



VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta

AÑO 4 - N° 8 - JULIO 2010



- ELIMINACIÓN DEL MERCURIO EN SECTOR SALUD
- BRONQUIOLITIS
- UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA: UN MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA
- EL ABC DE: ERITROSEDIMENTACIÓN
- LEY DE SALUD MENTAL: AL BORDE DE UN ERROR GRAVE
- BIOGRAFÍAS: DR. JOSÉ ANTONINO CORNEJO

- INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA Y CRÓNICA: ¿CUÁNDO ES VIABLE UN TRASPLANTE HEPÁTICO?
- ESPECIALIDADES: MODIFICACIÓN DE LOS ART. 57 Y 61 - INC. 5) DEL DECRETO LEY N° 9114/65
- LAS 10 ENFERMEDADES MÁS RARAS DE LA MEDICINA
- DOMINIQUE J. LARREY: UN HOMBRE VIRTUOSO Y UN MÉDICO CREATIVO

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. 8 - JULIO 2010

Biografías: Dr. José A. Cornejo	pág. 4
Eliminación del Mercurio en Sector Salud	pág. 6
Un Modelo de Gestión Hospitalaria	pág. 8
Bronquiolitis	pág. 11
El ABC de: Eritrosedimentación	pág. 14
Ley de Salud Mental: Al borde de...	pág. 17
Insuf. Hepática Aguda y Crónica	pág. 19
Programa de Educación Médica	pág. 24
Especialidades: Modif. de los art. 57 y 61	pág. 25
Guía de Trámites	pág. 26
Las 10 enf. más raras de la medicina	pág. 27
Dominique J. Larrey: Un hombre virtuoso...	pág. 28

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
Dr. Pablo Flores
Dr. Juan Carlos Giménez
Dra. María Cecilia Montoya
Dr. Octavio Alejandro Guanca

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

Especialidad, es una actividad o cualidad en la que alguien se destaca o sobresale; es la rama de una ciencia que se ocupa de una parte de la misma.

"Ars longa vita brevis" es una cita de Hipócrates que significa "El arte (la ciencia) es duradero pero la vida es breve". Esta expresión se emplea para indicar que cualquier tarea importante requiere mucho esfuerzo y dedicación; pero la vida de quien la emprende es corta.

El Colegio de Médicos de la Provincia de Salta trabaja desde hace varios años en la formación de sus médicos en el Postgrado con el fin de facilitar y promover la capacitación y lograr de esa manera acceder a la especialidad médica elegida. Todos coincidimos que el sistema ideal de formación son las residencias médicas o diferentes tipos de agregaturas a Servicios calificados en formación y docencia, pero lamentablemente el acceso a ese privilegiado sistema solo lo alcanzan un 20 % de los postulantes.

Durante la etapa de residencia o agregaturas el médico se encuentra en etapa de formación continua y al finalizar la misma es cuando viene el segundo gran "examen" de esta dura carrera, el examen de la Especialidad. Lo cual nos demuestra que esta apasionante pero difícil profesión no termina con título de médico sino por el contrario, allí es cuando empiezan las más exigentes pruebas: examen de residencia, examen de especialidad y la regularidad de la misma con las distintas re-certificaciones.

El Tribunal de Especialidades se crea en el año 1966, época en donde solo se valoraban antecedentes. En el año 1990 se empieza a reglamentar el inciso 5 del Art. 61 – Decreto N° 2133/84.

Actualmente en Salta existen 3.095 matriculados activos por este Colegio Médico. De los cuales 1.293 (41,8%) son especialistas, 977 (31,6%) registran antecedentes y 825 (26,6%) sin especialidad asignada.

En 2006 tuvimos 32 postulantes para rendir especialidades, en 2007 fueron 38 y para recertificar 64. En 2009 se presentaron 54 a rendir especialidades y para recertificar 88.

Estos números demuestran un creciente interés en lograr una especialidad, aunque la misma sea voluntaria. Consideramos que ante los avances y exigencias de la medicina, lograr y mantener una Especialidad jerarquiza el acto médico en todos sus aspectos.

Tribunal de Especialidades
Colegio de Médicos de la Pcia. de Salta

BIOGRAFIAS

DR. JOSE ANTONINO CORNEJO

Para quienes lo conocimos, no resulta fácil pasar por el hoy derruido consultorio de la calle Dean Funes 570, sin que rápidamente acudan a la memoria, los indelebles recuerdos del Dr. José Antonino Cornejo. Había nacido en Salta, el 12 de octubre de 1927, pero a los tres años, se fue con sus Padres y su hermano a vivir a la ciudad de Buenos Aires. Allí se educó en el Colegio de los Hermanos Maristas, para luego egresar (con diploma de honor) como médico de la Universidad de Buenos Aires.

Posteriormente se doctoró en medicina, con tesis sobresaliente. También se diplomó como médico cardiólogo. Se formó bajo la impronta del doctor Dassen y luego fue el discípulo dilecto del Dr. Pedro Cossio. Fue residente del viejo Hospital de Clínicas, en donde forjó su férreo carácter y la precisión de su diagnóstico; con el ejemplo de Bernardo Houssay y Mariano Castex. Por aquéllos tiempos sólo podían ser residentes del viejo Clínicas los diez mejores promedios de la Facultad de Medicina y esa impronta marcaría a fuego su vida profesional.

Desde joven fue investigador ineludible, que publicó treinta y dos trabajos científicos, más cinco libros de su autoría en temas médicos;

fue un abnegado docente en las Facultades de Medicina de Buenos Aires y Tucumán, y un médico, cuyo prestigio le valió ser designado miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina. Dictó innumerables conferencias en el país y en el exterior, incluso llegó a recibir una última distinción pocos días antes de morir.

Particularmente, el CEMIC, junto a otros médicos notables y una historiadora distinguida, le otorgó el premio "Norberto Quirno" de Historia de la Medicina, por la práctica del "coqueo" en Salta. Muchos años más tarde, concluyó esa investigación en soledad, y hasta el presente permanece inédita. También obtuvo el premio de "Laboratorios Roetgen" de medicina interna, con la correspondiente medalla de oro. A la par que dictó, cursos y seminarios lo cual le valió entre sus congéneres la distinción propia del maestro. Fue fundador de la Sociedad de Medicina Interna de Salta, del Ateneo de Medicina y de la Asociación Médica Latinoamericana. Consiguió por única vez en la historia médica de nuestra Provincia, reunir a deliberar a todos los miembros de número de la Academia Nacional de Medicina. Fue primero subdirector y luego director del Instituto del Bocio,



luego denominado de Patología Regional y actualmente "Dr. Arturo Oñativia", desde donde formó a innumerables profesionales médicos con profunda abnegación docente y compromiso con la ética al servicio de la salud.

Su ojo avizor en materia de diagnóstico, le permitió anticipar, en una ocasión la enfermedad de "Alzheimer", casi veinte años antes de que se empezara a conocer. Quienes lo recuerdan, saben aun hoy de la meticulosidad de sus revisiones, de la inquietud por conocer de inmediato los síntomas, porque era un semiólogo en el

cabal sentido del término, enfundado en su impecable delantal blanco, sus gafas de lectura y el infaltable jazmín que perfumaba con su aroma a los pacientes que le relataban sus males, renovado a menudo por su noble y leal asistente Angélica.

Pero por sobre todo, fue un hombre comprometido con su tiempo, de una obstinada rectitud, interesado profundamente en los destinos del país y de Salta hasta sus últimos suspiros. En una oportunidad afirmó que: la medicina es auxilio, asistencia y socorro, que se ejerce por obediencia a la ética, la cual no admite la dubitación de la

opción. Esa fue la síntesis de su vida. Fue un conversador ameno e incombustible, en donde desplegaba su carisma inconfundible, y la simpatía de su sonrisa y sus anécdotas, mezclada con un aura que le confería una estampa de varonil elegancia. Resulta imposible que la nostalgia no supere a los recuerdos, pero para quien escribe estas líneas le quedaron para siempre, su ejemplo, la firmeza de sus convicciones, la lealtad del amigo presente y confidente en los momentos difíciles, más el afecto y la confianza inabarcables que supo dispensarme como tío.

Abel Cornejo

CONVENIO NUEVA SEDE INSTITUCIONAL



El día 19 de mayo pasado, en el Colegio de Médicos de la Provincia de Salta se firmó con el Colegio de Arquitectos de Salta, el Convenio para la Organización, Elaboración de Bases y Llamado a Concurso Provincial de Anteproyectos para la construcción de la nueva Sede del Colegio de Médicos de Salta. De esta manera, la Institución de los Arquitectos colaborará en la selección del anteproyecto. El terreno de 1100 mts² fue dado en comodato por el Gobierno de la Provincia de Salta y se encuentra ubicado en la intersección de las calles Alvear y Aniceto Latorre. De acuerdo a los tiempos estipulados de las distintas etapas para el concurso del anteproyecto de la nueva Sede, en setiembre de este año se conocerá el ganador del mismo y se dará a conocer oportunamente.

ELIMINACIÓN DEL MERCURIO EN SECTOR SALUD

La contaminación por mercurio representa un grave problema para la salud humana y ambiental.

¿Dónde se encuentra el Mercurio?

- En los establecimientos de salud, en termómetros, tensiómetros, dispositivos gastrointestinales y otros productos médicos. En fijadores, conservantes, químicos de laboratorio, limpiadores y otros productos de uso médico, que cuando son descartados como desechos, contribuyen a la contaminación ambiental.

- Otras fuentes de mercurio al ambiente son: emisiones de las centrales de energía que emplean carbón como combustible y las plantas de cloro-soda que emplean celdas de mercurio, así como la minería de oro a escala artesanal.

Toxicidad:

El mercurio es tóxico, no sólo para la salud humana sino también para los ecosistemas. A temperatura ambiente, el mercurio elemental líquido se puede transformar en gas en cantidades significativas, exponiendo a los trabajadores o pacientes del lugar a niveles potencialmente altos del metal.

Si se descarta entre los residuos comunes, el mercurio tarde o temprano llega al

medio ambiente donde los organismos que viven en ríos, lagos o en el suelo húmedo pueden transformarlo en el altamente tóxico mercurio orgánico. Este tipo de mercurio, que daña el sistema nervioso a niveles extraordinariamente bajos, persiste y se acumula en animales, peces y en el medio ambiente global. Asimismo puede bioacumularse en los organismos y también biomagnificarse a través de las cadenas tróficas.

¿Qué manifestaciones científicas existen sobre su toxicidad?

En el 2006, la Comisión Internacional de Salud Ocupacional (ICOH) analizó la Neurotoxicidad de Metales: Plomo, Mercurio y Manganeseo, en la Universidad de Brescia, Italia.

Participaron 27 países y difundieron sus conclusiones en lo que se dio en llamar "la Declaración de Brescia sobre prevención de la neurotoxicidad de los metales". En ella se reconoce que tuvieron que transcurrir muchas décadas entre el reconocimiento inicial de la neurotoxicidad de los metales, entre ellos el mercurio, y la iniciación de los programas de prevención.

Es fuerte la evidencia sobre la exposición prenatal a metilmercurio como causa de neurotoxicidad fetal. En la embarazada, el consumo de pescado con elevadas concentraciones de mercurio, es la ruta de exposición primaria y más del 50% del mercurio en el pescado puede ser de origen industrial.

SITUACIÓN ACTUAL:

A nivel internacional:

Es política de la Organización Mundial de la Salud apoyar la prohibición del uso de mercurio en las prácticas médicas. Por su parte, el Parlamento Europeo prohibió a partir de enero de 2008 en toda la Unión Europea, la venta de termómetros de mercurio para medir la fiebre.

La Declaración de Brescia propuso que todas las naciones revisen los usos industriales, los procesos de reciclado y toda otra fuente industrial de ingreso al ambiente del mercurio. Todos los usos no esenciales deberían ser eliminados y se deberían controlar las emisiones. Este abordaje ha sido exitosamente introducido en la Unión Europea (UE) y es promovido activamente por el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA).

En nuestro país:

El Ministerio de Salud por resolución 139/2009, convoca a la eliminación gradual de este tóxico en el país.

Más de 70 instituciones del ámbito sanitario se han sumado a la iniciativa. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las provincias de Chaco, Jujuy y La Rioja, junto con hospitales de Córdoba, Chubut, Neuquén, Río Negro, San Juan, Santa Fe y Tierra del Fuego firmaron la carta de intención para la eliminación del mercurio y se encuentran en pleno reemplazo de su empleo.

¿Qué se debe hacer?

Lograr compromiso de sectores de decisión y comenzar a trabajar.

Existen documentos de la Coalición Internacional Salud Sin Daño, con guías para la sustitución y eliminación adecuada, entre otras acciones:

- Discontinuar la compra de equipos conteniendo mercurio. Desarrollar e implementar una "Política de Compras Libre de Mercurio" y comunicar a los proveedores sobre la nueva política para trabajar en equipo en la búsqueda de alternativas al mercurio.

- Reemplazar, siempre que sea posible, los equipos y productos con mercurio existentes por equipos no peligrosos.

- Desarrollar e implementar un programa de segregación para los residuos de mercurio mientras se pone en práctica el reemplazo, o en los casos en los que aún no están disponibles las alternativas. El programa debe procurar una disposición final adecuada evitando la incineración de dichos residuos.

Dra. Adriana Flores Blasco
Servicio de Toxicología
Ministerio de Salud Pública
de Salta

Limpieza de pequeños derrames de Mercurio

1) Quitarse todas las alhajas de manos y muñecas para que el mercurio no se combine (amalgame) con los metales preciosos. Cambiarse por ropa y zapatos viejos que puedan ser descartados si se llegaran a contaminar.

2) Solicitar a toda persona que esté en el área donde se realizará la limpieza, que se retire del lugar. Cerrar la puerta del área impactada. Apagar el sistema de ventilación interior para evitar la dispersión de los vapores de mercurio.

3) El mercurio se puede limpiar fácilmente de las siguientes superficies: madera, linóleo, cerámica y otras superficies similares. Si el derrame sucede sobre alfombras, cortinas, tapizados u otras superficies similares, estos elementos contaminados se deben tirar siguiendo los lineamientos detallados más abajo. Corte y saque sólo la porción afectada de la alfombra contaminada para su descarte.

4) Ponerse guantes de goma o látex.

5) Si hay restos de vidrio u objetos cortantes, recójalos con cuidado. Coloque todos los objetos rotos sobre una toalla de papel. Doble la toalla de papel e introdúzcala en una bolsa hermética tipo ziplock. Cierre la bolsa y rotúlela.

6) Localice las gotas de mercurio. Utilice tiras de cartón para recoger las "bolitas" de mercurio. Realice movimientos lentos para evitar que el mercurio se vuelva incontrolable. Tome una linterna,

sosténgala en un ángulo bajo lo más cercano al piso en el cuarto oscurecido y busque el brillo de las gotas de mercurio que puedan haber quedado pegadas en la superficie o en las pequeñas hendiduras.

Nota: El mercurio puede recorrer distancias sorprendentes en superficies duras y lisas, por lo que asegúrese de inspeccionar todo el cuarto cuando esté realizando esta tarea.

7) Utilice un gotero o jeringa para recolectar o aspirar las gotas de mercurio. Lenta y cuidadosamente transfiera el mercurio a un recipiente plástico irrompible con tapa como los tarritos empleados para película fotográfica de 35 mm (evite usar vidrio). Coloque el recipiente en una bolsa hermética tipo ziplock. Asegúrese de rotular la bolsa.

8) Luego de haber recogido las gotas más grandes, utilice cinta adhesiva para recolectar las gotas más pequeñas difíciles de ver. Coloque la cinta adhesiva en una bolsa ziplock y ciérrela. Asegúrese de rotular la bolsa previa consulta a las autoridades ambientales de su localidad.

9) **PASO OPTATIVO.** Si lo desea, puede utilizar azufre en polvo, disponible comercialmente, para absorber las gotas de mercurio que son muy pequeñas como para verse a simple vista. El uso de azufre tiene dos efectos: 1) hace que el mercurio sea más sencillo de ver, debido a que puede haber un cambio de color

del amarillo al marrón; 2) une el mercurio de manera que sea más sencilla su remoción y suprime los vapores del mercurio no encontrado.

Nota: El azufre en polvo puede manchar las telas de un color oscuro. Cuando utilice azufre en polvo, no respire cerca del polvo ya que puede resultar moderadamente tóxico.

Además, antes de emplearlo, debe leer y comprender toda la información acerca del manejo del producto.

10) Coloque todos los materiales utilizados en la limpieza, incluidos los guantes, en una bolsa de basura. Coloque todas las gotas de mercurio y objetos desechados en la bolsa. Cíerrela y rotúlela.

11) Póngase en contacto con el encargado de limpieza de su hospital para una correcta disposición final de los residuos recogidos, acorde a las leyes y posibilidades locales. En ausencia de normas específicas, recolecte los residuos del derrame de mercurio en tambores de acero resistentes a la exposición en exterior.

12) Recuerde mantener el área de derrame con una buena ventilación de aire exterior (por ejemplo ventanas abiertas y ventiladores funcionando) por lo menos las 24 horas posteriores a la limpieza del derrame. Si se presenta algún síntoma de enfermedad, busque atención médica en forma inmediata.

HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA

"LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA" UN MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA

Un proverbio de los Mayas dice: "En el niño está encerrado el futuro del mundo, el padre debe llevarlo a la montaña más alta para que vea como es el mundo, la madre debe sostenerlo muy cerca de ella para que sepa que el mundo es él".

La Unidad de Gestión Clínica de Neonatología (UGCN) abre sus puertas a la Comunidad

La noche del 25 de Abril del año 2001 el escenario que ofrecía Salta era espléndido, parecía estar de acuerdo con la flamante etapa que iniciaba la Maternidad Pública más importante de la Provincia que se había trasladado desde el Hospital Materno Infantil a "El Nuevo Hospital El Milagro". El 26 de Abril del año 2001 a las 8 de la mañana comenzó a funcionar la "Unidad de Gestión Clínica de Neonatología", con la trascendente misión de ofrecer una atención de alta calidad, oportuna, integral y humanizada a los recién nacidos y sus familias.

Se continuaba con la asistencia de los pacientes pero además comenzaba una nueva experiencia de organización hospitalaria basada en "Unidades de Gestión Clínica".

Las Unidades de Gestión



Clinica en el hospital son centros que asumen la responsabilidad de la gestión de los recursos, de la calidad y de la producción, incorporando a ellas los cuidados de enfermería, y siendo dichas unidades el auténtico centro de la actividad asistencial".

Incorporado como Responsable de la UGCN en el año 2002 comprobé que todo el personal estaba en el proceso de incorporar términos como "Gestión Clínica, planificación estratégica, cartera de servicios, plan de calidad, descentralización de la gestión, convenio de gestión, empresa, producción, líneas de desarrollo, evaluación, protocolos, cuadro de mandos,

análisis de costos", etc... que en conjunto son muchas de las herramientas de un modelo de organización diferente que pretende la excelencia asistencial y organizativa de la Unidad.

Las Condiciones de Eficiencia de la Unidad de Gestión Clínica de Neonatología

Todos los Servicios o Unidades -sin importar su modelo de administración- deben cumplir con determinadas condiciones de eficiencia para alcanzar sus objetivos; entendiendo por condiciones el conjunto de requisitos o características a reunir para atender adecuadamente las necesidades de la población y como eficiencia la realización

de las actividades al menor costo o esfuerzo posible, con un patrón de actividad aceptable. Con algunas modificaciones a las recomendaciones de diferentes organismos considero que un Servicio o Unidad debe disponer en su organización de las siguientes condiciones:

1. Planta física.
2. Recursos humanos.
3. Modelo de Gestión y Organización.
4. Servicios complementarios.
5. Equipos, recursos materiales y suministros.
6. Educación para la salud, participación comunitaria.
7. Sistema de registro e información.

Durante el año 2006, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia evaluó las condiciones de eficiencia de los Servicios de Neonatología públicos más importantes de Argentina. El instrumento elegido fue la "Guía de evaluación de servicios de Neonatología" de los Dres: Miguel Larguía, Luis Prudent, Celia Lomuto, Enrique Colombo y Diego Enriquez".

Como se Observa la Unidad pública de Salta en el hoy renombrado "Hospital Público Materno Infantil" alcanzó buenos niveles de eficiencia. En infraestructura la Unidad no contaba con una Residencia para Madres de niños prematuros internados, situación que ya fue revertida durante el año 2009 por decisión de la "Fundación Argentina Santa Tecla". En

equipamiento había déficit de equipos en el área de cuidados especiales; en recursos humanos se señaló que el número de enfermeros no era suficiente, y no se disponía de servicios de apoyo exclusivos para la Unidad como Psicología, Asistente social y otros. La ausencia de exámenes anuales en salud para todo el personal fue otro de los aspectos que no se cumplían.

Cuando se analizaron los resultados en todo el País y además se cruzaron las condiciones de eficiencia con los resultados de mortalidad de los recién nacidos, se arribó a la conclusión de que los servicios con mayor déficit en las condiciones de eficiencia tenían los mayores indicadores de mortalidad neonatal.

El modelo de Gestión de la Unidad

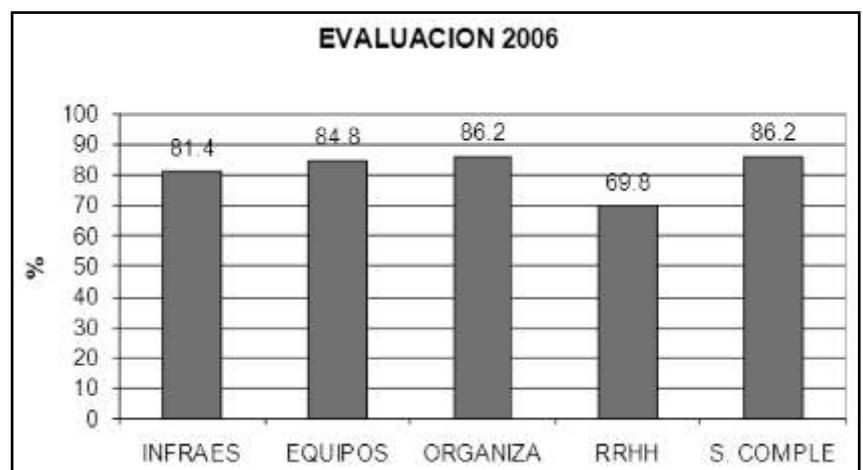
En nuestra Unidad todos los años sistemáticamente se evalúan las condiciones de eficiencia y la organización en su conjunto con el instrumento rector del Hospital que es el

Convenio de Gestión Clínica.

En el marco de los lineamientos estratégicos de la Gerencia del Hospital este documento establece un acuerdo entre la Unidad y la Gerencia, con participación de la Dirección Médica del Hospital y tiene por finalidad por un lado descentralizar el poder y la toma de decisiones en los profesionales, y por el otro mejorar la relación entre productividad, calidad y costos de los servicios.

Al "firmar el Convenio de Gestión de la Unidad" el jefe de la Unidad asume -por escrito- el compromiso de gestionar integralmente la Unidad liderando al equipo interdisciplinario que se desempeña en la misma; siendo importante cumplir con los objetivos institucionales que priorizan la atención de los pacientes con la mayor eficiencia posible.

El contenido del Convenio de Gestión para el 2010 incluye los siguientes temas a convenir y que muestro en la siguiente tabla:



1	Misión y Visión de la Unidad.
2	Objetivos y Líneas de desarrollo.
3	Cartera de Servicios.
4	Indicadores de Producción.
5	Objetivos de <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividades ▪ Calidad ▪ Docencia e Investigación ▪ Organización y Gestión ▪ Cumplimientos económicos
6	Recursos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Humanos ▪ Análisis y Proyección de Guardias ▪ Infraestructura ▪ Equipamiento ▪ Pactos de Consumos, Farmacia, Almacén y Hotelería.
7	Organización y Normas de Funcionamiento
8	Sistema de Información, seguimiento y evaluación de resultados.
9	Sistema de Incentivos
10	Plan de mantenimiento

De este modo gestionamos la Unidad de Neonatología en nuestro Hospital; por supuesto que al ser los procesos sanitarios y no sanitarios perfectibles requieren de supervisión continua. Un aspecto importante a considerar es que la Unidad de Referencia, con un modelo de gestión definido como el nuestro, puede sufrir desviaciones en los objetivos planificados que modifican la evolución de los indicadores.

Un ejemplo sería, problemas epidemiológicos no esperados, aumento de la demanda de la red sanitaria, etc. Situaciones como las mencionadas deben abordarse en forma dinámica para dar respuestas concretas y operativas.

Agradezco la oportunidad que me brindó el Colegio de Médicos de la Provincia de Salta para referirme en términos generales sobre la organización de la Unidad de

Neonatología del Hospital Público Materno Infantil de Salta.

Antes de terminar debo ratificar un secreto a voces entre quienes trabajamos en el sector salud de esta provincia y el país: "se sabe que la ineficiencia del sistema sanitario argentino reconoce como una causa principal la inadecuada gestión -en todos los niveles- de los recursos asignados al mismo"; esperemos por nuevas oportunidades donde los decisores de las políticas públicas definan prioridades en el sistema de salud que trasciendan los intereses personales o sectoriales en beneficio de la población. Mientras tanto los Servicios o Unidades asistenciales deben esforzarse para lograr la mejor organización posible con una planificación integral que les permita alcanzar los mejores resultados.

Dr. Mario A. Del Barco
Responsable de Unidad de
Gestión Clínica de
Neonatología

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

Suscríbase a nuestro Newsletter en:
www.colmedsa.com.ar



BRONQUIOLITIS

DEFINICION:

Es una enfermedad aguda, de etiología viral, que afecta al aparato respiratorio en forma difusa y bilateral y que se manifiesta clínica y funcionalmente por incapacidad ventilatoria obstructiva.

EPIDEMIOLOGIA:

Es más frecuente en lactantes, sobre todo menores de 6 meses y hasta los 2 años de edad. También es más frecuente en varones 2:1 con respecto a las niñas (esto podría explicarse por el menor calibre de la vía aérea en los niños en etapas tempranas de la vida).

En un niño que cursa su primer episodio de sibilancias debe

pensarse en Bronquiolitis, pero ante episodios reiterados deben considerarse los diferentes diagnósticos diferenciales.

Predomina en otoño e invierno pero puede extenderse hasta la primavera.

AGENTES ETIOLOGICOS MAS FRECUENTES:

- Virus Sincitial Respiratorio 70%, más frecuente en otoño.
- Influenza
- Parainfluenza
- Adenovirus
- Rinovirus

CUADRO CLINICO:

- Síntomas de infección respiratoria alta: 1 - 3 días previos como rinorrea, congestión, tos y

eventualmente fiebre de escasa magnitud y conjuntivitis, puede presentar rechazo alimentario.

- Síntomas y signos de obstrucción bronquial como taquipnea, presencia de tiraje, aleteo nasal, espiración prolongada, sibilancias, rales, tos que duran hasta 5 - 6 días.

- Ocasionalmente apneas, más frecuente en menores de 6 meses.

- De acuerdo al grado de incapacidad ventilatoria, podrá asignarse de manera objetiva un puntaje utilizando la Escala clínica de TAL (modificada) que permite medir el grado de severidad de la obstrucción bronquial.

ESCALA DE TAL (modificada)					
Puntaje	Frecuencia Respiratoria		Sibilancias	Cianosis	Retracción Costal
	6 m	+6 m			
0	-40	-30	No	No	No
1	41-55	31-45	Fin de Espiración	Perioral al llorar	Intercostal
2	56-70	46-60	Inspiratorias-Espiratorias	Perioral En reposo	Intercostal-subcostal
3	+ 70	+ 60	Audibles en reposo o silencio auscultatorio	Generalizado En reposo	Universal

LEVE: 0-4

MODERADO: 5-8

SEVERO: 9-12

La clásica evaluación de la severidad a través de la alteración del sueño y/o la alimentación es práctica y se

puede correlacionar con la Escala de Tal y la medición de la saturación de oxígeno (medible con el oxímetro de

pulso) monitoreando así la oxigenación.

SATURACION		ACTITUD	TRATAMIENTO	RX
LEVE	+95%	Come y duerme	Ambulatorio	No
MODERADO	92-95%	No come y duerme	Internación Optativa	Optativa
GRAVE	92 %	No come No duerme	Se interna	Siempre

E X A M E N E S
COMPLEMENTARIOS:

a) Hemograma: habitualmente normal.

b) Gases en sangre: se solicita cuando se sospecha insuficiencia respiratoria para evaluar la evolución de la PCO2. En general la saturación de O2 medida por oximetría de pulso es suficiente.

c) Radiografía de tórax: es útil pero no imprescindible, si no existe duda diagnóstica. El signo más constante es el patrón de atrapamiento aéreo. Permite detectar complicaciones como atelectasias y pueden verse también zonas de consolidación con broncograma aéreo y límites difusos, difíciles de diferenciar de los de etiología bacteriana.

d) Pesquisa etiológica: es de utilidad para documentar la presencia viral aunque si es negativa no descarta su etiología. Puede realizarse a través de investigación de antígenos virales por inmunofluorescencia en aspirado nasofaríngeo.

T R A T A M I E N T O D E
SOSTEN:

• POSICION DEL PACIENTE:

En decúbito dorsal y semisentado, evitar la flexión del cuello.

• HIDRATACION:

Tanto en el paciente ambulatorio como en el internado (si es que está en condiciones) se administraran líquidos abundantes por vía oral.

En el caso de que el internado requiera de hidratación parenteral, se administrarán en un primer momento los líquidos y electrolitos de acuerdo a las normas estandarizadas, y posteriormente se adecuará dicho suministro según las necesidades reales evaluadas según la diuresis y la densidad urinaria.

Si existiera déficit previo (deshidratación), éste se corregirá inicialmente.

• ALIMENTACION:

Siempre que sea posible, se mantendrá la lactancia materna y un aporte nutricional adecuado. La magnitud de la incapacidad ventilatoria, puede hacer necesario fraccionar la alimentación o incluso suspenderla (FR + de 60x´). En algunos casos, se podrá recurrir al uso de sonda nasogástrica para la alimentación durante la internación.

• TEMPERATURA CORPORAL:

Debe mantenerse al paciente normotérmico para evitar el aumento del gasto metabólico

y del consumo de O2. En el prematuro extremar cuidados ya que la hipotermia aumenta el riesgo de apneas.

En fiebre utilizar antitérmicos como el Paracetamol a 2 gotas/kg/dosis.

• KINESIOTERAPIA:

No se recomienda en la etapa aguda, salvo la aspiración de secreciones nasales. En la fase de convalecencia, cuando existan abundantes secreciones y aumenta el riesgo de atelectasias, si está indicada.

• OXIGENOTERAPIA:

Por su fisiopatología la bronquiolitis altera la relación ventilación - perfusión lo que puede conducir a la hipoxia. Por esto la administración de O2, que disminuye el trabajo cardiorespiratorio, tiene efecto broncodilatador y vasodilatador pulmonar, se considera el único tratamiento probadamente útil en esta enfermedad.

Todos los niños que requieran internación, deben ser considerados potencialmente hipoxémicos, salvo que se pruebe lo contrario, y debe administrárseles oxígeno suplementario, si satura menos del 92%:

a) En Halo: cuando se necesitan flujos de 6 a 12 litros por minuto, el mismo debe

administrarse humidificado y calentado.

b) Por Bigotera: cuando los flujos necesarios son inferiores a 1 litro por minuto. La bigotera, debe ser usada con precaución en los lactantes con bronquiolitis en etapa aguda, pues la congestión nasal puede impedir el adecuado flujo de oxígeno.

TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL:

• BRONCODILATADORES ADRENERGICOS:

A pesar de su uso tan difundido no hay estudios concluyentes con respecto a su utilidad en el tratamiento de la bronquiolitis. En la mayoría de las publicaciones se señala una mejoría transitoria de los parámetros de puntaje clínico y de la saturación arterial de O₂, sin disminuir el riesgo de internación ni el número de días internado.

SALBUTAMOL

a) Nebulizaciones:
0,15 a 0,25 mgs/kg/dosis (1/2 - 1 gota por kg de peso) en 3 ml de solución fisiológica, para ser efectiva debe durar entre 5 a 10 minutos.

b) Aerosol:
Debe realizarse con Aerocámara con válvula o con espaciadores.

• BROMURO DE IPRATROPIO:
No ha demostrado utilidad clínica.

• CORTICOIDES:
El empleo de los mismos no ha demostrado ningún efecto beneficioso en la evolución clínica de estos pacientes utilizado por vía inhalatoria, aunque su uso por vía sistémica puede considerarse en situaciones puntuales (como prueba terapéutica en pacientes con riesgo de desarrollar asma bronquial y en pacientes claudicación respiratoria progresiva).

CRITERIOS DE GRAVEDAD

A) Presencia de factor de riesgo para IRAB GRAVE (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Displasia Bronco Pulmonar, Desnutrición, Cardiopatía congénita, Fibrosis quística, inmunodeficiencia, enfermedad neurológica).

B) Apneas.

C) Cianosis.

D) 9 o más puntos de la ESCALA DE TAL.

E) Falta de respuesta al tratamiento.

F) Imposibilidad de alimentarse.

INMUNIZACION:

- Anticuerpo monoclonal anti-RSV (Palivizumab) de alto costo, se utiliza con indicaciones muy precisas en pacientes con factores de riesgo.

- Vacuna: no existe en la actualidad.

PREVENCION:

En el hogar es fundamental la educación de la familia. Evitar la exposición al humo del tabaco, limitar la concurrencia a lugares como guarderías, salas de espera de consultorios, y ambientes concurridos. Limpiar juguetes con agua y detergente. El lavado de manos sigue siendo la medida más importante para prevenir las infecciones por cualquier patógeno respiratorio.

Dra. María Cecilia Rivero

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

- Macri, Carlos, Teper, Alejandro y col. Enfermedades respiratorias pediátricas. Mc Graw- Hill Interamericana. Año 2003.
- Guías de Buenas Prácticas Clínicas en Neumonología Pediátrica. Comisión Provincial de Neumonología Pediátrica, Salta. Año 2007.

SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE SALTA

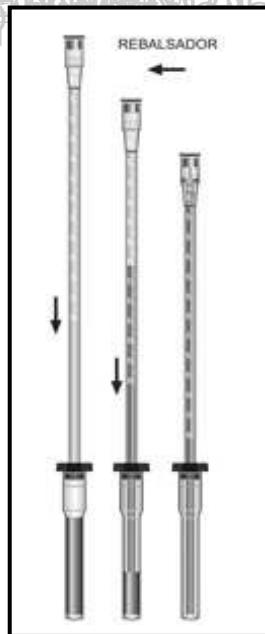
EL ABC DE: ERITROSEDIMENTACION

¿POR QUÉ EL ABC DE ERITROSEDIMENTACION?

Setiembre de 2008, día primaveral de Salta. "Doctor, mi madre está en cama, temblando, no sabemos qué le pasa". Era el hijo de una paciente de 80 años, a quién asisto como clínico desde hace más de 20 años. Acudo a su domicilio. Estaba en cama, cubierta con varias frazadas, con escalofríos. En su frente tenía una pequeña lesión ulcerada. Se la veía adelgazada, no comía bien pues al hacerlo se cansaba al masticar. 38 °C, taquicárdica. Desde semanas atrás se quejaba de cefalea holocranea y nuchalgia. Con una sola medicación, todos sus síntomas desaparecieron.

Enero del 2009, siesta cálida salteña, me piden vea a un paciente de 79 años de edad. Postrado en cama, escalofríos, febril, taquicárdico, somnoliento, había presentado vómitos y diarrea. Tenía una lesión ulcerada en la base de la nariz. Con una sola medicación desapareció su cuadro agudo, salvo la ulceración.

Podríamos hacer muy diversos estudios para el diagnóstico de cada uno de los casos clínicos. Sin embargo algo muy sencillo, fácil de realizar, económico, nos orientó al diagnóstico: en la primera paciente,



ERITROSEDIMENTACION de 105 mm la primera hora, en el segundo paciente, 23 mm. Razonándolo todo era sencillo: la abuela de 80 años tenía una clásica Arteritis de la Temporal y se medicó con deltisona. El paciente de 79 años presentaba una deshidratación por gastroenterocolitis y se recuperó con hidratación, excepto su lesión ulcerada que era un baso celular.

REACTANTES DE FASE AGUDA

Los reactantes de fase aguda incluyen un complejo proceso patofisiológico que acompaña a reacciones inflamatorias sistémicas. Con la reacción de fase aguda, los mecanismos normales de adaptación son reemplazados por un nuevo

ordenamiento que presumiblemente contribuye a posibilidades de defensa y adaptación. A pesar de su nombre, reactantes de fase aguda, este fenómeno se da tanto en procesos inflamatorios agudos como crónicos. Las proteínas de fase aguda son aquellas que aumentan o disminuyen su valor en más del 25 % durante el proceso inflamatorio. Esas proteínas se denominan Reactantes de Fase Aguda positivas o negativas, respectivamente. Entre los reactantes de fase aguda positivos están la Proteína C Reactiva, la ceruleoplasmina, el fibrinógeno, la alfa 1 anti tripsina, la haptoglobina, la ferritina y la ERITROSEDIMENTACION. Reactantes de fase aguda

negativos son la albumina y transferrina.

¿ Q U E E S L A ERITROSEDIMENTACION?

La velocidad con la que se da el descenso de los hematíes (sedimentación) colocada la sangre en un tubo vertical, es lo que determina la ERITROSEDIMENTACION (velocidad de sedimentación globular -VSG- o eritro). Es una prueba inespecífica, no determinante de ninguna enfermedad o lesión en especial. Es una luz amarilla o roja, de acuerdo a su valor, que me indica que existe un proceso inflamatorio, preferentemente de origen infeccioso, tumoral o autoinmune y es la sagacidad del médico quien deberá descifrar su significado. A veces, tarea difícilísima.

La técnica más frecuente para medir la VSG es la técnica de Westergren, en la que la velocidad de sedimentación de los hematíes es medida en mm/hora. En esta determinación influyen distintos factores: el número, tamaño y forma de hematíes (a menor cantidad de hematíes que sedimentan, mayor VSG), la proporción de fibrinógeno (mayor valor de la eritro mientras mayor sea la cantidad de fibrinógeno) de globulinas en el plasma (mientras más cantidad y mayor peso molecular, mayor VSG).

Los valores normales de la eritrosedimentación varían en situaciones fisiológicas, con la edad y el sexo. En el recién

nacido y hasta el lactante su valor oscila de 0 a 10 mm/hora. En el joven y hasta el anciano, el valor de la VSG va de 5 a 20 mm/hora. En general en la mujer su valor es levemente mayor que en el varón. El paciente obeso puede tener una VSG mayor por liberación de IL 6 por parte del tejido adiposo. La VSG también se incrementa en los primeros meses del embarazo. La raza negra tiene un valor mayor de VSG.

SU UTILIDAD EN EL RAZONAMIENTO CLINICO

Una determinación de laboratorio tan sencilla, fácil, económica, como lo es la ERITROSEDIMENTACION, es un dato importantísimo para el médico en el razonamiento clínico. Una VSG normal puede darnos cierto grado de tranquilidad frente al cuadro clínico del paciente. Pero en medicina, no existe la exactitud numérica de un cálculo del ingeniero o matemático. He tenido oportunidad de asistir en el Hospital San Bernardo paciente con hepatopatía crónica, Tuberculosis Intestinal, ascitis, caquéctico, con VSG de 6 mm/hora (la explicación la entenderá luego). La contrapartida, recién llegado de España, año 1982, me piden que le realice un control clínico a una sobrina, totalmente asintomática. Todos los estudios básicos, absolutamente normales, salvo una VSG de 90 mm/1ra hora. En controles en años sucesivos, la VSG permanecía

en esos valores. Fue controlada por el Dr. Massei, eminente clínico porteño, sin encontrar justificativo a su VSG. Realiza un control a los cuatro meses de un embarazo y parto normales (año 2010), VSG 15mm/1ra hora ¿?????. Es decir, la VSG ayuda muchísimo, pero nunca tanto como la impresión clínica del cuadro del paciente. De allí que una VSG elevada, en un paciente asintomático, sin síntomas ni signos significativos, no debe obligar a exagerar pedidos de laboratorio y diagnóstico por imágenes, debiéndose limitar a su control periódico.

Cuando la VSG es mayor a 100 mm/1ra hora, debemos pensar especialmente en dos situaciones: patologías autoinmunes (colagenopatías y vasculitis) y patologías hematológicas, formadoras de inmunoglobulinas (mieloma, macroglobulinemia, linfomas productores de globulinas). Seríamos injustos si no aceptáramos también patologías infecciosas que generen esta VSG. En nuestra experiencia, en especial, la Endocarditis y Espondilitis Infecciosa y los abscesos. La tuberculosis, salvo que estuviera injertada en un paciente con patología tumoral o autoinmune de base, no es habitual que se presente con VSG tan elevada.

En aquellas situaciones en las que la VSG es intermedia, 30, 40 mm/1ra hora, es muy importante el seguimiento de su valor en el tiempo. Así también, en las enfermedades en las que la eritro es muy

elevada, es importante ver la respuesta al tratamiento de la patología de base. Nos quedamos tranquilos cuando, en una Arteritis de la Temporal (ver ABC de Arteritis de la Temporal), medicamos con corticoides y la eritro, a lo largo de semanas, se derrumba de 100 o más a valores prácticamente normales. Así también es motivo de preocupación y alarma cuando, en el seno de una patología infecciosa, la VSG progresivamente se eleva: seguramente existe una complicación (neumonía de la comunidad que se absceda, o aparece empiema o se sobre añade germen intra-hospitalario).

Debemos considerar también que existen enfermedades en las que la VSG no aumenta, quizás porque no se dan las condiciones que favorecen la sedimentación de eritrocitos: descenso de proteínas en enfermedades renales y hepáticas, patologías que disminuyan el fibrinógeno en sangre, policitemia.

CURIOSIDADES DE LA

ERITROSEDIMENTACION

Considerando que la aterosclerosis es un proceso inflamatorio crónico de la pared arterial y la VSG es un método adecuado para monitorear respuesta inflamatoria, existen diversos trabajos científicos que demuestran que la Eritrosedimentación es un fuerte predictor de mortalidad en cardiopatía isquémica y pareciera ser un marcador importante de la gravedad de dicha enfermedad. La VSG pareciera ser un marcador predictivo en cardiopatía isquémica junto al fibrinógeno, la PCR ultrasensible y los factores de riesgo convencionales.

¿Sabía usted que existen drogas que incrementan la VSG (ácido retinoico, metil dopa, anticonceptivos, teofilina, procainamida, penicilamina) y otros que la disminuyen (ácido acetil salicílico, quinina, corticoides)?

¿Recordaba Usted que la menstruación no sólo eleva los leucocitos sino también, en

forma pasajera, la VSG?

¿Sabía usted que, en ocasiones, la determinación de distintos reactantes de fase aguda no son coincidentes? A veces la VSG está elevada mientras la PCR tiene valor normal. Esa es una elevación de la VSG que no refleja un verdadero proceso inflamatorio sino que está elevada por influencia de componentes de la propia sangre (número, tamaño de hematíes) no relacionados con la propia inflamación.

En conclusión, el mejor método diagnóstico de la patología de un paciente, sigue siendo la silla, es decir detallada historia clínica, escuchando al paciente. Recién entonces decidiremos los métodos diagnósticos que usaremos, personalizados, razonados a la enfermedad que creemos presenta el paciente.

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

Sr. Colegiado:

Se informa que los cambios de domicilio legal y profesional deberán ser comunicados dentro de los diez (10) días de producidos, a la Mesa Directiva. Art. N° 50 - Decreto Ley N° 9114/65.

LEY DE SALUD MENTAL: Al borde de un error grave

1. Lo particular de la Psiquiatría

La Psiquiatría, lo conocemos, ha sido considerada desde su nacimiento tardío, como la hija bastarda de la Medicina.

Recién en las últimas décadas, se le ha franqueado un lugar más o menos científico entre las otras especialidades. La causa: la complejidad de su objeto.

Sin embargo, el cerebro sigue siendo el órgano más complejo de toda organización de la materia viva. El sujeto humano insiste en su particularidad de ser y su resistencia a la educación. Las estructuras sociales pueden promover desequilibrios en la salud de las personas.

La Psiquiatría, como arte y ciencia de curar, tiene que lidiar necesariamente, con estos tres aspectos. Las enfermedades mentales (y también las otras) son la resultante de un conjunto de factores -de ponderación variable en cada caso- biológicos, psicológicos y sociales.

Los Psiquiatras, por ende, debemos formarnos -y lo hacemos- en una necesaria triple dimensión.

2. Psiquiatría y Medicina General

Por un lado, y en tanto

médicos, pertenecen a nuestra currícula los conocimientos en Anatomía, Fisiología, Bioquímica, Fisiopatología, Clínica y Terapéutica del conjunto de enfermedades que son objeto de la generalidad de las especialidades. Pero sobre todo, nos atañe saber acerca de las repercusiones cerebrales (o mentales, o en la conducta) de las alteraciones metabólicas, infecciosas, traumatológicas, oncológicas, neurológicas, endocrinológicas, tóxicas, etc; que pudieran estar en la etiología de un cuadro clínico de presentación "psiquiátrica".

Esto significa que el diagnóstico diferencial, de lo que llamamos "Trastornos mentales de base somática, orgánicos, o sintomáticos" son resorte exclusivo del psiquiatra, en tanto médico, y de ninguna otra disciplina profesional.

Es el médico el único capacitado para resolver un diagnóstico presuntivo, un estudio complementario necesario, una internación o su inconveniencia, una derivación a otro establecimiento de salud, un tratamiento posible, o un alta, cuando las circunstancias, y el derecho del paciente a su salud, así lo requieran.

3. Psiquiatría y enfermedades específicas

Los conocimientos médicos, a posteriori del diagnóstico diferencial, nos capacitan para el accionar concreto y correcto en el conjunto de las enfermedades específicamente psiquiátricas.

Así, las esquizofrenias, el Trastorno Bipolar, las depresiones, los trastornos de ansiedad, entre otros, tienen como uno de los ejes ineludibles del tratamiento el uso racional de psicofármacos específicos, cuya efectividad no está puesta en duda. Nuevamente este instrumento es resorte exclusivo del médico: la omisión de su aplicación se considera una praxis incorrecta.

4. Psiquiatría y psicoterapia

Valga aquí la observación que los Médicos Psiquiatras también estamos formados, por obligación de especialización, en alguna de las diferentes técnicas psicoterapéuticas reconocidas internacionalmente. Luego, tanto la psicofarmacoterapia como la psicoterapia son componentes de la Terapéutica Psiquiátrica.

5. Modalidades de trabajo en los establecimientos de salud mental

Veamos ahora algunos de los problemas:

Estamos convencidos, y concordamos, que las políticas actuales de salud, y las llamadas "transformaciones institucionales" tienden a la descentralización y a la Atención Primaria, que no significa otra cosa que la posibilidad de que algunos casos de enfermedad psiquiátrica puedan ser tratados adecuadamente en dispositivos terapéuticos o instituciones de menor complejidad y más cercanas a la comunidad a la que pertenece el paciente, y no siempre en los hospitales monovalentes.

No obstante, es preciso hacer incapié sobre los roles profesionales.

El trabajo en Salud Mental se organiza operativamente en Equipos Interdisciplinarios, en donde cada uno cumple su rol específico, al que los habilita su capacitación profesional.

De esta manera coexisten en las Instituciones: Psicólogos, Trabajadores Sociales, Terapistas Ocupacionales, Enfermeros Psiquiátricos, Médicos Clínicos, Bioquímicos, Nutricionistas, Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas y Odontólogos, además de Médicos Psiquiatras.

6. Una Ley que omite las incumbencias profesionales

¿Cabe alguna duda sobre quién está capacitado para formular un diagnóstico médico psiquiátrico, un diagnóstico diferencial con

otras problemáticas clínicas, indicar un tratamiento farmacológico, psicoterapéutico, o de rehabilitación, determinar la conveniencia o inconveniencia de una internación, una derivación y en que servicio o institución?

Pues parece que como están planteadas las cosas hoy en día, si cabe.

Se encuentra en tratamiento, en la Provincia de Salta (actualmente en la Cámara de Diputados), sendos proyectos de Ley de Salud Mental, uno de los cuales, de ser sancionado, pone en serio peligro el Derecho a la Salud que nuestra Constitución garantiza universalmente. De esta manera -según uno de los textos legales- alguien puede ser internado en un hospital, evaluado y tratado, o dado de alta por indicación de profesionales no médicos, y por tanto no idóneos para discriminar en las cuestiones antes mencionadas. Tal situación pone en peligro, no sólo la salud, sino la vida misma de los pacientes.

El proyecto que impulsa la Cámara de Diputados de la Provincia adolece de este gravísimo error.

En lo específico del texto de este Proyecto de Ley, una internación o un alta (invocando la competencia del "Equipo Interdisciplinario") podrían ser resueltos válidamente, con la firma de un psicólogo más la de un enfermero.

Con el respeto que nos merece la instrucción e idoneidad profesional de nuestros compañeros de equipo, creemos que las anteriores son acciones que transgreden sus respectivas incumbencias profesionales, pudiendo originar innumerables problemas, tanto de salud como legales.

7. Apelación a la Comunidad Médica y a las Autoridades del Estado

Solicitamos a nuestros compañeros médicos, a nuestras organizaciones, y a los Poderes de la República, que tomen conocimiento de semejante dislate y se expresen a favor del Proyecto impulsado por la Cámara de Senadores de la Provincia, que ha sabido advertir este contrasentido respecto de los Derechos Humanos Fundamentales y evita incurrir en la fatal equivocación del proyecto de Diputados.

La Asociación de Psiquiatría de Salta, junto con otras entidades nacionales, toma como propia esta posición y está dispuesta a debatir (argumentos mediante) un otro Proyecto de Ley de Salud Mental, en beneficio de la Salud de la Provincia.

Dr. José M. Moltrasio
Presidente
Asociación de Psiquiatría
de Salta

INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA Y CRÓNICA: ¿CUÁNDO ES VIABLE UN TRASPLANTE HEPÁTICO?

El trasplante hepático es un complejo procedimiento que ha sufrido en los últimos años, una evolución sin precedentes, ya sea en las técnicas quirúrgicas como en el manejo de la inmunosupresión post trasplante. Por cierto, el control de los pacientes en lista de espera, también ha sido beneficiado con la misma suerte.

Para llegar a la necesidad de un trasplante hepático, el paciente debe estar cursando una hepatitis fulminante, o una cirrosis de cualquier causa que haya sufrido un episodio de descompensación mayor, como lo son el sangrado variceal o la presencia de ascitis, entre otros.

La Hepatitis Fulminante es una situación muy angustiante para paciente, familiares y médicos a cargo, ya que es un cuadro agudo, grave, rápidamente progresivo y con una mortalidad muy elevada sin trasplante. Esta situación puede presentarse en cualquier individuo, con o sin antecedentes médicos de importancia, lo que hace aún más difícil su correcto diagnóstico, y por ende, un correcto y oportuno tratamiento. Los motivos que más comúnmente provocan esta situación en Argentina y el mundo, son las hepatitis virales, sobre todo las

causadas por el virus A y el Virus B, la hepatitis autoinmune, y la cada vez más frecuente hepatitis tóxica o medicamentosa.

La sola sospecha de esta enfermedad deberá alertar a su médico de cabecera sobre la necesidad de derivar urgente al paciente a un centro de mayor complejidad, donde se disponga de un servicio de trasplante hepático, ya que una vez desencadenada la hepatitis fulminante, la mortalidad sin trasplante oscila entre un 40% y un 95%, dependiendo de la experiencia del centro que asiste al paciente, la etiología y la condición previa del enfermo.

Básicamente, para detectar a tiempo esta situación, y poder obrar en consecuencia, la sola presencia de un cuadro clínico y bioquímico de hepatitis aguda, coagulopatía y encefalopatía, cualquiera sea su grado, son motivos suficientes para generar la derivación antes comentada, sin perder tiempo en conocer la etiología, y poniendo en marcha la medidas básicas de sostén recomendadas por las guías de consenso.

Vale aclarar que la encefalopatía no es sinónimo de coma hepático, pudiendo manifestarse con signo-sintomatología muy sutil,

debiendo estar atento al más mínimo cambio en la personalidad, en el sueño o en los hábitos de rutina. La presencia de flapping o asterixis es un signo inequívoco de la presencia de encefalopatía grado 2, mientras que la tendencia al sueño nos ubica en un grado 3. El grado 4 es lo que se conoce como coma hepático, diferente a su predecesor, el grado 3, por la imposibilidad de despertar al paciente aún con estímulos dolorosos, o similar.

El acceso a trasplante en esta situación suele ser rápida, en términos de tiempo, una vez que el paciente está en la lista de espera. Esto se debe a que los pacientes en lista de espera, ya sean por hepatitis fulminante o por cirrosis descompensada, se ordenan según un puntaje llamado MELD (Model for End Stage Liver Disease), el cual surge de un cálculo logarítmico en base a la bilirrubina, creatinina y RIN del paciente, valores que suelen encontrarse muy alterados en esta patología. Por ende el valor de MELD de estos pacientes suele ser muy elevado, pudiendo ubicarse rápidamente en los puestos más "altos" de la lista, relegando a pacientes con cirrosis descompensada a un segundo tiempo. Hace unos años, la ubicación de los pacientes en la lista de espera

dependía del tiempo que llevaba inscripto en la misma, lo que ocasionaba una mortalidad elevada por no "llegar a tiempo" al trasplante. Con el nuevo modelo de MELD, se procura trasplantar al paciente más grave, independientemente del tiempo que lleve en lista.

Debido a lo angustiante de la situación, es en la hepatitis fulminante donde se suele recurrir más frecuentemente a técnicas quirúrgicas no convencionales como la del donante vivo relacionado, donde la condición más importante es que tanto donante como receptor compartan el mismo grupo sanguíneo. Esto es particularmente útil cuando el paciente no tiene la fortuna de recibir un hígado "convencional" de donante cadavérico en los tiempos necesarios como para poder salvar su vida.

El otro grupo de pacientes que pueden acceder a un trasplante hepático es sin duda el de mayor número, se trata de los pacientes con cirrosis hepática descompensada, aproximadamente un 90%-95% del total de trasplantes realizados.

Esta patología suele llevar igualmente angustia a los involucrados, pero al ser de una evolución mucho más lenta, el paciente y médico tienen la posibilidad de organizarse mejor, ya sea para la vida cotidiana junto a la enfermedad, como para la derivación a trasplante.

Su etiología es muy variada, destacándose las hepatitis virales crónicas, como lo son las causadas por el Virus C y B, la hepatitis autoinmune, las enfermedades colestásicas crónicas (Cirrosis Biliar Primaria, Cirrosis Biliar Secundaria y Colangitis Esclerosante Primaria), Trastornos hereditarios en el metabolismo del hierro como la Hemocromatosis, u otras enfermedades menos frecuentes como la Enfermedad de Wilson o el Déficit de Alfa 1 Antitripsina. Vale destacar a la Hepatitis Grasa no Alcohólica, NASH, como una creciente causa de trasplante en todo el mundo, producto de la dieta hipocalórica, el sedentarismo, y predisponentes rasgos genéticos.

El hecho de dedicar al alcohol a un párrafo diferente no es casualidad. En mi práctica diaria me he encontrado innumerables veces con la triste situación de que a un paciente con cirrosis de origen alcohólica, se lo ha "descartado" de inicio como probable candidato a trasplante hepático, ya sea por que el paciente o su familia no creen que sea posible esa opción, o lo que es peor aún, su médico no lo cree posible.

Solo vale analizar algunos números publicados por la UNOS (Ente Regulador de Ablación y Trasplante de USA) en 1999, sobre un total de 24.900 trasplantes hepáticos en el período de 1987 al 1998. Se realizaron 4.258 trasplantes por enfermedad hepática

terminal debido a consumo excesivo de alcohol, lo que representa un 17,1% del total, solo por detrás de los trasplantados por cirrosis descompensada secundaria a hepatitis C crónica, que representan el 20,7% del total de trasplantes realizados. En Argentina, en el año 2009, según el Registro Nacional de Procuración y Trasplante, se realizaron 23 (10,6%) trasplantes debido a enfermedad hepática secundaria a alcohol, precedida solamente por los trasplantados por Virus C con un 19,9%.

Para que esto suceda, paciente, familiares, amigos, y médicos a cargo, deben superar con éxito el difícil camino que representa lograr la abstinencia alcohólica mantenida, y el compromiso del paciente en el abandono definitivo del vicio. Se estipulan 6 meses de abstinencia como un período mínimo para comenzar a tener en cuenta al paciente como probable candidato a trasplante.

De tal manera que hay continuar intentando modificar esta idea ominosa sobre la irreversibilidad de la cirrosis de origen alcohólico, poniendo énfasis en ayudar al paciente a curar su adicción, y a mantenerse alejado de la misma una vez logrado el objetivo primero. Este importantísimo paso muchas veces es suficiente para que el hígado cirrótico, nuevamente vuelva a funcionar lo suficiente como para poder prescindir de un trasplante.

El camino es largo y difícil, pero bien asesorados, sí que es posible. Con esto no quiero decir que todos los pacientes cirróticos por alcohol deban ser trasplantados, lo que quiero decir es que todos los pacientes con cirrosis alcohólica no deben ser "descartados". El intento hay que hacerlo, y bien hecho. Si el

paciente falla en reiteradas oportunidades, sí debe ser desestimado como candidato.

Por último, los pacientes con cirrosis hepática de cualquier causa, que además tengan la presencia de un Hepatocarcinoma, también pueden ser candidatos a trasplante hepático, siempre y

cuando superen algunos criterios que deberán ser evaluados minuciosamente por personal experimentado.

Dr. Luis S. Figueroa Escuti
Especialista en
Clínica Médica

POSTGRADO

CURSO BI ANUAL UNIVERSITARIO EN INFECTOLOGÍA

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

Módulo 12

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

PERIODO 1976-1978

REGÍAN ENTONCES EL COLEGIO MÉDICO...

CONSEJO DE DISTRITOS

PRESIDENTE
SECRETARIO

Dr. Lucio Angel
Dr. Slaiman León Salomón

MESA DIRECTIVA

Presidente
Vicepresidente
Secretario
Tesorero
Vocal Titular
Vocal Suplente 1°
Vocal Suplente 2°
Vocal Suplente 3°

Dr. José Tomás Museli
Dr. José Luis Manuel Baldi
Dr. Alberto Briones
Dr. Oscar Cornejo Torino
Dr. Juan Carlos García
Dr. Ramón Jorge Fiqueni
Dr. Jorge Carlos Albrecht
Dr. Enrique Domingo D'uva

TRIBUNAL DE ETICA Y EJERCICIO PROFESIONAL

Miembro Titular
Miembro Titular
Miembro Titular
Miembro Suplente
Miembro Suplente

Dr. Humberto José Diez Barrantes
Dr. Oscar Armando Falcone
Dr. Hugo Raúl Olmos
Dr. Ramón Dergam Amado
Dr. Heraclio Olaiz

TRIBUNAL DE APELACIONES

Miembro Titular
Miembro Titular
Miembro Titular
Miembro Suplente
Miembro Suplente

Dr. Jorge Maximiliano Vasvari
Dr. Jorge Juan Barrantes
Dr. Jorge Carlos Arguello Vélez
Dr. Emilio Domingo Cardinali
Dr. Julio Abdo

REVISORES DE CUENTAS

Miembro Titular
Miembro Titular

Dr. Arne Hoygaard
Dr. Ricardo Liborio Lavaselli

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 Dra. María José Miranda	1º y 3º 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 Dr. Pablo Flores Dr. Juan Carlos Giménez Dra. María Cecilia Montoya Dr. Octavio Alejandro Guanca	1º y 3º 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-



JULIO	CURSO ANUAL DE TOCOGINECOLOGÍA 2010: MÓDULO V 02 y 03 de Julio Círculo Médico - Urquiza 153	JORNADAS DE NEUROLOGÍA 16 y 17 de Julio Círculo Médico - Urquiza 153	6° CURSO ANUAL UNIV. EN MEDICINA INTERNA: MÓDULO V 30 de Julio Círculo Médico - Urquiza 153
--------------	---	--	---

AGOSTO	5° C. ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTR.: MÓDULO IV 05 y 06 de Agosto CMS - Urquiza 153	JORNADAS DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA 06 y 07 de Agosto CMS - Urquiza 153	CURSO ANUAL DE TOCOGINECOLOGÍA 2010: MÓDULO VI 20 y 21 de Agosto CMS - Urquiza 153	JORNADAS DE REUMATOLOGÍA 20 y 21 de Agosto CMS - Urquiza 153	6° CURSO ANUAL UNIV. EN MED. INT.: MÓDULO VI 27 de Agosto HSB - M. Boedo 69	JORNADAS DE OFTALMOLOGÍA 27 y 28 de Agosto Coleg. - España 1440
---------------	--	---	--	--	---	---

SEPTIEMBRE	JORNADAS DE DERMATOLOGÍA 03 y 04 de Setiembre Círculo Médico - Urquiza 153	5° CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA: MÓDULO V 09 y 10 de Setiembre Círculo Médico - Urquiza 153	CURSO ANUAL DE TOCOGINECOLOGÍA 2010: MÓDULO VII 17 y 18 de Setiembre Círculo Médico - Urquiza 153	6° CURSO ANUAL UNIV. EN MEDICINA INTERNA: MÓDULO VII 24 de Setiembre Círculo Médico - Urquiza 153
-------------------	--	--	---	---

OCTUBRE	JORNADAS DE PSIQUIATRÍA 01 y 02 de Octubre Círculo Médico - Urquiza 153	5° CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA: MÓDULO VI 07 y 08 de Octubre Círculo Médico - Urquiza 153	CURSO ANUAL DE TOCOGINECOLOGÍA 2010: MÓDULO VIII 15 y 16 de Octubre Círculo Médico - Urquiza 153	6° CURSO ANUAL UNIV. EN MEDICINA INTERNA: MÓDULO VIII 29 de Octubre Círculo Médico - Urquiza 153
----------------	---	---	--	--

NOVIEMBRE	5° CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA: MÓDULO VII 11 y 12 de Noviembre Círculo Médico - Urquiza 153	CURSO ANUAL DE TOCOGINECOLOGÍA 2010: MÓDULO IX 19 y 20 de Noviembre Círculo Médico - Urquiza 153	JORNADAS DE MEDICINA RESPIRATORIA 26 y 27 de Noviembre Círculo Médico - Urquiza 153
------------------	--	--	---

ESPECIALIDADES

MODIFICACIÓN DE LOS ARTÍCULOS 57 Y 61 - INC. 5)
DEL DECRETO LEY N° 9114/65

RESOLUCIÓN N° 021/10

SALTA, 23 MARZO 2010

VISTO: lo resuelto en el Punto 9 - Acta N° 74 por el Consejo de Distritos del Colegio de Médicos de Salta en Asamblea Anual de fecha 28/11/09, y;

CONSIDERANDO:

Que, conforme a las facultades conferidas por el Artículo 61 inc. 6) del Decreto Ley N° 9114/65, corresponde dictar el instrumento legal pertinente, a los fines de establecer las modificaciones efectuadas a los artículos 57 y 61 inc. 5) del Decreto N° 9114/65, aprobadas por el Consejo de Distritos,

POR ELLO,

LA MESA DIRECTIVA DEL COLEGIO DE MEDICOS DE SALTA

RESUELVE:

1°) MODIFICAR los Artículos 57 y 61 inc. 5) del Decreto N° 9114/65, cuyos textos quedarán redactados de la forma que se transcriben seguidamente:

ART. 57 - DECRETO LEY N° 9114/65: El título de "Especialista" en una rama determinada de la medicina y su ejercicio, implica para el profesional el severo y formal compromiso para consigo mismo, para con sus colegas y para con los pacientes, de restringir su actividad a la especialidad en cuestión, exclusivamente, salvo situaciones de emergencia, dedicándole a la vez a la misma sus mejores esfuerzos y perfeccionamiento. Implica también la aceptación y reconocimiento de la existencia de otras especialidades que limitan así el campo de acción en cuanto a la extensión de la zona patológica que cubre la propia; en consecuencia, la asistencia de pacientes que no pertenecen a su jurisdicción o pertenecen a la del medico general es aceptable con las mismas restricciones que las establecidas en el campo del médico general. Acorde a las previsiones constitucionales que no validan la restricción de los derechos, de plantearse la situación de que un profesional aspire al reconocimiento de más de una especialidad, correspondería estar al análisis del cumplimiento o no de los requisitos pertinentes en relación a la especialidad obtenida.____

ART. 61 INC. 5) - DECRETO LEY N° 9114/65: Los profesionales que tengan una antigüedad de cinco (5) años en el ejercicio exclusivo e ininterrumpido de la especialidad y no reúnan las condiciones establecidas en los incisos anteriores, podrán obtener el Título de Especialista sometiéndose a una evaluación ante el Tribunal "Ad-Hoc" que designe el Colegio de Médicos de la Provincia de Salta y que se reunirá por lo menos una vez al año (Decreto N° 710/90)._____

2°) PUBLÍQUESE en el Boletín Oficial de la Provincia de Salta._____

3°) REGÍSTRESE y ARCHÍVESE._____

FDO. DRA. ELISABETH AMATTE
Vice - Presidente

DR. GERARDO TORLETTI
Secretario

DR. JUAN JOSE LOUTAYF RANEA
Presidente

MESA DIRECTIVA.

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

(Segunda Parte)

6) Maldición de Ondina (Hipoventilación alveolar primaria)

Frecuencia: Entre 200-300 casos conocidos en todo el mundo. Por ser causa de muerte súbita se piensa que los casos conocidos son sólo el pico del iceberg y que en realidad 1 bebé de cada 200.000 que nacen podría tener esta enfermedad.

Descripción: En las formas más leves de la maldición de Ondina, el sujeto podrá seguir viviendo, pero debido a que el sueño no es reparador por la falta de oxígeno, durante el día estará somnoliento, se fatigará fácilmente, tendrá dolores de cabeza, aumento del nivel de glóbulos rojos y un largo etc. En las formas más graves, en las que dormir significa una muerte segura, suele aparecer desde el nacimiento y la mayoría de neonatos mueren sin que muchas veces se llegue a saber la causa. Sin embargo, en aquellas personas en que la enfermedad ha empeorado progresivamente y llegan a arriesgar la vida cada vez que duermen, suele tratarse con ventilación asistida durante la noche. Aún así, a pesar de todos esos tratamientos, cualquier descuido de quedarse dormido sin la oxigenoterapia indicada, significará la muerte.

7) Fibrodisplasia osificante progresiva

Frecuencia: 200-300 casos documentados en todo el mundo. Los pocos conocimientos que tienen los médicos de ella hacen

que muchas veces no se diagnostique. Se estima que aparece un caso por cada dos millones de nacimientos.

Descripción: En esta enfermedad se dan episodios repetidos de inflamación de los tejidos blandos y el desarrollo de tumores subcutáneos y en los músculos. Estas lesiones provocan la formación de hueso en sitios donde nunca debería producirse, como ligamentos, músculos, tendones, cápsulas articulares... Los traumatismos también desencadenan y hacen avanzar la osificación de los tejidos blandos. Progresivamente, el individuo irá perdiendo cada vez más movilidad hasta que, por imposibilidad de mover la musculatura encargada de la respiración (por estar osificada), mueran por asfixia.

8) Hermafroditismo Verdadero

Frecuencia: Alrededor de 500 casos documentados en todo el mundo. Se desconoce la frecuencia real en la población.

Descripción: Los hermafroditas tienen tanto tejido ovárico como tejido testicular. Estos dos pueden encontrarse mezclados, lo que se llama ovotestis o encontrarse por un lado un testículo y por otro un ovario. Los genitales externos son ambiguos y poseen componentes de ambos sexos. Las personas hermafroditas pueden tener apariencia femenina o masculina.

9) Síndrome de Moebius

Frecuencia: Alrededor de 80

casos documentados en España, 200 en Inglaterra. En Europa, aparecen en torno a 300 niños con este síndrome al año.

Descripción: Debido a que no se desarrollan algunos nervios faciales, las personas que nacen con este síndrome carecen de expresión facial. No pueden sonreír, ni fruncir el ceño, etc. Tampoco pueden mover lateralmente los ojos ni controlar el parpadeo. A menudo se les puede encontrar durmiendo con los ojos abiertos. Tienen grandes dificultades en succionar, tragar, hablar y cualquier actividad en la que estén implicados los músculos de la cara.

10) Insensibilidad Congénita al Dolor

Frecuencia: 100 casos documentados en Estados Unidos. Se desconoce la frecuencia en otras áreas y no se suele diagnosticar al pasar desapercibida.

Descripción: Son individuos totalmente normales en el tacto y la sensibilidad al frío, al calor, presión y cosquilleos. Sin embargo, ante cualquier acto que en personas normales provocaría dolor (como clavar una aguja) no provoca ninguna sensación dolorosa en aquellos que poseen esta insensibilidad. Como consecuencia de esto, suelen morir más jóvenes por traumatismos y lesiones varias al no sentir ningún daño. Deben estar bajo supervisión en edades tempranas para que no se lesionen ellos mismos.

HISTORIA DE LA MEDICINA

DOMINIQUE JEAN LARREY (1766-1842)

Un hombre virtuoso y un médico creativo



joven tamborilero que llevaba gasas y otros menesteres de atención suplementaria cuya finalidad era alertar sobre la presencia de la ambulancia. En las ambulancias actuales, el tamborilero es reemplazado por las luces relampagueantes y las estrepitosas sirenas.

Con frecuencia, Larrey se vio forzado a combatir armado con un sable corto y una pistola para defenderse y defender a sus pacientes. Esta bravura, le dio gran admiración y celebridad a Larrey.

La ambulancia volante iba a la vanguardia de las fuerzas armadas y atendía a los heridos en el campo de batalla bajo el intenso fuego de las armas. Ello levantaba la moral de los oficiales y soldados franceses, pero el aspecto sanitario y humano más revolucionario fue la atención médica de los heridos sin distinción de bandos.

En 1799 mientras se desarrollaba un combate en la península de Aboukir entre fuerzas turcas y francesas, Jean Larrey organizó la atención de los heridos en tres estaciones de complejidad creciente, determinando que la estación principal concentrara a todos los heridos graves para poder brindarles una atención rápida y especial.

Durante la campaña de Egipto y Medio Oriente, Larrey construye hospitales militares en Egipto, Sudán, Siria y Palestina. En los dificultosos terrenos del desierto,

El Dr. Larrey fue un hombre humanista, creador de la ambulancia y el padre de la Emergentología. Un innovador hacia la moderna cirugía y el precursor del reglamento de la Cruz Roja Internacional.

Quizás, la mejor forma de definirlo, es con las palabras del testamento de Napoleón Bonaparte escrito el 17 de abril de 1821: "para el Barón Dr. Larrey, el hombre más virtuoso que haya conocido en mi vida" o como lo definió el Duque de Wellington, al mando de las fuerzas británicas en Waterloo: "es un hombre de otra Era".

Dominique Jean Larrey nació en Beaudéan, Francia, el 8 de julio de 1766. Su padre era zapatero y su tío y su abuelo fueron cirujanos. Por su pobreza, es educado por un

bondadoso sacerdote del pueblo quien valora la inteligencia, inquietudes y dedicación del niño.

Con la muerte del padre, a los 13 años de edad, y por recomendación del Maestro sacerdote, va a Toulouse donde su tío el Dr. Oscar Larrey es un prestigioso cirujano. A la edad de 21 años, con el título de médico, Larrey va hacia París. Ingres a la armada por concurso en 1792 y llega a ser discípulo de Dessault.

A la edad de 27 años, inventa la ambulancia (ambulance volante), que cuenta con un cuerpo de cirujanos y enfermeros que atienden lo más rápido posible a los heridos. En la ambulancia transportaban todos los elementos de atención médica y quirúrgica, médicos, suboficiales, 24 soldados de infantería, un

pudo ayudar a los heridos con su ambulancia en menos de 15 minutos.

En 1799 en Accra, realizó 70 amputaciones y siete trepanaciones. También, describió enfermedades endémicas como la fiebre tifoidea, la peste bubónica, lepra y tracoma.

En Borodino -cerca de Moscú- el Dr. Larrey había realizado cerca de 200 amputaciones en 24 horas y cerca del Río Berezina otras 300 amputaciones en el mismo lapso.

En Rusia, aplicó los conocimientos de amputación adquiridos por sí mismo en España (1808) durante la temporada invernal. En Rusia los perfeccionó y después de realizar la amputación empaquetaba al muñón con hielo y nieve para aliviar el dolor post-amputación (una forma inicial y algo diferente de la técnica de hibernación aplicada en Indochina (Vietnam) en 1950 por los médicos franceses: Laborit y Lavoissier).

Después de la caída de Napoleón y después del efímero regreso de

los Cien Días de Napoleón, llueven ofertas al Dr. Larrey del Zar de las Rusias, del Emperador Pedro de Brasil y de otros importantes países. Su fama había trascendido en todas direcciones y el famoso cirujano estadounidense Agnew comentó sobre la personalidad de Larrey: "Como cirujano era prudente pero resuelto y rápido; tranquilo y dueño de sí mismo ante cualquier emergencia; pero pleno de sensibilidad y de ternura. Ocupa entre los médicos militares el mismo lugar que Napoleón entre los generales, el primero y más grande".

Por la gran valentía, Napoleón lo había nombrado Barón en el campo de batalla de Eagram en 1809. Al finalizar la batalla de Waterloo, el Dr. Larrey fue capturado protegiendo a la retirada de los soldados heridos y acosados por las tropas prusianas y al ser llevado como prisionero frente al mariscal prusiano Blücher es sentenciado a muerte con los demás oficiales de Napoleón.

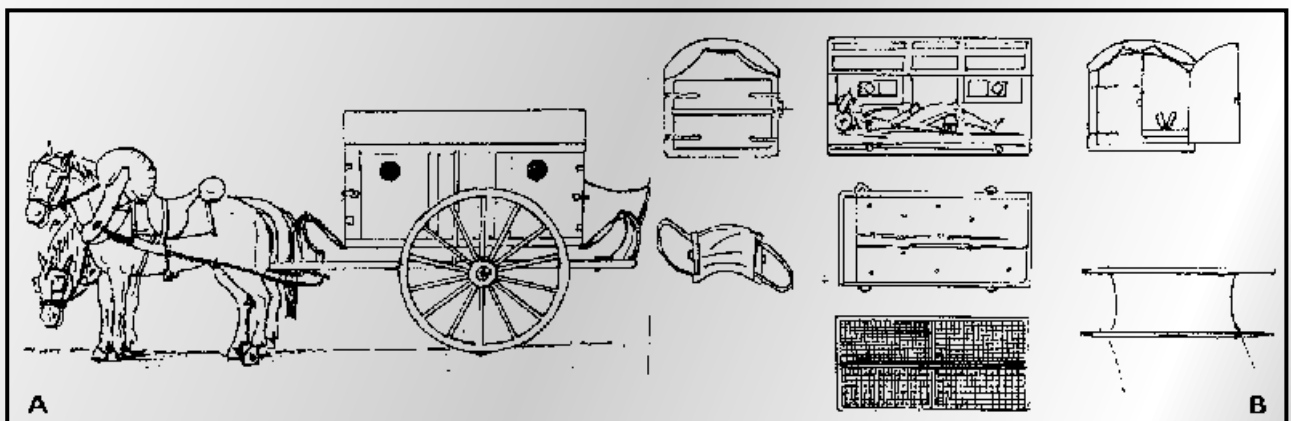
Un cirujano prusiano que había seguido las enseñanzas médicas y

quirúrgicas de Larrey en Val-de-Grâce lo reconoce. Pide al mariscal Blücher que exima de la pena de muerte a Larrey, quien había salvado del fusilamiento por los franceses a varios oficiales prusianos incluyendo al hijo de Blücher. Larrey no aceptó la absolución de ser fusilado si no eran exceptuados también sus camaradas oficiales. Finalmente, todos fueron eximidos y Larrey fue llevado a París con una escolta prusiana por orden del mariscal Blücher.

El Dr. Larrey redactó un Reglamento de 5 artículos al cual se debían atener todos los involucrados en la campaña de Napoleón y entre ellos, brindar los cuidados a todos los soldados heridos sin distinción de bandos; el respeto y cuidado de las poblaciones civiles de los territorios ocupados.

Estos 5 artículos humanitarios fueron elegidos por Henri Dunant y Gustave Moynier para la creación de la Cruz Roja Internacional (1864) y de la Convención de Ginebra (1949).

La Ambulancia de Larrey



Esquema de la original "ambulante volante" de Dominique Larrey. A) Carruaje con los "ojos de buey laterales" y los dos caballos en visión lateral. B) Las dos puertas traseras con los sistemas de apertura y cierre, las camillas con soporte anatómico para mejorar la posición de los heridos

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 de Endocrinología
y Metabolismo
"Dr. Arturo Oñativia"
(Salta)

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

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

CONSULTA A DOMICILIO:
\$ 60,00 (PESOS, SESENTA)

RESOLUCIÓN N° 054/10 MESA DIRECTIVA 14/07/10



VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta