pulmonares limpios (Se necesita un mínimo de 200 ml de líquido en la cavidad pericárdica para que se manifieste como cardiomegalia).

En el año 2003, la Sociedad Americana de Cardiología, el Colegio Americano de Cardiología y la Sociedad Americana de Ecocardiografía, en sus guías sobre evaluación de un paciente con pericarditis aguda, consideran básico el Ecocardiograma. Este estudio puede ser normal en la pericarditis aguda pero adquiere relevancia cuando cursa con derrame pericárdico

que puede ser leve a grave con datos de taponamiento cardíaco y que obligan a una actitud terapéutica de urgencia: pericardiocentesis.

En general, un paciente con pericarditis aguda, sin compromiso sistémico, puede realizar tratamiento ambulatorio. Sin embargo, pacientes de alto riesgo en su evolución, deben internarse. Factores de riesgo son:

- Fiebre mayor de 38° y leucocitosis.
- Evidencia de taponamiento cardíaco.
- Situación de inmunodeficiencia.
- Paciente anticoagulado.
- Trauma agudo.
- Falta de respuesta a tratamiento con AINES durante 7 días.
- Elevación de enzimas cardíacas, sugerente de miopericarditis.

La pericarditis aguda de origen viral o idiopática, raramente presentan dos temibles complicaciones: taponamiento cardíaco o constricción. De allí que, aquellas que no cursan con criterios de riesgo, pueden ser tratadas en forma ambulatoria. Se emplea el ácido acetil salicílico, dosis de 500 mg. cada 6 horas o ibuprofeno, 800 mg. cada 6 u 8 horas. Siempre con protección gástrica. El tiempo de administración habitualmente es de 7 a 10 días, al cabo de este tiempo, si persiste el dolor, la fiebre o si presentase derrame pericárdico, el paciente debe internarse para realizar diversos estudios para precisar el diagnóstico.

La pericarditis aguda de origen bacteriano, tuberculosa, secundaria a colagenopatías o vasculitis, recibirá el tratamiento de la enfermedad en cuestión.

Aunque no hay unanimidad de criterios en las distintas bibliografías, puede emplearse la colchicina en dosis de 1 a 2 mg. las primeras 24- 48 horas, continuando luego con 0,5 mg. por día hasta tres meses, con el objeto de evitar recidivas, en especial en las idiopáticas o autoinmunes, pudiéndose ampliar a seis meses su uso en estos casos.

No está indicado el uso de corticoides en las pericarditis aguda, salvo que fuera refractaria al uso de AINES o si su origen es colagenopatía o vasculitis.

Dr. Juan J. Loutayf Ranea
 Presidente
 Sociedad de Medicina
 Interna de Salta

Etiología de la pericarditis aguda

Pericarditis aguda idiopática

Pericarditis infecciosa

Viral (*Coxsackie*, influenza, ECHO)

Tuberculosis

Infecciones bacterianas

Pericarditis postinfarto de miocardio

Síndrome pospericardiotomía

Traumatismo torácico (penetrante o no penetrante)

Uremia

Neoplasias primitivas o metastásicas

Irradiación

Enfermedades del colágeno (artritis reumatoide, lupus, esclerodermia)

(ECHO: *enteric cytopathic human orphan.*)

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

Medicina Basada en Pruebas del Hospital Alemán (MeBEPHA).
Buenos Aires. Argentina.

Desde el año 2001 el Servicio de Clínica Médica del Hospital Alemán de Buenos Aires ha enviado a realizar una rotación obligatoria en MBE a sus médicos residentes en el cuarto año en Hamilton, Canadá. El entrenamiento de estos jóvenes médicos llevó al servicio a comenzar el intento de la Práctica de la Medicina Basada en Pruebas.

Este grupo de profesionales médicos vienen desarrollando tareas de formación sistemática en medicina basada en pruebas a través de cursos de grado y de postgrado y desde el año 2005 se ha concretado un Programa de Fellowship(1) que ha terminado su tercera promoción.

El fellow, un especialista en Medicina Interna realizó durante el último año las siguientes actividades: 1) registro de las preguntas clínicamente relevantes surgidas durante el pase de novedades de guardia del Servicio de Clínica Médica en formato PICO; 2) la búsqueda de bibliografía relacionada; 3) la lectura crítica de lo hallado y 4) el envío a todos los médicos integrantes del servicio a través de un mensaje de correo electrónico con la pregunta identificada en su contexto clínico y los artículos que intentan contestarla.

Durante el año pasado se realizaron búsquedas referidas a 240 preguntas que generaron 181 artículos durante 100 pases de novedades (2.4 preguntas por sesión). El análisis de la utilización de este recurso sugirió que la información suministrada significó una utilización de la bibliografía significativamente mayor que cuando no se realizó el envío de la misma.

También durante el mismo año, el fellow analizó la bibliografía que semanalmente fue utilizada en los ateneos del servicio y comparó su evaluación crítica con la del director del fellow y con la de los médicos residentes de los distintos años. Se demostró una progresiva coincidencia en la evaluación crítica de estos tres actores a medida que transcurrió el año de entrenamiento.

Por otro lado, durante los ateneos del servicio el fellow actuó como observador registrando las preguntas que a su entender surgieron de la discusión y realizó la búsqueda de bibliografía relacionada. Se observó que para casi el 50 % de las decisiones clínicas surgidas del consenso del ateneo no existían pruebas válidas para sustentarlas.

Otras tres actividades del fellow incluyeron el envío de

informes semanales de su actividad, en los cuales se resumía lo realizado en la semana en cuanto a preguntas identificadas e información enviada, y la redacción de cuatro revisiones bibliográficas no sistemáticas sobre recomendaciones de tratamientos en base a las guías GRADE.

En el futuro se planea extender la posibilidad de realización del fellow a disciplinas relacionadas con la medicina (bioquímica, enfermería, etc.).

Nuestra experiencia de ocho años podría sugerir la utilidad de un programa de entrenamiento como el descrito como eje de la actividad de un servicio que pretende la práctica de la medicina basada en pruebas.

(1) Evidence-based Medicine (EBM) Annual Fellowship Program at Hospital Alemán. Buenos Aires. Argentina. Martín M Díaz, Ariel Izcovich, Hugo N Catalano. EVIDENCE-BASED HEALTH CARE NEWSLETTER McMaster University. Vol. 29, 7. Octubre.

Dres. Hugo Catalano,
Martín M. Díaz,
Ariel Izcovich.

ESTRUCTURA SOCIAL, CRISIS ECONÓMICA, POBREZA Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

La mortalidad por enfermedades cardiovasculares, ha sido vinculada categóricamente al lugar que las personas ocupan en relación a su estatus socioeconómico en diversas sociedades.

Los motivos de esta asociación son múltiples y las hipótesis que intentan explicarlos dan cuenta de los numerosos factores que concurren para que estos resultados ocurran. Las transformaciones de los estilos de vida y el acceso al sistema de salud han sido los elementos que se mencionan con mayor frecuencia en la bibliografía sobre el tema.

El conocimiento de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, permite registrar las diferencias que estos factores muestran en los diferentes estratos en que la sociedad puede segmentarse.

En todos los casos puede demostrarse que los sectores más desfavorecidos son los que muestran las mayores tasas de prevalencia de estos factores y de mortalidad por las enfermedades que de ellos derivan. Los mecanismos para que esto suceda son numerosos, pero los que mayor trascendencia tienen son: incremento del tabaquismo, alimentación rica en grasas e hipercalórica, menor acceso al sistema de salud, imposibilidad para

acceder a espacios recreativos y de sostener medidas preventivas de un modo activo y supervisado, stress social, imposibilidad de decidir sobre su propio destino.

Datos de estudios "Whitehall I Y II", obtuvieron dos conclusiones relevantes respecto de la mortalidad cardiovascular:

- 1.- Mayor mortalidad cuando menor es el nivel de ingreso.
- 2.- Mayor mortalidad cuanto menor capacidad para decidir de manera autónoma sobre su propia vida y su futuro.

En el Estudio canadiense "SESAMI Study Group", los autores concluyeron que los sectores de menores recursos económicos llevan estilos de vida menos saludables, los que a su vez incrementan los factores de riesgo tradicionales que padecen y, por esa vía, resultan más vulnerables para sufrir eventos cardiovasculares durante el período de seguimiento.

Cifras aportadas por la Organización Mundial de la Salud, evidencian:

- 1.- Mortalidad global en el año 2.005:
Enfermedad Cardiovascular 60%. Diabetes 32%. Cáncer 13%. Enfermedad crónica respiratoria 7%.

2.- El 80% de las muertes por enfermedades crónicas ocurren en países de bajos ingresos.

3.- Las enfermedades crónicas son responsables del 49% de incapacidad.

¿De qué modo los cambios sociales afectan a las enfermedades cardiovasculares?

Toda disrupción del orden social produce altos niveles de estrés colectivo. Lo que los economistas llaman etapa de "relocalización de los recursos", produjo un alto costo en vidas humanas.

Se registró una importante reducción del acceso y de la calidad de los servicios de salud, empobrecimiento, inadaptación, desempleo, incremento de la desigualdad social, desorganización social, corrupción, inseguridad, erosión del capital social, alcoholismo, tabaquismo, cambios alimentarios, etc.

Como se ve, a los cambios en la estructura económica de un país, le siguen altos niveles de stress social, modificaciones de los hábitos, incremento de los factores de riesgo cardiovascular, de los eventos clínicos y de la mortalidad.

Dr. Juan Carlos Giménez

LA FORMACIÓN DEL RESIDENTE COMO UNA OBLIGACIÓN ÉTICA Y MORAL



Después de 25 años de estrecho contacto con la residencia de cirugía y teniendo la responsabilidad de su formación como jefe del servicio, me pareció oportuno hacer algunas reflexiones desatancando el aspecto ético de la formación del cirujano en nuevos aspectos validos para todas las residencias.

Hay una serie de factores que dan relevancia a esta formación humanística sin descuidar la académica y técnica. Ellos son: el ocaso de los valores y virtudes de buena conducta en la sociedad. La

enseñanza de masas de estudiantes cuyo número supera holgadamente la capacidad de las escuelas de medicina.

Pero quizá el más importante sea que en la extensa currícula de medicina se muestra una escaza enseñanza de deontología y bioética y poco o nada de ética.

En el comienzo de la formación de postgrado como es la residencia, es fundamental que el recién graduado tome el real valor de su responsabilidad frente al

paciente que se entrega a nosotros confiando en su capacidad académica, en su buen criterio médico, en sus habilidades y destrezas.

Sin duda que este proceso le requiere un arduo trabajo. Conociendo esta realidad que le tocara vivir, si no tiene una verdadera vocación fracasará en el intento.

Tendrá también la obligación de tomar el estudio como norma de conducta. La búsqueda biográfica y la lectura como una constante, la disciplina como costumbre, la dedicación al enfermo y el examen minucioso, la aplicación de los protocolos y métodos de diagnóstico y tratamiento, tendrán todo el rigor del método científico.

Siendo la residencia el primer paso de una educación médica continua y considerando cuan velozmente se desarrollan los adelantos de la ciencia, esta educación que hoy comienza la deberá acompañar hasta el ocaso de su carrera.

Comenzará con un aprendizaje progresivo de teoría y técnicas y adquirirá progresivamente habilidades y destrezas con la guía permanente de un instructor, y los médicos de más experiencia para ir avanzando en la independencia y autonomía en la toma de decisiones.

Ahora bien, resulta tan importante lo académico y lo técnico como la enseñanza de los modos y, qué significa esto?: que debemos aprender cómo tratar a un paciente y verlo como si fuera uno mismo.

Qué hacer para que se sienta contenido?

Cómo actuar frente a las distintas circunstancias especialmente cuando la enfermedad nos obliga a pensar en la muerte para no caer en el abandono del paciente ni en el ensañamiento terapéutico?

Cómo respetar su dignidad, acercarlo a sus afectos y alejarlo del sufrimiento?. Y lo acerca a sus sufrimientos en muchos casos a costa de su dignidad.

Cómo conducirse frente a la ansiedad de la familia especialmente en el caso del paciente crítico o del oncológico?

Será importante que tenga templanza ante la adversidad, humildad frente al triunfo, hidalguía y verdad frente al error o al fracaso.

Todo esto es lo que se llama obligación ética y moral del residente y de todo profesional, porque el paciente que tenemos a nuestro cargo llega a nosotros con el convencimiento de que somos portadores de los conocimientos y las capacidades para solucionar su problema.

Si no tenemos la formación

necesaria y no actuamos con los modos adecuados, estamos defraudando su confianza y engañando al enfermo, y comete una grave falta ética y moral.

Aristóteles distinguía dos virtudes: las intelectuales y las morales. Y es obligación del residente adquirir a través de los años ambas virtudes.

Esto debe marcar a fuego al profesional y será su sello distintivo e indeleble en el ejercicio profesional, que le permitirá a quienes tuvieron la responsabilidad de educarlos, decir con orgullo: ELLOS SON LA DIFERENCIA.

Dr. Jorge Llaya
Doctor en Medicina y Cirugía



CARTA DE UN ABOGADO A LOS MÉDICOS

Por suerte, esto está escrito por un abogado. Sería bueno que los responsables de las Sociedades Científicas se pusieran en contacto con él. Nos parece oportuno transcribir parte de este artículo publicado en el Diario El Cronista, hace aproximadamente dos años, por el Dr. Marcos R. Llambias (h) (apellido muy conocido entre los abogados argentinos).



"Ha tomado estado público la pesadilla que causa desvelos, cuando no infartos, a muchos miembros de la comunidad médica. Los juicios por mala praxis se han convertido en un provechoso recurso de subsistencia para muchos abogados ávidos de litigio, concedores de las falencias del sistema.

Los títeres del arte de curar, marionetas de obras sociales, hospitales y sistemas prepagos de atención médica trabajan donde y como pueden. Su responsabilidad social hace funcionar las instituciones y su irresponsabilidad personal los

lleva a exponerse inútilmente. El día en que ellos, verdaderos médicos por vocación, dejen de pensar tanto en el paciente, en su capacitación profesional a cualquier costo, en las instituciones para las que trabajan, y tomen conciencia de lo mucho que arriesgan en cada acto médico, ese día la atención del país se paralizará. Porque sólo un demente, alguien que ha perdido la facultad de discernir entre la bondad y la estupidez, puede aceptar la responsabilidad de barajar una vida humana cuando un sistema perverso y carente en todo sentido no le brinda la seguridad y

tranquilidad necesarias para trabajar como corresponde. Porque el médico que asume la responsabilidad en un acto quirúrgico, que se somete al estrés de desplegar su arte sobre un paciente dormido, que asume la lucha contra la enfermedad ajena, que desafía a la muerte sabiendo que no siempre triunfará y que acepta hacerlo por la vergonzosa remuneración que el sistema le asigna, ese médico no es bueno, es estúpido, es alguien que consume toda su inteligencia en el cadalso de su ofrenda personal hacia un prójimo que no le reconoce el esfuerzo. Agotada su paciencia, ya no puede ver que un error, aunque involuntario, le puede costar su patrimonio, su bienestar, su salud. Este suicida altruista figura en todas las cartillas de los sistemas prepagos de atención médica. Trabaja en los hospitales nacionales, provinciales o municipales, superado por un aluvión de pacientes que envejece haciendo colas y recibe atención francamente deficitaria. Deambula por clínicas y sanatorios juntando monedas para poder subsistir. Este médico, suicida por vocación, inteligente para el prójimo y descerebrado para sí mismo, bueno y estúpido a la vez, responsable ante la

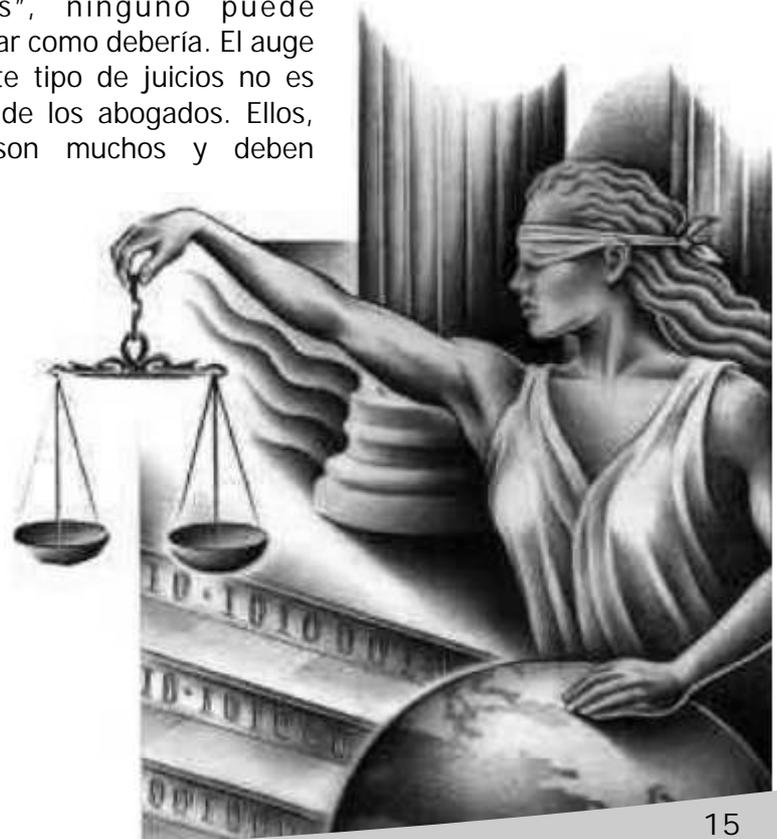
sociedad e irresponsable ante su familia, es la carne del cañón, el centro del blanco de la industria de la "mala praxis".

Todo abogado sabe que en este sistema perverso, tan carente de recursos, tan manoseado por inescrupulosos enriquecidos a costa de la salud, el médico es el "hilo fino" más fácil de cortar, el candidato ideal para exprimir, el ingenuo más liviano de sacudir para rescatar las monedas que llevan en lo bolsillos. Lo que pocos se han puesto a pensar, es que, en definitiva, este ensañamiento médico, que no discrimina entre idóneos e incapaces, entre buenos y malos, decentes y envilecidos **comerciantes**, es fundamentalmente perjudicial para el paciente. La comunidad toda empieza a sufrir las consecuencias cuando el médico capacitado, con experiencia, con reconocido prestigio entre sus colegas, empieza a "esquivar" la patología difícil, esa donde arriesga mucho y gana poco. El médico que cuida sus espaldas, discrimina por necesidad. La comunidad toda sufre esta realidad, al verse privada de la idoneidad y la experiencia de sus mejores médicos. Porque los mejores, también los más inteligentes, rápidamente ven la necesidad de dar un paso al costado para no exponerse. Si bien es cierto que algunos médicos argentinos no están acostumbrados a responsabilizarse por sus acciones, también es cierto que la inmensa mayoría no tendría que trabajar en las

actuales circunstancias. Arriesgan mucho sin ganar nada. Porque si un cirujano tiene que afrontar un juicio por mala praxis, la demanda supera en miles de veces la remuneración de su trabajo. Una intervención \$120 puede convertirse en un juicio de \$120.000. Así las cosas, los sistemas prepagos de atención médica, circular mediante, solicitan a sus médicos fotocopia de la póliza de seguro suscrita. Ellos, al mejor estilo de Poncio Pilato, pretenden que el médico, con centavos que le asignan por su trabajo, contrate un seguro de "mala praxis". De esta manera, los líderes de la medicina prepaga se cubren de los errores del servicio que dicen brindar. Logran su cometido sin sacrificar un solo centavo de sus arcas. Con los aranceles vigentes, ningún médico puede asegurarse contra "mala praxis". Con temor a la "mala praxis", ninguno puede trabajar como debería. El auge de este tipo de juicios no es culpa de los abogados. Ellos, que son muchos y deben

subsistir, han visto las falencias del sistema que colocan al médico en la primera línea de fuego. Como frágil fusible de una máquina sanitaria en constante corto circuito, el médico salta y se quema. Gane o pierda, con o sin justicia, con razón o sin ella, el médico debe pagar. La sociedad parece ensañada con los encargados de velar por la salud. Todos y cada uno debemos ser responsables de nuestros actos. Los errores deben ser asumidos y la impunidad desterrada. Estos grandes objetivos no pueden tener vigencia unilateral. La vida del paciente vale tanto como la del médico. Por el bien de todos, la legislación debe proteger tanto a uno como a otro".

Marcos LLambias
Abogado



"LA PUERTA SECRETA DE CORRIGAN" EN LOS MOMENTOS DE AGOBIO

El incesante número de demandas, las expectativas crecientes de lo que significa la asistencia médica, el número cada vez mayor de pacientes ancianos, junto con la introducción de tratamientos nuevos y complejos, constituyen una especie de conspiración que agobia progresivamente al médico. En realidad, los médicos siempre han estado agobiados. Sir James Paget, por ejemplo, veía habitualmente a más de 60 pacientes al día y viajaba en ocasiones muchos kilómetros hasta llegar a la cabecera del enfermo. Sir Dominic Corrigan se encontraba tan agobiado hace 130 años que construyó una puerta secreta en su consulta para poder huir de la cola cada vez más grande de enfermos.

Todos conocemos los fenómenos asociados al exceso de trabajo y deseáramos tener la puerta secreta de Corrigan. Las labores urgentes, complejas y simultáneas son imposibles de ejecutar: el médico de guardia trata de colocar una infusión intravenosa en un paciente en shock mientras suena el teléfono. De camino hacia el aparato, un enfermo se cae de la cama, sujetado únicamente, al parecer, por un catéter cuya colocación le costó una hora. El es consciente de que no puede ayudar, pero cuando toma el teléfono le dice a la enfermera que "hay un hombre colgado

del catéter" (temiéndose lo peor). De repente se oye un ruido sordo procedente de la cama de la mujer tratada por sus venas varicosas, pero no es ella, sino su marido que la visitaba, quien sufre un colapso y presenta convulsiones. Entonces se escucha la alarma de parada cardíaca y tiene que acudir a otra habitación. Desesperado se dirige a la enfermera y grita "¡Necesito irme de aquí!". A veces, nos gustaría que Corrigan nos tomara simbólicamente de la mano y nos llevara consigo a través de su puerta secreta metafórica hacia un mundo interior en calma. Para que ello ocurra, procure simplificar lo máximo posible las cosas.

En primer lugar, por muy solo que Ud. se encuentre, casi nunca lo está. No se enorgullezca de no necesitar ayuda. Cuando se trata de decisiones difíciles, compártalas con algún colega. En segundo lugar, busque la oportunidad para sentarse y descansar. Tome una taza de café con los demás miembros del equipo de guardia o con un paciente amable (los pacientes también son fuente de renovación y no sólo devoradores de energía). En tercer lugar, no se salte las comidas. Si no tiene tiempo de ir al comedor, asegúrese que le dejen algo de comida para cuando tenga tiempo: el trabajo duro y el insomnio se

soportan mucho peor cuando se está hambriento. En cuarto lugar, no trabaje en exceso. Resulta demasiado fácil imaginar a médicos jóvenes, entusiasmados por la imagen del trabajo excesivo y chantajeados por una culpa mal entendida, en los departamentos reexplorando a los pacientes, reescribiendo notas o reevaluando los resultados en un momento en que deberían cuidar de sí mismos. En quinto lugar, cuando prevea una mala guardia, planee algo divertido para después con el fin de poder soportar la larga noche.

Por último, recuerde que, por muy agobiado que se encuentre, el período de guardia siempre acaba. Como decía Macbeth: "Suceda lo que suceda, el tiempo y las horas pasan, aún el día más duro".



PROGRAMA 2.010 POSTGRADO BIANUAL UNIVERSITARIO EN INFECTOLOGÍA

Módulo 4
Infecciones
Cardiovasculares

23/04/2010 hs. 20:00 a 23:00
24/04/2010 hs. 08:00 a 13:00

Módulo 5
Infecciones de
Cabeza y Cuello

21/05/2010 hs. 20:00 a 23:00
22/05/2010 hs. 08:00 a 13:00

Módulo 6
Infecciones
Intraabdominales

18/06/2010 hs. 20:00 a 23:00
19/06/2010 hs. 08:00 a 13:00

Módulo 7
Infecciones en
Ortopedia y Traumatología

23/07/2010 hs. 20:00 a 23:00
24/07/2010 hs. 08:00 a 13:00

Módulo 8
Infecciones de
Transmisión Sexual

20/08/2010 hs. 20:00 a 23:00
21/08/2010 hs. 08:00 a 13:00

Módulo 9
Infecciones en
Ginecología y Obstetricia

24/09/2010 hs. 20:00 a 23:00
25/09/2010 hs. 08:00 a 13:00

Módulo 10
Infecciones
Virales y Tropicales

22/10/2010 hs. 20:00 a 23:00
23/10/2010 hs. 08:00 a 13:00

Módulo 11
Infecciones
Virales y Tropicales

19/11/2010 hs. 20:00 a 23:00
20/11/2010 hs. 08:00 a 13:00

Módulo 12
Infecciones
Virales y Tropicales

17/12/2010 hs. 20:00 a 23:00
18/12/2010 hs. 08:00 a 13:00

PERIODO 1974-1976

REGÍAN ENTONCES EL COLEGIO MÉDICO...

CONSEJO DE DISTRITOS

PRESIDENTE	Dr. Lucio Angel
SECRETARIO	Dr. Slaiman León Salomón

MESA DIRECTIVA

Presidente	Dr. Renato Juan M. Fazio
Vicepresidente	Dr. Oscar Armando Falcone
Secretario	Dr. José Tomás Museli
Tesorero	Dr. Ramón Angel Vivas
Vocal Titular	Dr. Ramón Dergam Amado
Vocal Suplente 1º	Dr. Ramón Jorge Fiqueni
Vocal Suplente 2º	Dr. José Nallar
Vocal Suplente 3º	Dr. Julio Abdo

TRIBUNAL DE ETICA Y EJERCICIO PROFESIONAL

Miembro Titular	Dr. Humberto José Diez Barrantes
Miembro Titular	Dr. Arturo Oñativia
Miembro Titular	Dr. Jorge Carlos Argüello Vélez
Miembro Suplente	Dr. Juan Carlos García
Miembro Suplente	Dr. Víctor Abrebanel

TRIBUNAL DE APELACIONES

Miembro Titular	Dr. Hugo Raúl Olmos
Miembro Titular	Dr. Roberto Federico Caprotta
Miembro Titular	Dr. Gustavo Adolfo Ranea
Miembro Suplente	Dr. Jorge Juan Barrantes
Miembro Suplente	Dr. Luis Abdo

REVISORES DE CUENTAS

Miembro Titular	Dr. Jorge Carlos Albrecht
Miembro Titular	Dr. Carlos Poma

TRIBUNALES - COMITES - COMISIONES

COMISION/COMITE/TRIBUNAL	INTEGRANTES	FECHA DE REUNION
--------------------------	-------------	------------------

TRIBUNAL DE ESPECIALIDADES	Dr. Alberto Aleman Dr. Juan José Albornoz Dr. Ricardo Daniel Jarma Dr. Francisco Zenon Aguilar Dra. Mabel Arroyo	Lunes 21:00 hs.
----------------------------	--	--------------------

COMITE DE BIOETICA	Dr. Oscar Cornejo Torino Dr. Humberto Alias D'Abate Dra. Marta Marión Dr. Pablo Figueroa Dr. José Tomás Museli Lic. Hermosinda Eguez Lic. Elena José Dr. Raúl Mendez Dr. Luis Daniel Kohan	1° y 3° Jueves 21:00 hs.
--------------------	--	-----------------------------

COMISION EDUCACION MEDICA	Dr. Gustavo Patrón Costas Dr. Carlos Frau Dr. Alejandro Tapia Dr. Maximiliano Gómez Dr. José Arturo Arduz Dr. Alberto Robredo (Rep. Círculo Médico)	Martes 12:00 hs.
---------------------------	--	---------------------

COMISION JOVENES MEDICOS	Dr. Daniel Alberto Sánchez Dra. Alejandra C. Licudis Dra. Juana Soledad Solís Dr. Pablo Flores Dr. Juan Carlos Giménez Dr. Luciano Cima	1° y 3° Lunes 21:00 hs.
--------------------------	--	----------------------------

COMITE CIENTIFICO ASESOR	Dr. Carlos Cuneo Dr. Jorge E. Llaya Dr. Miguel A. Basombrio	
--------------------------	---	--

COMISION DE POLITICAS DE SALUD	Dr. Jorge Alberto Coronel Dr. Hugo Sarmiento Villa Dr. Gustavo Enrique Salazar Dr. Federico Saravia Toledo Dr. Martín Adolfo Baldi	
--------------------------------	--	--

COMISION DE INSPECCION SERVICIOS ASISTENCIALES	Dr. Rodolfo Valdéz Saravia Dr. Ramiro Pablo Choke Dra. Stella Maris Galdeano	
--	--	--

COMISION DE POSTGRADO	Dr. Ramón Jorge Fiqueni Dr. Alberto Robredo	Martes 21:00 hs.
-----------------------	--	---------------------

COMISION MEDICOS VOLUNTARIOS	Dr. Ricardo Lara Dr. Fernando Basso Dra. Elsa Aguaisol de Cáceres Dr. Enrique Abdenur	
------------------------------	--	--



PROGRAMA DE EDUCACION MEDICA -2.010-



ABRIL	5° CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA: MÓDULO II 08 y 09 de Abril CMS - Urquiza 153	JORNADAS DE CIRUGÍA PLÁSTICA 23 y 24 de Abril Colegio Médico - España 1440	CURSO ANUAL DE TOCGINECOLOGÍA 2010: MÓDULO II 23 y 24 de Abril CMS - Urquiza 153	6° CURSO ANUAL UNIV. EN MEDICINA INTERNA: MÓDULO II 29 y 30 de Abril CMS - Urquiza 153		
MAYO	JORNADAS DE NEUROLOGÍA: "DEMENCIAS" 07 y 08 de Mayo CMS - Urquiza 153	CURSO ANUAL DE TOCGINECOLOGÍA 2010: MÓDULO III 14 y 15 de Mayo CMS - Urquiza 153	JORNADAS DE NEFROLOGÍA 14 y 15 de Mayo Col. Méd. - España 1440	JORNADAS DE MEDICINA FAMILIAR: "ABORDAJE ADOLESC." 21 y 22 de Mayo CMS - Urquiza 153	6° CURSO ANUAL UNIV. EN MEDICINA INTERNA: MÓDULO III 28 y 29 de Mayo CMS - Urquiza 153	
JUNIO	JORNADAS DE NEFROLOGÍA 04 y 05 de Junio Colegio Médico - España 1440	5° CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA: MÓDULO III 10 y 11 de Junio CMS - Urquiza 153	CURSO ANUAL DE TOCGINECOLOGÍA 2010: MÓDULO IV 18 y 19 de Junio CMS - Urquiza 153	6° CURSO ANUAL UNIV. EN MEDICINA INTERNA: MÓDULO IV 25 y 26 de Junio CMS - Urquiza 153		
JULIO	CURSO ANUAL DE TOCGINECOLOGÍA 2010: MÓDULO V 16 y 17 de Julio CMS - Urquiza 153		6° CURSO ANUAL UNIV. EN MEDICINA INTERNA: MÓDULO V 30 y 31 de Julio CMS - Urquiza 153			
AGOSTO	5° C. ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTR.: MÓDULO IV 05 y 06 de Agosto CMS - Urquiza 153	JORNADAS DE ALERGI A E INMUNOLOGÍA 06 y 07 de Agosto CMS - Urquiza 153	CURSO ANUAL DE TOCGINECOLOGÍA 2010: MÓDULO VI 20 y 21 de Agosto CMS - Urquiza 153	JORNADAS DE REUMATOLOGÍA 20 y 21 de Agosto Coleg. - España 1440	6° CURSO ANUAL UNIV. EN MED. INT.: MÓDULO VI 27 y 28 de Agosto CMS - Urquiza 153	JORNADAS DE OFTALMOLOGÍA 27 y 28 de Agosto Coleg. - España 1440
SEPTIEMBRE	JORNADAS DE DERMATOLOGÍA 03 y 04 de Setiembre Colegio Médico - España 1440	5° CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA: MÓDULO V 09 y 10 de Setiembre CMS - Urquiza 153	CURSO ANUAL DE TOCGINECOLOGÍA 2010: MÓDULO VII 17 y 18 de Setiembre CMS - Urquiza 153	6° CURSO ANUAL UNIV. EN MEDICINA INTERNA: MÓDULO VII 24 y 25 de Setiembre CMS - Urquiza 153		
OCTUBRE	JORNADAS DE PSIQUIATRÍA 01 Y 02 de Octubre Colegio Médico - España 1440	5° CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA: MÓDULO VI 07 y 08 de Octubre CMS - Urquiza 153	CURSO ANUAL DE TOCGINECOLOGÍA 2010: MÓDULO VIII 15 y 16 de Octubre CMS - Urquiza 153	6° CURSO ANUAL UNIV. EN MEDICINA INTERNA: MÓDULO VIII 29 y 30 de Octubre CMS - Urquiza 153		
NOVIEMBRE	5° CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA: MÓDULO VII 11 y 12 de Noviembre CMS - Urquiza 153	CURSO ANUAL DE TOCGINECOLOGÍA 2010: MÓDULO IX 19 y 20 de Noviembre CMS - Urquiza 153		JORNADAS DE MEDICINA RESPIRATORIA 26 y 27 de Noviembre Colegio Médico - España 1440		

El Colegio de Médicos de la Provincia de Salta

*Saluda a todos los Médicos Colegiados en el
"Día del Médico Salteño"*

*Es oportuno, en un día como éste, recordar lo que dice la
declaración de Ginebra:*

- Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia.*
- Velar solícitamente por la salud de mi paciente.*
- Mantener incólumne el honor y las nobles tradiciones
de la profesión médica.*

16 DE ABRIL: DÍA DEL MÉDICO SALTEÑO

LEY 7522

Esta Ley se sancionó el día 18 de Septiembre de 2008. Fue publicada en el Boletín Oficial de Salta N 17972, el día 17 de Octubre de 2008.

PROMULGADA POR EL DECRETO N° 4456 DEL 09/10/2008 - ESTABLECE EL DÍA 16 DE ABRIL COMO EL "DÍA DEL MÉDICO SALTEÑO", EN CONMEMORACIÓN DEL NATALICIO DEL DR. ARTURO OÑATIVIA.

Ref.: Expte. N° 91 - 19.844/08

El Senado y la Cámara de Diputados de la Provincia de Salta, sancionan con fuerza de LEY:

Artículo 1°.- Establécese como el "Día del Médico Salteño", el 16 de abril de cada año, en conmemoración del natalicio del Dr. Arturo Oñativia.

Artículo 2°.- Comuníquese al poder Ejecutivo. Dada en la sala de sesiones de la legislatura de la Provincia de Salta, a los dieciocho días del mes de setiembre del año dos mil ocho. Salta, 9 de Octubre de 2008.

DECRETO N° 4456

Ministerio de Salud Pública

Expediente N° 91-19.844/08 Referente. Por ello,
El Gobernador de la Provincia de Salta, DECRETA:

Artículo 1°.- Téngase por Ley de la provincia N° 7522, cúmplase, comuníquese, publíquese, insértese en el Registro Oficial de Leyes y archívese. URTUBEY - Querio - Samson

Firmantes: Godoy - Lapad - Corregidor - López Mirau

Pague su cuota
de colegiado en:



COLEGIO DE MÉDICOS DE SALTA

INFORMA que:

A partir del día 10 de cada mes, los pagos se realizarán en cualquier sucursal de "PAGO FÁCIL" con su N° de matrícula y/o D.N.I.

ASESORIAS

LEGAL	Dr. Rodrigo Frías
CONTABLE	Cdra. Carmen Peralta
INFORMÁTICA/SISTEMAS	Pablo Beltrán / Fernando Sayavedra
WEBMASTER	Daniel Isa

AREA ADMINISTRATIVA

GERENCIA	Jorge Aramayo
SECRETARÍA DE GERENCIA	Diego Loza
CONTABLE	Gustavo Gariboli
ESPECIALIDADES	Raúl Córdoba
MATRICULACIONES	Alfredo Ruiz
HABILITACIONES	Fabián Tapia
MESA DE ENTRADAS	Luis Aramayo / Gastón Vivas

HORARIO DE ATENCIÓN: Lunes a Viernes de 08:00 a 14:00 hs.

COLEGIO DE MEDICOS DE SALTA INFORMA: GUIA DE TRAMITES

REQUISITOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA MATRÍCULA: Acreditar Título Universitario original y (2) fotocopias autenticadas por Universidad o Certificado original del Título en trámite y (2) fotocopias autenticadas por Universidad. Certificado analítico (original y fotocopia). Certificado de Residencia de Domicilio en Salta. Fotocopia de la 1º y 2º hoja del DNI (Fotocopia del cambio de domicilio actualizado). Proveer de (3) fotografías de 3 cm. x 3 cm. (Saco y Corbata). Estampillado Fiscal (Rentas: España N° 625) Valor: \$25,00.- Certificado Ético - Profesional y de Libre Deuda (Otorgado por el último lugar en donde estuvo colegiado) o Cancelación de Matrícula. Certificado de Antecedentes Personales de la Policía de Salta. ARANCEL: \$ 200,00.-

CANCELACIÓN DE MATRÍCULA: Nota solicitud y entrega de credencial profesional. No registrar saldo deudor.

CERTIFICACIÓN DE ÉTICA PROFESIONAL Y LIBRE DEUDA: No registrar inhabilitación profesional y/o judicial ni deuda bajo ningún concepto.

CUOTA DE COLEGIADO: \$ 40,00.-

DUPLICADO DE CREDENCIAL: Denuncia Policial. (1) Foto Carnet 3 cm. x 3 cm. Arancel: \$ 40,00.-

HABILITACIÓN DE LOCAL PROFESIONAL: Presentar Declaración Jurada. El formulario puede ser retirado de nuestra sede o desde www.colmedsa.com.ar y deberá contar con el aval de (1) profesional colegiado.

AUTORIZACIÓN DE PUBLICIDAD Y ANUNCIOS MÉDICOS: Retirar Formulario en nuestra sede o desde www.colmedsa.com.ar en el cual deberá transcribir el texto a publicar. Recordamos que toda publicidad debe contar con la autorización previa de la Mesa Directiva, de acuerdo a lo establecido por el Art. 10 del Reglamento de Publicidad y Anuncios Médicos.

CERTIFICADO DE ESPECIALISTA: Acreditar (5) cinco años de ejercicio ininterrumpido en la Especialidad. Presentar currículum vitae en original y copia (foliado y rubricado). Arancel \$ 300,00. - Para el caso de las especialidades quirúrgicas, se deberá acompañar detalle de las prácticas realizadas durante el último año, éstas deberán estar avaladas por el Gerente General, Jefe del Servicio, Jefe del Programa de Recursos Humanos del Hospital donde se desempeña. En caso de las actividades quirúrgicas privadas, el listado deberá estar avalado por el Director del establecimiento y la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Salta. **INSCRIPCIONES:** Turno Febrero: hasta el 28/02 del año en curso. Turno Julio: hasta el 31/07 del año en curso.

SALÓN DE CONFERENCIA: Capacidad: 60 personas. Totalmente equipado. Para su utilización se debe presentar nota dirigida a la Mesa Directiva del Colegio de Médicos de Salta con una antelación de 30 días a la fecha del evento.

INTERNET: Horario de consulta de 08:00 a 14:00 hs.

CURIOSIDADES MEDICAS

LAS 10 ENFERMEDADES MÁS RARAS DE LA MEDICINA

(Primera Parte)

1) Síndrome Hombre Lobo (Hipertrichosis Lanuginosa Congénita)

Frecuencia: 40-50 Casos documentados en todo el mundo desde su descubrimiento. Se estima en un caso entre mil millones o uno por 10 mil millones de habitantes.

Descripción: Las personas que lo padecen están completamente cubiertas por un vello lanugo largo excepto en las palmas de las manos y de los pies. La longitud a la que puede llegar el vello es de 25 centímetros.

2) Gemelo Parásito (Fetus in Fetus)

Frecuencia: Alrededor de 100 casos documentados en todo el mundo.

Descripción: Cuando el feto hospedador consigue sobrevivir al parto, éste puede mostrar un abombamiento en la zona donde se sitúe el feto parásito. El 80% de las veces se encuentra en la región abdominal, pero también puede encontrarse en el cráneo, zona sacra, escroto... También puede pasar desapercibido al principio. Más tarde, conforme la persona va creciendo también lo hace el feto parásito. Al realizar pruebas de imagen se observan órganos en lugares donde no deberían existir

aunque también pueden verse unas diminutas piernas, brazos, dedos, pelo o cualquier otro elemento del feto que haya desarrollado. No hay dos casos iguales de fetus in fetus, puesto que los fetos parásitos pueden situarse en zonas muy distintas del feto hospedador y, por tanto, también será diferente el grado de crecimiento y elementos que haya llegado a desarrollar. Hay fetus parásitos muy desarrollados y otros que sólo poseen un número escaso de órganos.

3) Cola Humana Verdadera (Cola Vestigial)

Frecuencia: Alrededor de 100 casos documentados en todo el mundo.

Descripción: Se observa la presencia de una cola vestigial en la zona final del sacro, a nivel cóccix. Esta cola está compuesta de tejido conectivo, músculos, vasos sanguíneos, nervios, piel, vértebras y cartílago.

4) Progeria (Síndrome Hutchinson-Gilford)

Frecuencia: Alrededor de 100 casos documentados. Se estima que aparece un caso de progeria por cada 8 millones de nacimientos, aunque podría ser mayor ya que muchas veces no llega a

diagnosticarse.

Descripción: Los individuos con progeria envejecen muy rápidamente desde la niñez. Al nacimiento tienen una apariencia totalmente normal pero van creciendo cada vez más lentamente que los otros niños y desarrollan una expresión facial muy característica. Pierden el pelo, adquieren arrugas y padecen un daño severo de las arterias (aterosclerosis) que les lleva a la muerte en los primeros años de la adolescencia.

5) Síndrome de Proteus

Frecuencia: 200 casos documentados en todo el mundo actualmente. Se estima que aparece un caso por más de un millón de nacimientos.

Descripción: Existen una gran cantidad de malformaciones cutáneas y subcutáneas, con hiperpigmentación, malformaciones vasculares y crecimiento irregular de los huesos. Se produce el gigantismo parcial de los miembros o el crecimiento excesivo de los dedos mientras que algunas zonas del cuerpo crecen menos de lo que deberían. Todo esto provoca una desfiguración extrema de la persona que suele estigmatizarla socialmente. Josep Merrick, el famoso "Hombre Elefante", sufría de este síndrome.

HISTORIA DE LA MEDICINA

EL CIRUJANO CLANDESTINO: DR. HAMILTON NAKI

Hamilton Naki, un sudafricano negro de 78 años, murió a finales de mayo de 2005.

La noticia no figuró en los diarios; pero su historia, es una de las más extraordinarias del siglo XX.

El cine lo bautizó como "El cirujano clandestino".

Naki fue un gran cirujano. Él fue quien retiró el órgano del corazón de la donadora, para ser transplantado en el pecho de Louis Washkanky en 1967, en Ciudad del Cabo, África del Sur, en la primera operación de trasplante cardíaco humano, con éxito. Es un trabajo delicadísimo, porque el corazón donado tiene que ser retirado y preservado con el máximo cuidado.

Naki era tal vez el segundo hombre más importante del equipo que hizo el primer trasplante cardíaco de la historia, pero no podía aparecer públicamente; porque era negro, en el país del apartheid.

El cirujano-jefe del grupo, el Dr. Christian Barnard, se transformó en una celebridad instantánea, pero Hamilton Naki no podía salir en las fotografías del equipo, y cuando apareció en una, por descuido, el hospital informó

que era un empleado del servicio de limpieza.

Naki usaba chaleco y máscara pero jamás estudió medicina o cirugía. Había abandonado la escuela a los 14 años para ser jardinero en la Escuela de Medicina, de la Ciudad del Cabo. Pero aprendía de prisa y era curioso.

Cambió e hizo toda la clínica quirúrgica de la escuela, donde los médicos blancos practicaban las técnicas de trasplantes en perros y cerdos.

Comenzó limpiando los chiqueros. Aprendió cirugía presenciando experiencias con animales.

Se transformó en un cirujano excepcional a tal punto que Barnard lo requirió para su equipo.

Se quebrantaban las leyes sudafricanas del apartheid cuando un negro como Naki, operaba pacientes o tocaba la sangre de blancos. Pero el hospital hizo una excepción para él; y se transformó en un cirujano "clandestino".

Era el mejor y dictaba clases a los estudiantes blancos; pero ganaba salario de técnico de laboratorio, lo máximo que el hospital podía pagar a un



negro.

Vivía en una barraca sin luz eléctrica ni agua corriente, en un gueto de la periferia.

Hamilton Naki enseñó cirugía durante 40 años y se retiró con una pensión de jardinero de 275 dólares, por mes. Pero eso no le importó, el siguió estudiando y dando lo mejor de sí, pese a su discriminación.

Después que el apartheid acabó, ganó una condecoración y un diploma de médico "honoris causa".

Pese a su clandestinidad y discriminación, jamás dejó de dar lo mejor de sí y su pasión por ayudar a vivir y nunca reclamó por las injusticias que sufrió en su vida entera.

COLEGIO DE MÉDICOS DE SALTA

PREMIO ANUAL

2010



Al mejor Trabajo inédito que a juicio del Jurado designado, constituya un real aporte a las especialidades clínicas y quirúrgicas reconocidas por el Colegio de Médicos de Salta. El mismo será merecido estímulo para todo profesional que ejerza y esté colegiado por un tiempo ininterrumpido de tres (3) años al momento de su participación y haya desarrollado su actividad profesional en la Provincia de Salta.

PREMIO: Consistirá en DIPLOMA y MEDALLA DE ORO.

FECHA ENTREGA DE TRABAJOS: Hasta el 30/07/2010.

ENTREGA PREMIO: Acto Académico Diciembre 2010

BASES Y REQUISITOS en: www.colmedsa.com.ar

COORDINACIÓN A CARGO: COMISIÓN CONSULTIVA DE JÓVENES MÉDICOS.

COLABORACIÓN: COMITÉ ASESOR CIENTÍFICO.



Foto de Tapa

Hospital "Nuestra
Señora del Rosario"
(Cafayate - Salta)

COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA
HONORARIO MINIMO ETICO PROFESIONAL

CONSULTA A CONSULTORIO:
\$ 40,00 (PESOS, CUARENTA)

CONSULTA A DOMICILIO:
\$ 50,00 (PESOS, CINCUENTA)

RESOLUCIÓN N° 065/09 MESA DIRECTIVA 02/09/09



VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta