

# VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta

AÑO 5 - N° 10 ABRIL 2011

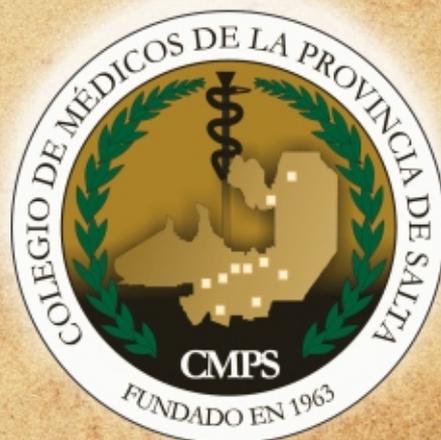
## HOSPITAL DE SALUD MENTAL Dr. MIGUEL RAGONE M.S.P.

**Biografías: Dr. Miguel Ragone - La próstata - Muerte súbita - Guía para el proceso de donación y trasplante - El ABC de: Edema - Usos culinarios de la hoja de coca - Ética médica frente al paciente crítico - Residencias y Concurrencias privadas - Reglamento Premio Anual 2011 - Salarios en Salud Pública - Mitos y verdades sobre el consumo de alcohol - El médico que salvó a 8.000 judíos simulando una epidemia**

# **PREMIO ANUAL**

## **COLEGIO DE MEDICOS DE SALTA**

# **2011**



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 30/07/2011.

**ENTREGA PREMIO:**

Acto Académico Noviembre 2011.

**BASES Y REQUISITOS en:**

[www.colmedsa.com.ar](http://www.colmedsa.com.ar)

**COORDINACIÓN A CARGO:**

COMISIÓN CONSULTIVA DE JÓVENES MÉDICOS.

**COLABORACIÓN:**

COMITÉ ASESOR CIENTÍFICO.

**SUMARIO**

AÑO 5 - NUM. 10 - ABRIL 2011

<b>Biografías: Dr. Miguel Ragone</b>	pág. 5
<b>La próstata</b>	pág. 7
<b>Muerte súbita</b>	pág. 9
<b>Guía de donación y trasplante</b>	pág. 10
<b>El ABC de: Edema</b>	pág. 12
<b>Usos culinarios de la hoja de coca</b>	pág. 15
<b>Ética médica frente al paciente crítico</b>	pág. 17
<b>Residencias y Concurrencias privadas</b>	pág. 24
<b>Reglamento Premio Anual 2011</b>	pág. 26
<b>Salarios en Salud Pública</b>	pág. 29
<b>Mitos y verdades sobre el alcohol</b>	pág. 30
<b>El médico que salvó a 8.000 judíos</b>	pág. 31

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 Alberto Sánchez  
Dr. Pablo Flores  
Dr. Juan Carlos Giménez  
Dra. María Cecilia Montoya  
Dr. Octavio Alejandro Guanica  
Dr. Lisandro Pfister

**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**

**C**uando me recibí de médico en el año 1960, para ejercer la profesión debí matricularme en el Ministerio de Asuntos Sociales y Salud Pública, sito en ese entonces, en calle Buenos Aires 177; en esos tiempos hacíamos anestesia con pentotal y éter - no se conocía nada de biología molecular - realizábamos diagnóstico de posición fetal por palpación (no existían los ecógrafos), sólo teníamos sulfas y como antibióticos, Penicilina y Streptomina además de los prácticamente desaparecidos, Tetraciclinas y Cloramfenicol. Al final de esta nota, creo que se darán cuenta de la finalidad de este preámbulo.

En Julio de 1963, el Ministerio de Asuntos Sociales y Salud Pública a solicitud del Círculo Médico de Salta, decreta la creación del Colegio de Médicos con el fin de que seamos nosotros mismos los que regulemos el ejercicio de nuestra profesión y entre sus finalidades en el inciso b) de su Art. 3º establece "Promover ante los poderes públicos la sanción de leyes, reglamentos, etc. relacionados con el ejercicio profesional, como así también, al mejoramiento científico, cultural, moral y económico de los médicos".

Se habilitó una oficina del Ministerio de Salud Pública en el ala que daba a la calle Almirante Brown y que era atendida por el Sr. Gilfredo Paz, empleado del Ministerio; se llamó a inscripción a los algo más de doscientos médicos que existían en la provincia. Como la inscripción se llevó a cabo por orden alfabético se dio la situación paradójica que médicos jóvenes tenían números bajos y hubo un médico con más de treinta años de profesión que le tocó la Matrícula Nº 205; la Matrícula Nº 1 le correspondió al Dr. Dantón Cermesoni, quien ejercía el cargo de Ministro de Salud Pública y la Nº 2, al Dr. Lisandro Lávaque que lo hacía como Secretario de Salud Pública.

La Asamblea inaugural para aprobar los estatutos del Colegio se llevó a cabo en el Salón Auditorio del Ministerio ubicado en Avda. Belgrano 1349, presidida por los Dres. Leonardo Gonorazky y Gaspar Solá Figueroa en la que tuve el honor de participar como Delegado del Distrito Nº 3 (Tartagal). Desde entonces, hasta la actualidad, exceptuando el período 1974/1976, estuve presente en todas ellas que se fueron llevando a cabo en el Ministerio, en el viejo Círculo Médico de Avda. Sarmiento 536, en el Hospital Arenales (Bolívar 687, sede anterior del Colegio) y en el local actual del Círculo Médico de calle Urquiza 153, hasta llegar a este presente en nuestra sede propia, sita en calle España 1440.

Con altibajos el Colegio fue creciendo y madurando y al margen de todas las mejoras y conquistas y de la eficacia de su accionar

deontológico, creo que lo más importante de sus logros fue la implementación del Programa de Educación Médica - totalmente gratuito - para mejorar el nivel científico de sus asociados. A esos cursos los creo más importantes que los Congresos, donde mayormente se hace más vida social que científica y sirven para propaganda de la industria farmacéutica.

Cualquier análisis del presente y del futuro de la Educación Médica es incompleto sin considerar aquellas condiciones que han hecho que la medicina sea ponderada como la más noble y humana de las profesiones, considerando que el médico debe ser bueno y perito, es decir, tener un corazón tierno y compasivo y respeto por el enfermo, sus familiares y sus colegas, aceptando la diversidad de opiniones y creencias.

Finalmente debo recalcar, por si no lo dejé entrever, que los estudios universitarios para obtener el título, son en realidad una introducción a un programa de estudios que acompañan al médico durante toda su vida o sea que el estudio de la medicina, es un proceso de autoeducación permanente.

**Dr. Wady Ruperto Mimesi**  
**Presidente del Consejo de Distritos**  
**Colegio de Médicos de la Pcia. de Salta**

# COLEGIO DE MÉDICOS DE SALTA

# PREMIO ANUAL

# 2010

## RESOLUCIÓN N° 095/10

### LA MESA DIRECTIVA DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE SALTA

#### RESUELVE

**1º) DECLARAR** ganador del **PREMIO ANUAL COLEGIO DE MÉDICOS DE SALTA 2010** al Trabajo de Investigación Retrospectivo titulado "**HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL SAN BERNARDO DE SALTA. Causas, tratamiento endoscópico y éxito del mismo**" presentado bajo el seudónimo **TATSURO UJI**, cuya autoría pertenece a los **DRES: MANUEL ALFARO VILLEGAS (M.P.Nº4174); CARLOS FACUNDO ZARBA (M.P.Nº3504); VALERIA SILVANA LÓPEZ (M.P.Nº4631); FERNANDO DANIEL CARDOS (M.P.Nº3391); FRANCISCO JAVIER ARIAS (M.P.Nº4941) y TRISTÁN ALFONSO SOLA (M.P.Nº 2142).**\_\_\_\_\_

**2º) ESTABLECER** que la entrega del Premio se realizará en Acto Académico que se llevará a cabo en dependencias del Colegio de Médicos de Salta en fecha 17/12/09. \_\_\_\_\_

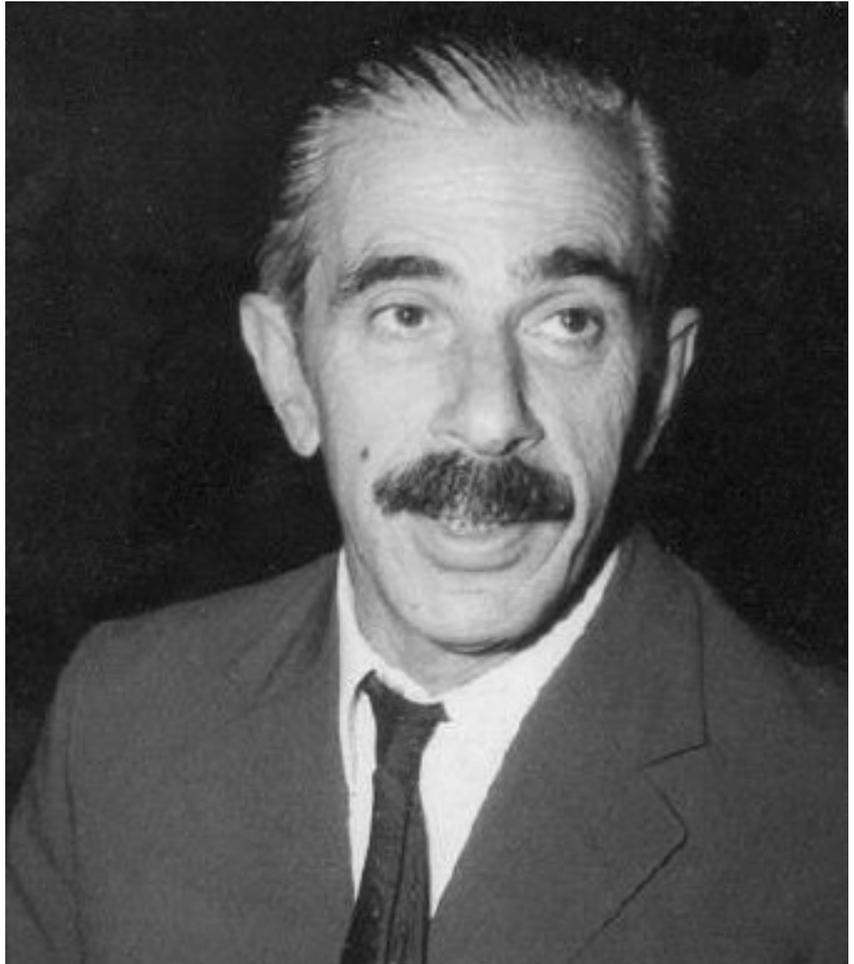
**3º) NOTIFÍQUESE, REGÍSTRESE y ARCHÍVESE.**\_\_\_\_\_

## BIOGRAFIAS

## DR. MIGUEL RAGONE

El Dr Miguel Ragone nació el 15 de enero de 1921 en la provincia de Tucumán. Hijo de inmigrantes italianos, a corta edad se instaló con su familia en la provincia de Salta donde cursó sus estudios primarios en la escuela Urquiza, y los secundarios en el Colegio Nacional "Manuel A. de Castro" del que egresó como bachiller. Luego de iniciar la carrera de abogacía, su vocación por la medicina lo llevó a Buenos Aires, donde compartiría sus estudios con Raúl Matera, Arturo Oñativía, Diego Outes y Diego Zavaleta, entre otros futuros y destacables profesionales y políticos, hasta obtener su título como neurocirujano por la Universidad Nacional de Buenos Aires en 1948.

Tras haberle salvado la vida, al Dr. Ramón Carrillo, durante una revuelta universitaria transcurriendo la década de los 40' se convirtió en discípulo dilecto y amigo, fue su secretario privado por un corto tiempo mientras éste se desempeñaba como Ministro de Salud en la primera etapa del gobierno del Gral Perón. De regreso a Salta para ejercer su profesión, obtiene del Dr. Carrillo la aprobación para instalar en esta ciudad el **p r i m e r h o s p i t a l** neuropsiquiátrico al que impuso el nombre de uno de sus maestros, el Dr. Christofredo Jacob (Hoy Hospital "Miguel



Ragone"), del que fue, además de fundador, su primer director.

Su gran dedicación como médico, lo llevó a acercarse a los más necesitados, a los sectores más olvidados de la sociedad salteña, lo que lo llevaría a ganarse el apodo de "médico del pueblo", tal era su entrega y el amor por sus pacientes, según testigos de la época. Pero su vocación de servicio, su profunda sensibilidad social no sólo lo llevó a ejercer con abnegación

su profesión de médico sino a involucrarse en la praxis política liderando la "Lista verde" del partido justicialista a principios de la década de 70', cuando la Nación se preparaba para el retorno a la democracia luego de varios períodos de dictaduras militares. Obtenido el liderazgo en las internas partidarias, resultó electo gobernador de Salta por voluntad popular el 11 de marzo de 1973, con el voto positivo del 53% del padrón electoral provincial.

En el acto de su asunción como gobernador de Salta, el 25 de mayo del 1973, el Dr. Ragone realizaba la apertura a su discurso con palabras que quedarían inscriptas en el alma democrática del pueblo salteño: "Por primera vez, luego de 18 años, un gobernador de la Provincia vienen a prestar juramento ante ustedes, auténticos representantes del pueblo", lo que demuestra su incuestionable compromiso y su lineamiento incondicional con la democracia. En ejercicio de su función, puso énfasis en la defensa de los derechos humanos, la protección del medio ambiente, la promoción de la salud, la cultura y la educación, la inclusión social y el desarrollo económico, agrario e industrial de la provincia de Salta, esto último demostrado en el proyecto Salta Forestal y el patrocinio de la 1era edición de FERINOA, entre otros. Un gobierno de austeridad política, de la que él mismo dio ejemplo renunciando a las prerrogativas inherentes a su cargo de primer mandatario; de tolerancia política convocando, sin distinciones partidarias, a todos aquellos

hombres y mujeres dispuestos a servir pacíficamente a su provincia y a la patria, y de plena participación de todos los estamentos sociales fueron los ejes de su accionar político. No obstante, circunstancias complejas, aún no del todo develadas y resueltas, de la escena política provincial, nacional y mundial fueron urdiendo una trama siniestra en torno a la auténtica voluntad de democracia y de justicia social de la que era cabal representante el Dr. Miguel Ragone.

Es así como su gobierno es intervenido inconstitucionalmente el 24 de noviembre de 1974 por el ejecutivo nacional a cargo de María Estela Martínez de Perón y, finalmente, el "médico del pueblo", 13 días antes del fatídico golpe militar que, sin precedentes, ensombreció la historia argentina, fue secuestrado y desaparecido por un grupo comando el 11 de marzo de 1976, a los tres años exactamente de haber sido electo democráticamente gobernador de la provincia de Salta, convirtiéndose así en el único gobernador constitucional, desaparecido

durante una dictadura militar en toda la historia Argentina.

Sus restos físicos permanecen hasta la fecha desaparecidos. El constante e ininterrumpido accionar de poderes ocultos en la sociedad salteña, para evitar el esclarecimiento de la verdad sobre la desaparición forzada del ex mandatario han privado a sus familiares y a todo un pueblo de la justicia en la causa del Dr. Ragone. Sin embargo, la firmeza de sus ideales de un Estado democrático de derecho y plenamente vigente en la práctica, donde todos y cada uno de los ciudadanos pudiese gozar de una existencia digna y, sobre todo, portador de un profundo humanismo del que dio contundentes ejemplos que quedaron grabados en la memoria social, han hecho de él una presencia indeleble, un modelo a emular, de un deber ser, una figura heroica y a la par de quienes, en circunstancias históricas similares, se han inmolado en beneficio de la Patria.

**Por Diego Ragone**

## **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.**

# LA PRÓSTATA

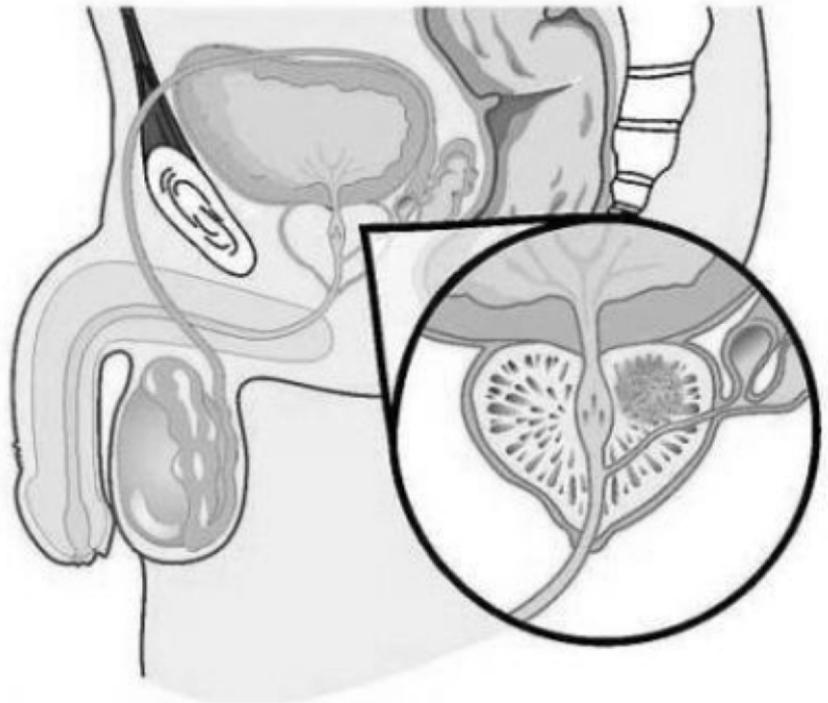
Durante casi todo el mes de marzo se realizó la Campaña de detección precoz de patología prostática organizada en conjunto por el Instituto Provincial de Salud (IPS) y la Asociación Salteña Urología (A.S.UR).

La misma está llegando a su fin y he podido observar con asombro la gran adhesión de los pacientes a esta campaña. Los resultados finales los sabremos en un corto plazo, una vez que trabajemos sobre las fichas de cada paciente participante de la misma.

En este breve artículo me gustaría referirme a lo que personalmente pude percibir como inquietudes generales sobre la patología prostática.

La próstata es una glándula perteneciente al aparato genitourinario por donde discurren los conductos eyaculadores (del aparato reproductor) y desembocan en la uretra prostática (aparato urinario) a nivel del Veru Montanum. Su función es secretar un líquido esencial para mantener la vitalidad de los espermatozoides contenidos en el líquido seminal.

Las dos patologías más prevalentes que se pueden producir en la próstata son la Hipertrofia benigna (también



llamados adenoma o hiperplasia) y el cáncer.

## Hipertrofia benigna:

A partir de los 40 años la próstata, por factores complejos principalmente hormonales, comienza a crecer ocasionando a veces problemas obstructivos que se manifiestan con diferentes síntomas miccionales.

Dicho crecimiento es tan frecuente que se produce en aproximadamente el 80% de los hombres a los 80 años. El tamaño de la próstata no es sinónimo de problema si no conlleva un componente obstructivo.

Existen dos líneas de tratamiento para dicha patología. El de primera intención es el medicamentoso. Existen diferentes tipos de medicamentos con diferentes mecanismos de acción que se pueden a veces combinar para una mejor respuesta. El tratamiento de segunda línea es el quirúrgico (convencional o endoscópico con sus diferentes variantes). La indicación de uno u otro tratamiento dependerá de la indicación médica precisa considerando diferentes factores como ser fracaso del tratamiento medicamentoso, ocurrencia de complicaciones

previas o inminentes. Es posible incluso que el paciente opte directamente por el tratamiento quirúrgico.

Es importante resaltar que en la cirugía por patología benigna (cualquiera fuera la modalidad) no se realiza la extirpación completa de la glándula, sino del adenoma y por lo tanto no previene la incidencia posterior del cáncer y por lo tanto los pacientes operados deben continuar con los controles anuales. Se deduce además que el adenoma puede volver a crecer con el tiempo aunque es poco probable que necesite nuevamente de algún tipo de tratamiento salvo que produzca nuevamente obstrucción. Por último quisiera subrayar que la cirugía

no produce disfunción sexual.

### **Cáncer de próstata**

Es el cáncer más frecuente en el hombre a partir de los 50 años y es la segunda causa de muerte por cáncer. El principal factor de riesgo es el antecedente de cáncer de próstata en la familia. No existe hasta la fecha ningún tratamiento preventivo. El cáncer sólo es curable en su etapa precoz cuando está confinado a la glándula. En este estadio no hay síntomas ya que en general su comienzo es en la zona periférica de la glándula y por lo tanto no tiende a producir obstrucción. La prevención radica en el diagnóstico precoz para poder curarlo. Existen distintas

opciones para su tratamiento siendo los más aceptados la cirugía (extirpación completa de la glándula y de las vesículas seminales) y la radioterapia. Si el cáncer se diagnosticó en una etapa más avanzada (presencia de metástasis o crecimiento por fuera de la próstata) el tratamiento será sólo paliativo.

•En esta campaña tenemos, como objetivo principal, informar para que se tome conciencia de la importancia de la consulta precoz insistiendo que no es necesario sentir ningún síntoma para la visita al urólogo.

**Dr. Pablo Flores**  
**Presidente**  
**Sociedad de Urología**  
**de Salta**

**COLMEDSA**  
Colegio de Médicos de la Provincia de Salta

Inicio El Colegio Servicios Descargas Videoteca



Contáctenos

buscar...



**COLMEDSA**  
www.colmedsa.com.ar



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

**Suscríbese a nuestro Newsletter en:**

**www.colmedsa.com.ar**

# MUERTE SÚBITA

A pesar de haberse constatado una reducción importante de muertes súbitas de origen cardiovascular en los últimos 40 a 50 años, la enfermedad cardiovascular aún es la principal causa de muerte natural en los países desarrollados. Aproximadamente el 50% de muertes súbitas ocurren en personas sin antecedentes cardiovasculares y son expresión de un primer evento coronario. La incidencia anual comunicada es del 0,1 - 0,2% en individuos mayores de 35 años en los Estados Unidos y cifras similares en Europa.

**Definición:** Se define Muerte Súbita cardíaca a la muerte natural de causa cardiovascular, inesperada, que ocurre en forma instantánea o en la primera hora de comenzado los síntomas (una hora, se refiere al tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y el paro cardíaco). Por otro lado, el tiempo menor de una hora entre el comienzo de los síntomas y la muerte discrimina otras causas de Muerte Súbita cardíaca y asegura que estos episodios ocurrían por una arritmia cardíaca como Taquicardia Ventricular Sostenida, que degenera primero en Fibrilación Ventricular y luego en asistolia, constituyendo la cascada fisiopatológica más común involucrada en arritmia fatal. En un grado mucho menor las bradiarritmias y la

disociación electromecánica también pueden observarse como causa de Muerte Súbita.

**Epidemiología:** Hay dos picos bien establecidos de prevalencia de Muerte Súbita relacionados con la edad, el primero entre el nacimiento y los primeros 6 meses de vida ocasionado por el síndrome de Muerte Súbita Infantil y el otro entre la cuarta y séptima década de vida como resultado de la enfermedad arterial coronaria. Aproximadamente el 70% de las Muertes Súbitas ocurre en hombres, porcentaje que es 4 a 7 veces mayor que en las mujeres adultas de edad mediana, debido al efecto protector hormonal de los estrógenos en la mujer premenopáusicas; esta tendencia se invierte en la posmenopausia e incluso llega a superar la incidencia de los hombres.

**Etiología:** La causa más frecuente es, sin lugar a dudas, la enfermedad arterial coronaria, ésta es la responsable del 80% del total de las Muertes Súbitas que se presentan en las Sociedades Industrializadas. La arteriosclerosis coronaria con sus dos formas clínicas, el infarto agudo de miocardio y la cardiopatía isquémica crónica, es el mayor determinante de arritmia Ventricular. Luego de la cardiopatía isquémica se encuentra el segundo grupo, que es el de las

miocardiopatías no coronarias que afectan a personas más jóvenes y que pueden ser causa de Muerte Súbita. La Miocardiopatía Hipertrófica presenta una prevalencia de 2 en 1.000 en adultos jóvenes y la incidencia de Muerte Súbita es de 2% al 4% por año en adultos y de 4% al 6% por año en niños y adolescentes, frecuentemente en pacientes asintomáticos. Miocardiopatía dilatada Idiopática, es el sustrato en aproximadamente el 10% de las MS en la población adulta. La MS: La Displasia Arritmogénica de Ventrículo derecho; Cardiopatías congénitas, Valvulopatías (Estenosis Aórtica, Prolapso de válvula mitral) y canalopatías (Síndrome de QT largo, Síndrome de QT corto, Síndrome de Brugada, Taquicardia ventricular catecolinérgica), anomalías coronarias (alteraciones del nacimiento de las coronarias) y síndrome de Eolff Parkinson White en presencia de una Fibrilación Auricular.

**Dr. Juan Carlos Giménez**  
Especialista en  
Cardiología

Bibliografía de la Sociedad Argentina de Cardiología. Año 2010. Dr. Enrique Retyk

# GUIA PARA EL PROCESO DE DONACION Y TRASPLANTE

El proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos a crecido en forma paulatina en los últimos 10 años y llegando a los 10,7 donantes por millón de habitantes en el año 2010 en la provincia de Salta, máxima tasa alcanzada en la historia del proceso de procuración.

La procuración de órganos y tejidos es una actividad hospitalaria asistencial, que permite brindar respuestas a ciudadanos que esperan un trasplante para mejorar su expectativa de vida o seguir viviendo.

La escasez de órganos y tejidos se resuelve en el sistema sanitario, cuando ante el fallecimiento de un paciente, el médico responsable inicia el proceso de donación y asegura su continuidad.

En la presente se transcribe una guía para el personal sanitario que asiste a pacientes neurocríticos y que frente a la sospecha clínica de muerte encefálica inicie el tratamiento que requieren los potenciales donantes:

## Cinco reglas de oro del proceso Donación - Trasplante

1- Toda lesión intracraneal



grave puede provocar la muerte encefálica, mientras permanecen perfundidos el resto de los órganos.

2- Todos los cuidados intensivos en el cadáver tienen como objetivo continuar con la oxigenación tisular multiorgánica.

3- Todo fallecido puede ser donante y a través de sus órganos y tejidos salvar la vida de otras personas.

4- Toda vida que se salva a través del trasplante de órganos y tejidos puede tener acción terapéutica para las familias que pierden un ser querido.

5- Todo fallecido pudo haber manifestado su voluntad sobre

la donación y es un deber hacer cumplir su deseo.

Los potenciales donantes de órganos son personas que fallecen en unidades de cuidados intensivos en situación de muerte encefálica. Para quienes fallecen fuera de las terapias intensivas la donación viable es la de tejidos.

Los criterios de selección de potenciales donantes se han ampliado en los últimos años, evaluándose cada caso en particular, con la finalidad de garantizar la bioseguridad de los órganos y tejidos para trasplante.

La no viabilidad de uno o más órganos para trasplante no invalida la de los restos de los

órganos o tejidos.

A partir de esta etapa del proceso, se deberá actuar en forma conjunta con el responsable de procuración de su hospital y/o con el Organismo jurisdiccional de ablación e implante.

El marco legal vigente para certificar la muerte esta dado por los artículos 23 y 24 de la Ley 24.193 y se complementa con el procedimiento médico de alcance nacional, denominado "Protocolo de Diagnóstico de Muerte bajo criterios Neurológicos", aprobado por resolución N° 34/98 del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

El diagnóstico y certificación de la muerte debe ser suscripta por dos médicos, entre los que figurará por lo menos un neurólogo o neurocirujano. Esta certificación de la muerte es a todos los fines médico – legales.

Toda vez que se ha certificado la muerte bajo criterios neurológicos y no habiéndose realizado la ablación de los órganos, se deben suspender las medidas de soporte artificial.

Algoritmo para el diagnóstico de muerte encefálica (ME)

## **PACIENTE NEUROCRÍTICO EN COMA PROFUNDO**

**Etiología conocida**

### **Lesión severa del SNC que justifique el cese irreversible de funciones**

#### **Prerrequisitos para diagnóstico ME:**

- Estabilidad Hemodinámica TAS > 90 o TAM > 60 mmhg
- Ausencia de Hipotermia: T° central > 32 °C

- Ausencia de graves alteraciones metabólicas y endocrinas

- Ausencia del efecto de bloqueantes neuromusculares

- Ausencia de drogas depresoras del SNC en niveles tóxicas

- Ausencia de graves alteraciones hidroelectrolíticas y EAB

- Oxigenación y ventilación adecuadas

- Recién nacidos de término y > 7 días de vida ( Pre término se usará edad corregida)

#### **Exámen clínico neurológico compatible con diagnóstico de ME:**

- Ausencia de respuesta motora y vegetativa al estímulo algésico aplicado en territorio de los nervios craneales

- Ausencia de reflejo fotomotor

- Ausencia de reflejo corneal

- Ausencia de reflejo oculocefálico

- Ausencia de reflejo oculovestibular

- Ausencia de reflejo nauseoso

- Ausencia de reflejo tusígeno

Si son NEGATIVOS se excluye diagnóstico de muerte encefálica.

Si son POSITIVOS realizar:

- Test de apnea positivo, compatible con diagnóstico de ME

- Test instrumentales para diagnóstico de ME: Electrofisiológicos (EEG, Potenciales evocados) o Estudios de Flujo Sanguíneo cerebral (Arteriografía cerebral de 4 vasos, Doppler transcraneano, etc)

Tiempo de observación variable

Mínimo 6 horas en lesión estructural del SNC

En anoxia no concluir antes de las 24 hs

En niños el período de observación es más prolongado de acuerdo a edad

Información procedente del INCUCAI.

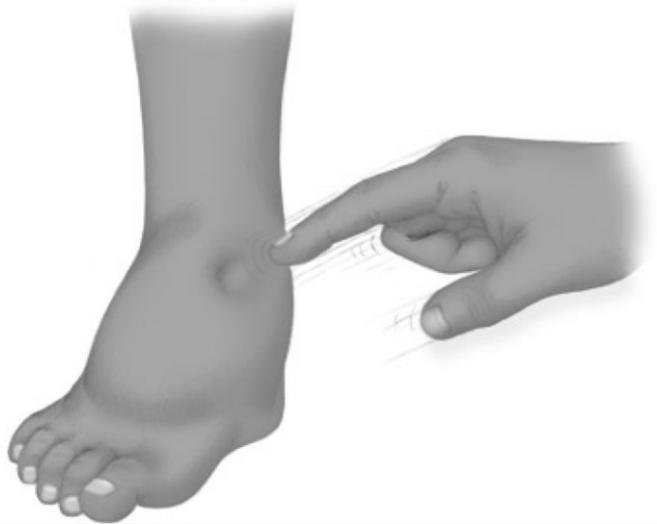
**Dr. Octavio Guanca**  
**Especialista en**  
**Terapia Intensiva**

## SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE SALTA

# EL ABC DE: EDEMA

El termino EDEMA (del griego oidema) implica aumento del líquido en el intersticio de los tejidos, evidenciado clínicamente a través de la palpación, cuando el volumen de acumulación es cercano a los tres litros; en otras ocasiones, se lo evidencia sólo a través de métodos diagnósticos. Es una situación que se da en las distintas ramas de la medicina: edema en insuficiencia cardíaca (cardiología), edema en insuficiencia renal (nefrología), edema infeccioso (infectología), edema en el síndrome de hipertensión portal (gastroenterología), edema por obstrucción linfática (oncología), edema cerebral post traumático (neurología), edema localizado en pierna post extracción del yeso en paciente fracturado (traumatología), edema angioneurótico (en alergia e inmunología), edema de pared intestinal en post operatorio de cirugía abdominal (cirugía), edema de manos -puffy hands- (reumatología), edema vulvar en cáncer de cuello uterino (ginecología) y no continuo dando ejemplos para no aburrir desde el principio.

A veces el edema puede ser generalizado, por ejemplo en el síndrome nefrótico,



situación que se llama anasarca. En estos casos, parte del edema es evidenciado clínicamente a través de la palpación, sin embargo por medio de métodos diagnósticos se pone de manifiesto derrame pleural, pericárdico y ascitis. En otros momentos, el edema es localizado a una determinada región, por ejemplo edema facial y de cuello en el síndrome de vena cava superior por obstrucción venosa o edema localizado en un miembro inferior por linfedema.

Las causas más importantes de edema son:

### AUMENTO DE LA PRESION HIDRAULICA CAPILAR

A) Aumento del volumen

plasmático por retención renal de sodio.

1) Insuficiencia cardiaca, incluyendo cor pulmonale.

2) Retención de sodio primaria a nivel renal, como en enfermedades renales, síndrome nefrótico; drogas como los bloqueantes cálcicos, antiinflamatorios no esteroideo, pioglitazona, rosiglitazona, estrógenos, edema de realimentación, estadio inicial de la cirrosis hepática.

3) Embarazo y edema premenstrual.

4) Edema idiopático.

B) Obstrucción venosa.

1) Cirrosis u obstrucción

venosa hepática

2) Edema agudo de pulmón

3) Obstrucción venosa localizada.

## HIPOALBUMINEMIA

A) Por pérdidas, ya sea a nivel renal (síndrome nefrótico) o intestinal (enteropatía perdedora de proteínas).

B) Por déficit en la formación de la albúmina, como en la hepatopatía crónica y desnutrición.

## AUMENTO DE LA PERMEABILIDAD CAPILAR

Esta situación se puede observar en distintas patologías como en el quemado, el traumatizado, sepsis, reacciones alérgicas (edema angioneurótico), distress respiratorio del adulto, terapia con interleukina 2.

## OBSTRUCCION LINFATICA O AUMENTO DE LA PRESION ONCOTICA INTERSTICIAL

A) Hipotiroidismo

B) Adenopatías tumorales

C) Ascitis maligna

Para que se produzca un edema, en especial generalizado, deben darse dos situaciones:

1) Alteración en la hemodinamia de los capilares que favorezca el pasaje de líquido intravascular al

intersticio (aumento de la presión hidrostática capilar, disminución de la presión oncótica capilar y aumento de la permeabilidad de los pequeños vasos).

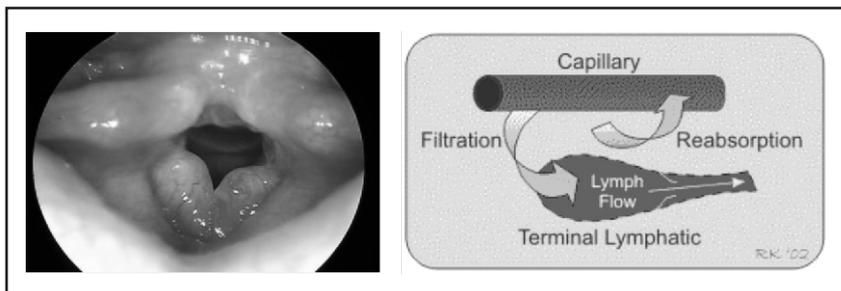
2) Retención de sodio y agua de la dieta o fluidos intravenosos por parte del riñón, como evento inicial (en la insuficiencia renal) o como evento secundario, como en la insuficiencia cardíaca (por disminución del output cardíaco) o la cirrosis hepática (por disminución de la resistencia vascular sistémica y activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona.)

El edema a veces es de partes externas del cuerpo y lo podemos palpar (edema de miembro superior por obstrucción linfática, edema palpebral en reacción a droga) pero en otras ocasiones, el edema es de órganos internos que sólo se evidencia por estudios de diagnóstico por imágenes (nefrosarca en síndrome nefrótico, edema cerebral por una lesión expansiva en dicho órgano, edema de cuerdas vocales post intubación), edema de pulmón cardiogénico (insuficiencia cardíaca izquierda) o no cardiogénico (distress respiratorio).

Desde el punto de vista clínico, cuando el edema es por alteración en la presión hidrostática u oncótica (es decir, sólo hay líquido en el intersticio) es un edema blando (deja Godet), en general no cambia el color de la piel (típico edema del síndrome

nefrótico o la insuficiencia cardíaca). Sin embargo, cuando el edema es infeccioso o inflamatorio (es decir además de líquido se produce una vasodilatación e invasión de polimorfo nucleares o mononucleares) es de mayor consistencia, no es fácil el Godet y su coloración es rosada - rojo (edema por una picadura de insecto, edema alrededor de una herida infectada). También debemos recordar que un edema que no deja Godet es el linfedema (cuya causa principal es la afectación de ganglios por patología tumoral primaria -linfomas o metástasis- en cáncer de mama o melanoma, como así también en la filariasis en los países que existe esta patología). Tampoco deja Godet el *mixedema* en el hipotiroidismo.

Recuerdan que en otra ocasión hablamos del ABC de la Eritrosedimentación? Bueno relacionemos ambas situaciones. Cuando estamos ante un paciente con edema *generalizado* y eritrosedimentación normal, en general vamos a pensar en insuficiencia cardíaca, en una situación de hipoalbuminemia por desnutrición; cuando la eritrosedimentación sea elevada, hasta mayor a 100 mm en la 1ra hora, el edema generalizado podrá ser por un síndrome nefrótico por mieloma múltiple o por nefropatía en el seno del Lupus Eritematoso Sistémico. Un edema localizado con eritrosedimentación normal o levemente aumentada lo



podemos ver, por ejemplo, en una tromboflebitis post operatoria en una paciente con varices en miembros inferiores. Sin embargo, el edema de una tromboflebitis en miembro inferior pero con eritrosedimentación elevada, debe hacernos pensar que el coagulo venoso obstructivo se pudiera haber formado por la secreción de sustancias pro coagulantes de un adenocarcinoma oculto o por una obstrucción linfática por adenopatías a nivel inguinal o para aórtico abdominal (en el seno de un linfoma).

Anteriormente nos referimos a edema como manifestación de distintas enfermedades. Ahora hablaremos de situaciones que especialmente se dan en las mujeres y que tienen más valor estético que enfermedad. No es rara la consulta del edema bipalpebral matutino. Si bien en esa situación debemos descartar hipotiroidismo, hipoalbuminemia por síndrome nefrótico, el origen del mismo es por la posición horizontal a la noche que puede ejercer mayor presión hidrostática en una estructura muy laxa como son los párpados. Cuando la paciente adopta la posición erecta, desaparece. También es frecuente la preocupación de la mujer por presentar e d e m a s , a v e c e s

generalizados, en los días premenstruales. Pareciera deberse exclusivamente al aumento de la progesterona, con retención hidro salina a nivel renal. También debemos recordar el llamado edema idiopático. Este es un síndrome de retención hídrica real o sensación de la misma, en cara, manos, tronco, miembros inferiores, que ocurre en mujeres premenopáusicas, en ausencia de patología cardíaca, renal o hepática. Trastornos emocionales y neuróticos son parte de este síndrome. Se consideran como probables causas, un aumento de la permeabilidad capilar, uso crónico de diuréticos y realimentación.

Ahora, colegas, hablemos de curiosidades del uso de diuréticos en pacientes con edemas. Cuando el paciente presenta edema agudo de pulmón cardiogénico, nadie duda en el empleo de dosis importantes de furosemida junto a otras drogas por la urgencia del cuadro. Pero debemos ser cautos y prudentes en el empleo de los diuréticos en la hipertensión crónica con edemas pues puede darse la situación de disminución importante del volumen circulante y se dispare el sistema renina angiotensina aldosterona, con

retención hidrosalina, provocando mayor hipertensión. Lo mismo sucedería en un paciente con edema idiopático, el uso de diuréticos puede disminuir el volumen vascular a tal nivel que el riñón lo mal interprete y se ponga en acción el sistema renina-angiotensina-aldosterona, reteniéndose mayor cantidad de líquido, con aumento del edema.

Recordemos otras situaciones curiosas en relación con edema. Tanto la insuficiencia cardíaca izquierda como la insuficiencia renal pueden cursar con edema de pulmón. Sin embargo, la cirrosis no complicada NO provoca edema de pulmón. Pareciera ser que la obstrucción sinusoidal intrahepática produce un incremento en la presión venosa y sinusoidal por debajo de la vena hepática y una disminución (o normalidad) en el volumen de la circulación cardiopulmonar. Tampoco se produce edema de pulmón sólo por hipoalbuminemia. Pareciera ser que la pared alveolar tiene una permeabilidad especial para la albúmina, una mayor presión oncótica intersticial y por ello menos líquido en el alveolo, no produciéndose edema de pulmón. Participaría también favoreciendo esta situación un incremento del flujo linfático.

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

## USOS CULINARIOS DE LA HOJA DE COCA

Entre el 16 y 18 de septiembre de 2010 se realizó en Tarija (Bolivia) el 4º CONGRESO ANDINO DE GASTRONOMÍA que contó con la presencia de 200 inscriptos procedentes de Argentina (Salta, Buenos Aires, Entre Ríos y Córdoba), Bolivia, Chile, Perú y Panamá.

Después de la apertura realizada por su organizador el Sr. Luis Guillermo Burgos, Director de la Revista CLUB DE COCINEROS presentó su disertación la Dra. Dora Rivero de Gaida quien abordó el tema:

### Por qué Filosofía en Alimentación, Salud y Gastronomía? y por qué también Odontología?

Su exposición fue la siguiente:

La Filosofía es la madre de las Ciencias y del conocimiento humanos porque esta disciplina contesta los "por qué" que el Hombre suele preguntarse desde siempre ... desde que el Hombre es

Hombre.

La Filosofía responde y se pregunta los por qué pero en esto es importante saber preguntar.

La palabra FILOSOFÍA viene del griego. Filo quiere decir empatía, amor, amistad; y sofía significa amor a la sabiduría o al saber.

Se debe hacer una diferencia entre saber y sabiduría porque el saber es teórico y la sabiduría es teórico - práctica (concepto dado por la Bióloga y Dra. en Ecología Marta de Viana, Profesora de la materia en la Carrera de Ciencias Naturales de la UNSa).

Aplicar la Filosofía a la Alimentación, a la Salud y a la Gastronomía significa preguntarse y contestarse preguntas relacionadas con ellas.

La Alimentación tiene relación directa con la Salud y aquí

citare una oración del libro de Toqo Zuleta titulado CHINCANQUI, que en su página 47 dice textualmente:

"para los kayawayas, el hombre es lo que come".

Lo mismo dice el Dr. Alexis Carrell , Premio Nobel de Medicina en su libro:

"La Incógnita del Hombre"  
El Hombre ese desconocido

y ...los invito a leerlos.

Por otra parte la Gastronomía es la preparación de los alimentos con sentido estético o sea la presentación de los alimentos en los que debe haber armonía de formas, volúmenes y colores.

Hay además otro elemento fundamental: los sabores.

Los alimentos deber ser bien combinados para ser degustados y deben resultar agradables a la vista para



quienes los consumen.

Dios o el Creador o el Principio de todas las cosas creó el Universo.

Creó los continentes y en cada uno de ellos puso agua, minerales, vegetales, animales y por último al Hombre para que los utilice para su vida.

En Europa puso cierto tipo de todos estos elementos, en Asia puso otro tipo, en África otros, en Oceanía otros y en América también puso a los destinados a este continente.

Pero aquí mencionaremos a Sudamérica en forma particular porque tanto Bolivia como Argentina, mi país, y Perú están en Sudamérica.

Todos sabemos que el Hombre es curioso y además gusta de trasladarse de un lugar a otro o sea le gusta viajar para conocer personas, nuevas comidas, nuevos sabores.

El Hombre se trasladó de un lugar a otro y en la mayoría de las veces junto con él trasladó vegetales y animales que no existían en su lugar de nacimiento y esto lo llevó a incorporar muchas novedades.

Deseo comentarles que en Holanda está el puerto más grande del mundo: Rotterdam, el 2º puerto más grande también está en Holanda también: Amberes.

Los holandeses al tener un país tan pequeño y teniendo tantas costas y mar fueron muy viajeros.

Tuvieron colonias en Centro América: Curazao y Aruba, en Sudamérica Las Guayanas holandesas, en Asia Indonesia les pertenecía; también tenían colonias en África, pero ellos no vinieron a Sudamérica.

A Sudamérica llegaron los españoles y portugueses y al Imperio Inca llegaron los españoles que no entendieron nuestra cultura en sus diversas expresiones y además trajeron sus costumbres y no llegaron a conocer debidamente la riqueza de las plantas nuestras; léase raíces, plantas y verduras que utilizaban nuestros ancestros en su alimentación.

Hoy en día esta cultura está "renaciendo" y muestra al mundo su sabiduría.

Este Congreso es una cabal muestra de lo que acabo de mencionar.

Y ahora... por qué Odontología?

A través de la boca se registran los sabores cuando se está formando el bolo alimenticio y de allí la importancia de tener la boca sana, en excelentes condiciones de Salud, porque en ella empieza el largo y complejo proceso del metabolismo de los alimentos.

En la boca existe la tialina, una enzima que inicia el proceso del metabolismo de los alimentos a medida que uno los va saboreando, degustando.

## **El aparato digestivo comienza en la boca.**

El odontólogo brasileiro Álvaro Badra dice:

"llegamos a este mundo con el primer grito, nos vamos de este mundo con la última exhalación. Estos hechos primero y último de la vida se hacen a través de la boca".

Un ortofonista español escribió un libro que tituló BIOLOGÍA DE LA BOCA y en él señala:

"el hombre desde que nace debe saciar dos apetitos: el hambre y el amor, y ambos apetitos se sacian a través de la boca", lugar del organismo humano en el que trabajamos los odontólogos.

Además es necesario introducir en la Gastronomía conocimientos de Antropología que tienen que ver con las culturas y también la Sociología, Ciencias Sociales que deben enriquecer la formación de los chefs.

Todo lo expuesto tiene relación directa con la Salud y la Enfermedad.

Para pensar, analizar, reflexionar y... difundir.

**Dra. Dora Rivero de Gaida**  
**Odontóloga**  
**Socia Honoraria de**  
**APRHOM**

# ÉTICA MÉDICA FRENTE AL PACIENTE CRÍTICO

Siguiendo la sana costumbre de los semánticos que antes de discutir fijaban términos, definiremos:

**Ética:** Desde la ética de la virtud del Siglo de Pericles al utilitarismo de Stuart Mill mucho se ha escrito y discutido sobre este tema. No es del caso un enfoque filosófico del problema, sino más bien uno práctico, es decir, reflexionar éticamente desde la cotidianidad y en este sentido el mejor comportamiento ético podría devenir de las palabras de Confucio: "No hagas a otro lo que para ti no quieras". Este sabio principio moral (del latín mos, costumbre, norma) tiene su versión positiva en el Evangelio al definir Jesús el amor al prójimo: "Haz con tu prójimo lo mismo que quisieras que tu prójimo haga contigo" (Luc. 6, 31).

**Ética médica:** No es otra cosa que preguntarse frente a un enfermo: "¿Estoy haciendo con él lo que me gustaría que hicieran conmigo, de ser yo el paciente?" La contestación a este interrogante puede distinguir al médico-robot del médico-persona; "persona" en su etimología greco-latina: lo que vibra detrás de la máscara, el "per-sonare", la mutua vibración que es el encuentro personal, esto es, la persona-enferma con la persona-médico, o como fue definida la



medicina: "Una confianza que se entrega a una conciencia".

**Paciente:** Miguel de Unamuno definió al enfermo como "un ser humano, de carne y hueso, que sufre, ama, piensa y sueña". No he encontrado mejor definición en ningún texto de medicina.

**Paciente grave:** En una oportunidad le pregunté a Max Harry Weil, a la sazón máxima autoridad mundial en Terapia Intensiva, cómo definía un paciente crítico, y esperando una respuesta técnica (casi un algoritmo) me sorprendió con una definición en términos de relación médico-paciente: "Un paciente crítico es el que necesita un médico las 24 horas del día y los 7 días de la semana".

En este sentido no está demás recordar los "Derechos de los enfermos": respeto como

persona, información, rechazo a un tratamiento o a una investigación, privacidad, confidencialidad, garantía de atención médica, idoneidad del equipo de salud, explicación de los costos, ser informado sobre sus derechos.

En la atención del paciente grave a los derechos del enfermo ya mencionados debe agregarse el derecho a una muerte digna entendiendo como tal a aquella sin dolor, con lucidez para la toma de decisiones y con capacidad para recibir y dar afectos. Desafortunadamente, el poder que ejercemos sobre el paciente sumado a una educación médica triunfalista que ve en la muerte solamente el fracaso de la medicina, nos lleva a veces una suerte de "ensañamiento terapéutico" prolongando una agonía y lo que es más grave negando la posibilidad a ese enfermo de

una muerte digna en compañía de sus seres queridos, situación denominada "distanasia" y resultante de una irracionalidad en el uso de los recursos tecnológicos.

### **"Ya no hay nada que hacer"**

Típica frase con que nos dirigimos a los familiares de un enfermo cuya muerte es ineluctable. Deberíamos decir "Ya no hay nada que tratar", porque en realidad hay mucho todavía por hacer, más aun, es cuando más podemos hacer.

La ya descripta prolongación innecesaria de la agonía con el uso irracional de la tecnología hizo decir a R. Bjerregaard, ministro de Salud de Dinamarca en 1981: "Algo anda mal cuando el 50% de los recursos de Salud se gastan en los últimos 90 días de la vida humana para postergar por unas semanas una muerte

inevitable".

Herederos del dualismo cartesiano mente y cuerpo, nos constituimos en "plomeros del cuerpo" antes que médicos de la persona; ésta necesita algo más que remedios y aparatos, nos necesita a nosotros como persona-médico y en esta relación la palabra es fundamental.

Pero a veces las palabras no alcanzan, entonces están nuestras manos, esas manos "vencedoras del silencio", como las definía Evaristo Carriego.

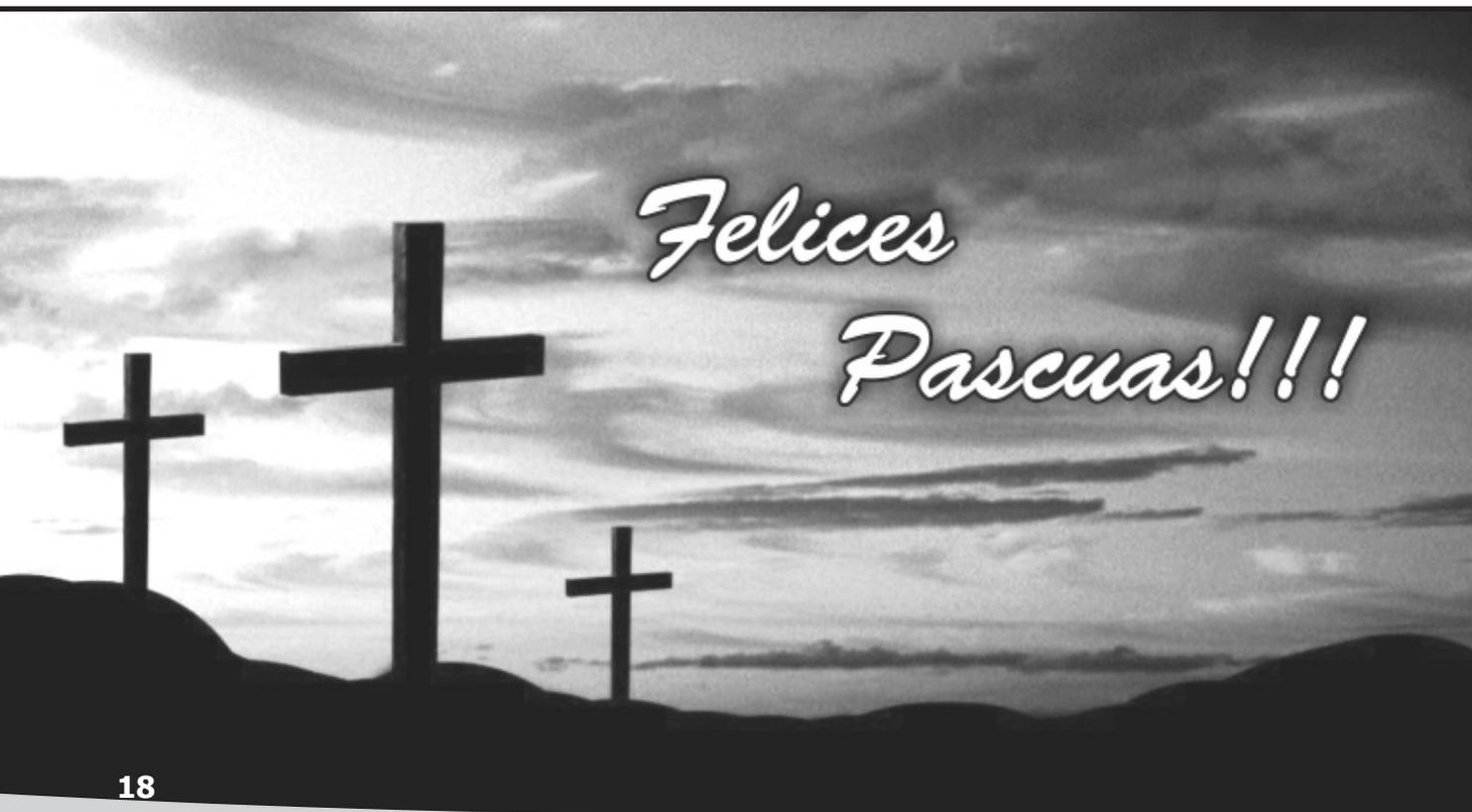
En una oportunidad una anciana en una sala de terapia intensiva me pidió: "Doctor, tómeme el pulso". Llevado por una deformación profesional no lo hice y mirando el cardioscopio le dije: "Está bien, señora, tiene 80". Ante su insistencia que le tomara el

pulso le pregunté por qué si el aparato era confiable, y me respondió: "Es que aquí nadie me toca". Razón tenía quien dijo que en terapia intensiva los enfermos a veces se mueren con "hambre de piel"; en nosotros está saciarlos.

Por último, el efecto sanador de nuestra propia presencia, que el paciente "sienta" que estamos a su lado, que vibramos en ese encuentro irrepetible de persona-persona, que estamos en su misma "sintonía corporal".

Entonces, ayudando así a bien morir nos estamos ayudando a bien vivir.

**Dr. Francisco Maglio**  
**Médico infectólogo**  
**ex Jefe de la Unidad de**  
**Terapia Intensiva del**  
**Hospital Muñiz**



# PERIODO 2010 - 2012

## NOMINA DE AUTORIDADES

### CONSEJO DE DISTRITOS

PRESIDENTE	<b>Dr. Wady Ruperto Mimessi</b>
SECRETARIO	<b>Dr. Jorge Isa Barcat</b>

### MESA DIRECTIVA

Presidente	<b>Dr. Juan José Loutayf Ranea</b>
Vicepresidente	<b>Dr. Raúl Cáceres</b>
Secretario	<b>Dra. Mary Rita Elisabeth Amatte</b>
Tesorero	<b>Dr. José Horacio Causarano</b>
Vocal Titular	<b>Dra. Irma Adriana Falco</b>
Vocal Suplente 1º	<b>Dr. Francisco Zenón Aguilar</b>
Vocal Suplente 2º	<b>Dr. Héctor Armando Politi</b>
Vocal Suplente 3º	<b>Dr. Martín Adolfo Baldi</b>

### TRIBUNAL DE ETICA Y EJERCICIO PROFESIONAL

Miembro Titular	<b>Dr. José Tomás Museli</b>
Miembro Titular	<b>Dr. Nicolás Arias Uriburu</b>
Miembro Titular	<b>Dr. Federico Saravia Toledo</b>
Miembro Suplente	<b>Dr. Vicente Domingo Altobelli</b>
Miembro Suplente	<b>Dr. Hernán González Pondal</b>

### TRIBUNAL DE APELACIONES

Miembro Titular	<b>Dra. Teresita Elizabeth Royano</b>
Miembro Titular	<b>Dr. Rodolfo Aníbal Nazar</b>
Miembro Titular	<b>Dr. Pedro Angel Wouterlood</b>
Miembro Suplente	<b>Dr. Miguel Angel Garitta</b>
Miembro Suplente	<b>Dr. Ricardo Aníbal Encina</b>

### REVISORES DE CUENTAS

Miembro Titular	<b>Dr. Vicente Daniel García</b>
Miembro Titular	<b>Dr. Omar Gustavo Abdala</b>

# 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:** \$ 60,00.-

**DUPLICADO DE CREDENCIAL:** Denuncia Policial. (1) Foto Carnet 3 cm. x 3 cm. Arancel: \$ 60,00.-

**HABILITACIÓN DE LOCAL PROFESIONAL:** Presentar Declaración Jurada. El formulario puede ser retirado de nuestra sede o desde [www.colmedsa.com.ar](http://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](http://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.

## NUEVOS MATRICULADOS

M. P. N°	APELLIDO Y NOMBRE
5116	Dra. Ferrary Laguzzi, Eleonora
5117	Dr. Nuñez Burgos Najle, Julio Javier
5118	Dra. Guaymas Tornero, Cecilia Elizabeth
5119	Dr. Orquera, Matías Andrés
5120	Dr. Cornejo Revilla Córdoba, Nicolás
5121	Dr. Guzmán, Dardo Matías
5122	Dra. Marrupe, Hilda Liliana
5123	Dra. Echazúu, Gladys Graciela
5124	Dra. Amado, Cecilia Grisel
5125	Dra. Villegas, Daniela Celeste
5126	Dr. Guedilla, Juan Arturo
5127	Dra. Medina, Analía del Valle
5128	Dra. Von Ellenrieder, Adriana
5129	Dr. Guitian, Daniel Esteban
5130	Dr. Márquez Fernández, Diego Francisco
5131	Dr. Geréz, Diego Fernando
5132	Dra. Yurquina, Andrea Gabriela
5133	Dr. Capellán, Aníbal Fabián
5134	Dr. Delgado Unda, July Lenin
5135	Dr. Menédez, Eduardo Alberto
5136	Dra. Rojo, Laura Beatriz
5137	Dra. Abdo Mamaní, Josefina del Milagro
5138	Dr. Ferreira, Maximiliano
5139	Dr. Chávez Medina, Miguel Angel
5140	Dra. Martínez Taibo, Silvina
5141	Dr. San Millán, Ricardo Javier
5142	Dr. Romero Chumacero, José María
5143	Dr. Rodríguez Quevedo, Walter Mauricio
5144	Dra. Herrera, Silvia Alejandra
5145	Dra. San Millán, Silvina
5146	Dra. Huidobro, Pía
5147	Dr. Aguilera, Antonio Rolando
5148	Dra. Méndez, Stella Maris Antonieta
5149	Dra. Ramia Damario, María del Mar
5150	Dr. Juárez, Adolfo Gerardo
5151	Dra. Burgos, Hebe Noemí
5152	Dr. Zone Puig, José Esteban
5153	Dr. Herrera Tula, Luis Maximiliano

# TRIBUNALES - COMITES - COMISIONES

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

TRIBUNAL DE  
ESPECIALIDADES

**Dr. Juan José Alborno**  
**Dr. Ricardo Daniel Jarma**  
**Dr. Francisco Zenón Aguilar**  
**Dra. Mabel Arroyo**  
**Dra. Silvia Vilca**

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**

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**  
**Dra. Ana Cecilia Fernández de Ullivarri**

Lunes  
12:00 hs.

COMISION  
JOVENES MEDICOS

**Dr. Daniel Alberto Sánchez**  
**Dr. Pablo Flores**  
**Dr. Juan Carlos Giménez**  
**Dra. María Cecilia Montoya**  
**Dr. Octavio Alejandro Guanica**  
**Dr. Lisandro Pfister**

1º y 3º Lunes  
21:00 hs.

COMITE CIENTIFICO  
ASESOR

**Dr. Carlos Cuneo**  
**Dr. Jorge E. Llaya**  
**Dr. Miguel A. Basombrio**

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**  
**Dr. Alejandro Cortés Bellomo**

Martes  
21:00 hs.

**PERIODO 1980-1982**

**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 1º  
Vocal Suplente 2º  
Vocal Suplente 3º

**Dr. Jorge Carlos Albrecht**  
**Dr. Alberto Briones**  
**Dr. Julio Juan Dousset**  
**Dr. José Antonio Sanuy**  
**Dr. Oscar Armando Falcone**  
**Dr. José Tomás Museli**  
**Dr. Antonio Carlos Araujo**  
**Dr. Enrique Cornejo San Millán**

**TRIBUNAL DE ETICA Y EJERCICIO PROFESIONAL**

Miembro Titular  
Miembro Titular  
Miembro Titular  
Miembro Suplente  
Miembro Suplente

**Dr. Heraclio Olaiz**  
**Dr. Humberto José Diez Barrantes**  
**Dr. Ramón Dergam Amado**  
**Dr. Ignacio Alfredo Militello**  
**Dr. Dardo A. Escalante Pomares**

**TRIBUNAL DE APELACIONES**

Miembro Titular  
Miembro Titular  
Miembro Titular  
Miembro Suplente  
Miembro Suplente

**Dr. Oscar Jorge Farjat**  
**Dr. Raúl Antonio Caro**  
**Dr. Jesús del Valle Dantur**  
**Dr. Ramón Simón Sacca**  
**Dr. Enrique Domingo D'uva**

**REVISORES DE CUENTAS**

Miembro Titular  
Miembro Titular

**Dr. Wady Ruperto Mimessi**  
**Dr. Miguel Angel Alfredo Garitta**

# RESIDENCIAS Y CONCURRENCIAS PRIVADAS

INSTITUCIÓN	ESPECIALIDAD	MODALIDAD
SANATORIO EL CARMEN (CARDIOVASCULAR SALTA) BELGRANO 891 - CAPITAL	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	RESIDENCIA
SANATORIO EL CARMEN (T.I.S.E.C) BELGRANO 891 - CAPITAL	TERAPIA INTENSIVA	RESIDENCIA
SANATORIO EL PARQUE (RENNIUS) H. IRIGOYEN 251 - CAPITAL	NEFROLOGÍA	RESIDENCIA
INSTITUTO CORDIS ESPAÑA 1067	CARDIOLOGÍA	RESIDENCIA
SANATORIO PARQUE H. IRIGOYEN 273 - CAPITAL	TERAPIA INTENSIVA	RESIDENCIA
HOSPITAL PRIVADO SANTA CLARA DE ASIS URQUIZA 968 - CAPITAL	CARDIOLOGÍA	RESIDENCIA
HOSPITAL PRIVADO SANTA CLARA DE ASIS URQUIZA 968 - CAPITAL	NEUROLOGÍA	RESIDENCIA
INSTITUTO SAVIA SALUD 20 DE FEB. 389 - CAPITAL	MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	RESIDENCIA
CIGNO 20 DE FEB. 659 - CAPITAL	OTORRINOLARINGOLOGÍA	RESIDENCIA
NUEVO HOSP. EL MILAGRO AV. SARMIENTO 1301 - CAPITAL	NEONATOLOGÍA	RESIDENCIA
CLINICA SAN RAFAEL SARMIENTO 566 - CAPITAL	HEMOTERAPIA	CONCURRENCIA
HOSPITAL MILITAR SALTA ARENALES Y M. CORNEJO CAPITAL	CLÍNICA MÉDICA	CONCURRENCIA



# PROGRAMA DE EDUCACION MEDICA 2011



<b>ABRIL</b>	<b>JORNADAS DE RADIOLOGÍA</b> 08 y 09 de Abril Círculo Médico - Urquiza 153	<b>6° CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA</b> <b>MÓDULO II: Patolog. Pediátr. Regionales</b> 15 y 16 de Abril Círculo Médico - Urquiza 153	<b>7° CURSO ANUAL DE MEDICINA INTERNA</b> <b>MÓDULO I: Infectología</b> 29 de Abril Círculo Médico - Urquiza 153
<b>MAYO</b>	<b>II JORNADAS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL</b> 05, 06 y 07 de Mayo Hosp. Público Materno Infantil	<b>JORNADAS DE NEUROLOGÍA</b> 13 y 14 de Mayo Círculo Médico - Urquiza 153	<b>7° CURSO ANUAL DE MEDICINA INTERNA</b> <b>MÓDULO II: Neumonología</b> 27 de Mayo Círculo Médico - Urquiza 153
<b>JUNIO</b>	<b>6° CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA</b> <b>MÓDULO III: Enf. Reumáticas en la Infancia</b> 10 y 11 de Junio Círculo Médico - Urquiza 153		<b>7° CURSO ANUAL DE MEDICINA INTERNA</b> <b>MÓDULO III: Hepatología</b> 24 de Junio Círculo Médico - Urquiza 153
<b>AGOSTO</b>	<b>6° CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA</b> <b>MÓDULO IV: Gastroenterología y Nutrición</b> 12 y 13 de Agosto Círculo Médico - Urquiza 153		<b>7° CURSO ANUAL DE MEDICINA INTERNA</b> <b>MÓDULO IV: Reumatología</b> 26 de Agosto Círculo Médico - Urquiza 153
<b>SEPTIEMBRE</b>	<b>JORNADAS DE OFTALMOLOGÍA</b> 09 y 10 de Septiembre Círculo Médico - Urquiza 153	<b>6° CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA</b> <b>MÓDULO V</b> 09 y 10 de Septiembre Círculo Médico - Urquiza 153	<b>7° CURSO ANUAL DE MEDICINA INTERNA</b> <b>MÓDULO V: Cuidados Paliativos</b> 30 de Septiembre Círculo Médico - Urquiza 153
<b>OCTUBRE</b>	<b>JORNADAS DE NEFROLOGÍA</b> 07 y 08 de Octubre Círculo Médico - Urquiza 153		<b>7° CURSO ANUAL DE MEDICINA INTERNA</b> <b>MÓDULO VI: Medicina Ambulatoria</b> 28 de Octubre Círculo Médico - Urquiza 153
<b>NOVIEMBRE</b>	<b>JORNADAS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA</b> 04 y 05 de Noviembre Círculo Médico - Urquiza 153	<b>6° CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA</b> <b>MÓDULO IV: Nefrología Infantil</b> 11 y 12 de Noviembre Círculo Médico - Urquiza 153	<b>JORNADAS DE DERMATOLOGÍA</b> 25 de Noviembre Círculo Médico - Urquiza 153

## PREMIO ANUAL 2011



# PREMIO ANUAL

## COLEGIO DE MEDICOS DE SALTA

# 2011

### REGLAMENTO

- 1)** La Mesa Directiva del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta instituye el "Premio Anual Colegio de Médicos de la Provincia de Salta" y será acreedor del mismo el o los autores de aquel trabajo que, a juicio del Jurado designado a tal efecto, constituya un real aporte a las especialidades clínicas o quirúrgicas reconocidas por el Colegio de Médicos de la Provincia de Salta.
- 2)** El mismo será merecido estímulo para todo profesional que ejerza y esté colegiado por un tiempo ininterrumpido de 3 (tres) años al momento de su participación y haya desarrollado su actividad profesional en Salta.
- 3)** El Premio será acordado anualmente. Comprenderá varias categorías: a) Monografía y/o Revisiones, b) Investigación Básica (Preclínica o experimentación animal), c) Estudios de Investigación Retrospectivos y Prospectivos. Al momento de la recepción de los trabajos en la Mesa de Entradas del Colegio Médico, los autores seleccionarán la categoría en la que deseen que compita su trabajo. En cada categoría se elegirá el mejor trabajo, entre ellos competirán por el Premio Anual. A tal efecto cada uno de estos trabajos seleccionados serán presentados oral y públicamente. Se entregará diploma a los trabajos que hayan sido seleccionados en su categoría y compitan por el Premio Anual y que no lo reciban.
- 4)** La fecha de recepción de los trabajos, así como la de la presentación oral de los trabajos seleccionados para competir, será establecida cada año por la Mesa Directiva. El Comité de Asuntos Científicos actuará como órgano asesor permanente de la Mesa Directiva para resolver los problemas o consultas que esta juzgue pertinentes.
- 5)** El Jurado que otorgue el Premio Anual será designado por la Mesa Directiva del Colegio de Médicos de Salta a propuesta del Comité de Asuntos Científicos, cuyos integrantes podrán ser parte del Jurado que se ampliará con Especialistas designados como asesores y/o miembros del Jurado según la temática presentada. Este Jurado constará de un número impar de 5 ó 7 miembros y será designado (1) mes después de la finalización de la recepción de los trabajos. No habrá límites para el número de asesores que puede designar la Mesa Directiva a propuesta del Comité. También integrará este Jurado un miembro no votante, en carácter de Veedor de la Mesa Directiva.
- 6)** El jurado emitirá su dictamen tomando en cuenta: beneficio o utilidad del trabajo, metodología, originalidad, esfuerzo para la realización del mismo, y la presentación oral.
- 7)** Las opciones del Jurado serán: a) Otorgar el Premio Anual. b) Declarar desierto el Premio. Las decisiones se tomarán por mayoría de votos. En ambos casos será obligación del Jurado redactar un dictamen expresando la justificación a la decisión. Este dictamen deberá ser firmado por todos los integrantes, Los miembros disidentes con la decisión de la mayoría podrán expresar sus motivos en el

dictamen. El fallo del Jurado será inapelable.

**8)** El premio será otorgado al trabajo científico que a criterio del Jurado reúna las características necesarias, y consistirá en diploma y medalla de oro. A los autores de los trabajos seleccionados para presentación oral que no resulten premiados, se les entregará una Diploma en donde conste que fueron seleccionados como los mejores de su categoría, para competir por el Premio Anual.

**9)** Los trabajos que se presenten para optar al Premio Anual podrán haber sido presentados con una anterioridad no mayor a dos años, en reuniones científicas o publicados a nivel nacional o internacional. Al momento de la presentación oral, el trabajo no debe haber sido premiado en este ni en otro concurso.

**10)** El autor o los autores deberán presentarse con seudónimo y en sobre cerrado adjunto, aclararán nombre y apellido, matricula profesional, domicilio, teléfono y correo electrónico. El título del trabajo no debe dar indicios sobre la autoría o lugar de realización.

**11)** Los trabajos candidatos, deberán cumplir las pautas establecidas en los Anexos (A) y (B) del presente reglamento al momento de la recepción en Mesa de Entradas.

**12)** La entrega del Premio Anual "Colegio de Médicos de la Provincia de Salta", se efectuará en un acto académico, si es que el premio no es declarado desierto.

**Reglamento elaborado por el Comité de Asuntos Científicos y aprobado por la Mesa Directiva del Colegio de Médicos de Salta en reunión de fecha 02/03/2011.-**

## **ANEXO "A"**

### **PREMIO ANUAL** **COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA**

1) **PAUTAS DE REDACCION:** Los Trabajos de investigación deberán cumplimentar las siguientes pautas de redacción:

- a) Máximo (100) páginas en hoja A4 en original y (5) copias
- b) Letra: Arial Tamaño: (12) Interlineado: 1,5
- c) Idioma: Español. Puede aceptarse junto al texto completo en español, un resumen en inglés.

2) **ESTRUCTURA:**

#### **TRABAJOS CIENTÍFICOS**

- a) Introducción
- b) Material y Métodos
- c) Resultados
- d) Discusión
- e) Conclusiones
- f) Bibliografía

## **MONOGRAFÍAS Y/O REVISIONES**

- a) Portada
- b) Introducción
- c) Índice General
- d) Listas de tablas y figuras
- e) Cuerpo de la obra
- f) Conclusiones
- g) Anexo
- h) Bibliografía

**Anexo elaborado por el Comité de Asuntos Científicos y aprobado por la Mesa Directiva del Colegio de Médicos de Salta en reunión de fecha: 02/03/2011.-**

---

## **ANEXO "B"**

### **REGLAMENTO PREMIO ANUAL**

#### **METODOLOGÍA DEL OTORGAMIENTO DE PUNTOS**

##### **ITEMS A CONSIDERAR**

- 1) METODOLOGÍA.
- 2) ESFUERZO.
- 3) UTILIDAD PRÁCTICA.
- 4) ORIGINALIDAD.
- 5) PRESENTACIÓN ORAL Y PÚBLICA.

CADA UNO DE ESTOS ÍTEMS TENDRÁ COMO MÁXIMO 10 PUNTOS.

##### **CRONOGRAMA**

**MARZO:** Convocatoria y apertura del Concurso.

**JULIO:** Fecha tope para presentar (31/07/11) e inmediata elevación de los Trabajos al Comité de Asuntos Científicos para evaluar la necesidad de Especialistas que formen el Jurado.

**AGOSTO:** El Comité de Asuntos Científicos eleva a Mesa Directiva su propuesta para la formación del Jurado (Art. 5).

**SETIEMBRE:** Formación del Jurado. Reunión del Jurado para determinar los seleccionados en cada categoría y dar a conocer la fecha de las presentaciones orales, según lo que determine Mesa Directiva.

**OCTUBRE:** presentaciones orales. Luego de las presentaciones orales, el Jurado deberá emitir un dictamen y elevarlo a la Mesa Directiva en un plazo máximo de (15) días corridos.

**NOVIEMBRE/DICIEMBRE:** Acto Académico (entrega del premio y de los diplomas a los seleccionados en cada categoría)

**Anexo elaborado por el Comité de Asuntos Científicos y aprobado por la Mesa Directiva del Colegio de Médicos de Salta en fecha: 02/03/2011.-**

# "SALARIOS EN SALUD PUBLICA"

Se transcribe nota cursada en fecha 25/01/11 al Sr. Ministro de Salud Pública de la Provincia de Salta:

Días atrás hemos recibido una nota de médicos colegas de la ciudad de Gral. Güemes. En la misma plantean la crítica situación salarial actual del equipo de salud como así también otros ítems que consideran deberían otorgarse a los médicos de la Provincia (adjuntamos copia).

En la respuesta que ya les enviamos a cada uno de los firmantes, si bien le hacemos saber que la misión del Colegio no es de índole gremial, sin embargo igualmente nos compete, en aras de propender al mejoramiento económico de los colegas, solicitar respetuosamente a las autoridades de Salud Pública un incremento salarial sustancial y a la brevedad posible para todos los médicos de la Provincia de Salta.

El esfuerzo de las autoridades, no solo, debe ser en mejorar la infraestructura edilicia y el equipamiento de los centros de salud de la provincia sino también, contar con un recurso humano calificado, especializado y satisfecho del reconocimiento de su trabajo a través de un salario digno.

Reconocemos como una situación absolutamente injusta que existan centros asistenciales en nuestra provincia con salarios distintos entre sí. Consideramos también discriminatorio las retribuciones muy inferiores de los colegas con respecto a otras entidades de la administración pública. Cuando se aduce que el incremento salarial es el mismo para todos los niveles de la administración pública, debemos recordar que siempre es inferior para Salud Pública pues se parte de un sueldo ya paupérrimo.

Señor Ministro, le solicitamos formalmente interceda ante el Señor Gobernador para poder revertir esta situación salarial de todos nuestros colegiados, tanto de Capital como del interior, cumplan funciones de guardia o de médicos de planta y que consideramos realmente injusta.

Sin otro particular lo saludamos con consideración.

**Fdo. Mesa Directiva  
Colegio de Médicos de la Pcia. de Salta.**

## **S O L I C I T A D A**

### **COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA NO A LA VIOLENCIA FÍSICA O MORAL**

Ante los recientes hechos de público conocimiento, el Colegio de Médicos de la Provincia de Salta apoya firmemente el derecho a peticionar de todos los ciudadanos, en este caso de los colegas médicos, sin violencia y en pos de justas reivindicaciones laborales y de la salud pública, rechazando enfáticamente cualquier tipo de represión física o moral injustificada para acallar sus reclamos. Tales actitudes no pueden tener cabida en nuestro sistema democrático a cuyo respecto no se puede permanecer indiferente. Aspiramos que las autoridades competentes investiguen y determinen las responsabilidades del caso.

MESA DIRECTIVA: MARZO 2011.

## CURIOSIDADES MEDICAS

# MITOS Y VERDADES SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL

**Mito.** La mezcla de diferentes tragos hace que uno se embriague más rápido.

**Verdad.** No. Lo único que importa es la cantidad y velocidad con que se ingiere el alcohol.

**Mito.** Tomar café ayudará a una persona embriagada a recuperar la sobriedad pues el alcohol debe metabolizarse dentro del organismo.

**Verdad.** No. Solamente el tiempo logrará este efecto.

**Mito.** Hombres y mujeres del mismo peso y estatura pueden beber alcohol en cantidades iguales.

**Verdad.** No. La distribución superficial de grasa en el organismo y la baja presencia de la enzima llamada alcohol hidrogenasa hace que, en general, las mujeres puedan beber menos alcohol que los hombres.

**Mito.** Entre más años se lleve bebiendo, más se demora la persona en embriagarse.

**Verdad.** No. Debido al fenómeno de tolerancia esto es cierto en la primera fase del proceso de alcoholización; pero en la segunda fase ocurre lo contrario.

**Mito.** Todo el alcohol ingerido se elimina a través de la orina y el sudor.

**Verdad.** No. Sólo un porcentaje muy pequeño (10%) se elimina de esta manera, el resto es metabolizado por el hígado y convertido en azúcar.

**Mito.** Beber cerveza o vino es menos problemático que beber alcoholes.

**Verdad.** No. Como se señaló anteriormente, alcohol es alcohol: las bebidas mencionadas destilados contienen cantidades variables de alcohol.

**Mito.** El alcohol genera violencia y criminalidad.

**Verdad.** No. El alcohol por sí mismo no 'genera' esos fenómenos, aún cuando sí está correlacionado con ellos.

**Mito.** Los alcoholes de mala calidad son más embriagantes que los de buena calidad.

**Verdad.** No. Pero usted sí puede tener muchos problemas colaterales relacionados por consumir licor adulterado adquiridos en sitios de dudosa procedencia.

**Mito.** El alcohol facilita las relaciones sexuales.

**Verdad.** Solo en muy pequeñas cantidades puede ayudar a alguien tímido; pero en general, por ser un depresor del SNC (Sistema Nervioso Central), el consumo en exceso de alcohol inhibe la respuesta sexual.

**Mito.** El alcohol ayuda a olvidar los problemas.

**Verdad.** Ciertamente, no! El alcohol hace que alguien con muchas dificultades tenga cada vez más dificultades...

**Mito.** El alcohol facilita el diálogo.

**Verdad.** Algunas personas muy tímidas pueden sentirse relajadas con algo de alcohol. Sin embargo, en la medida en que aumenta la cantidad de alcohol ingerido, las posibilidades de comunicación disminuyen.

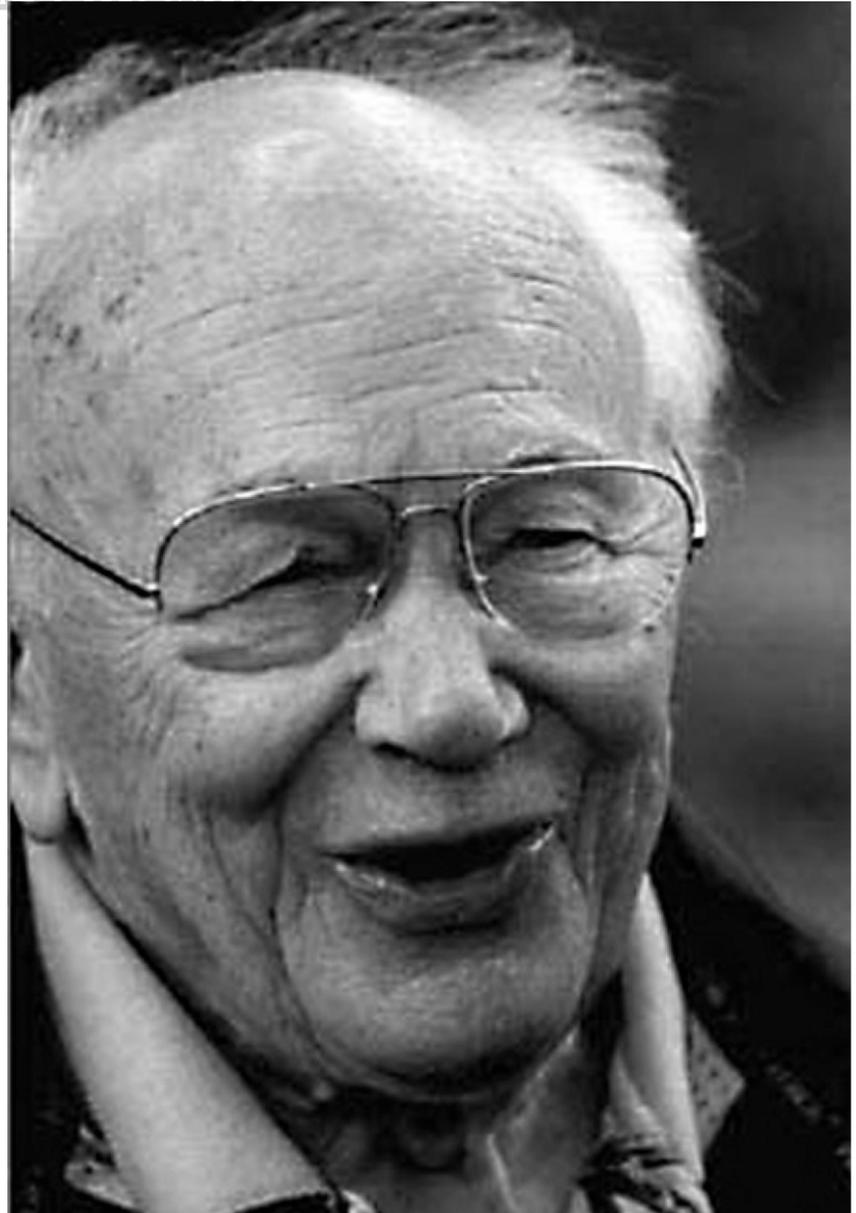
## HISTORIA DE LA MEDICINA

# EL MEDICO QUE SALVO A 8.000 JUDIOS SIMULANDO UNA EPIDEMIA

La barbarie Nazi exprimió el ingenio de muchos héroes y científicos. La siguiente historia es la crónica de la lucidez, sagacidad y dificultades de uno de ellos. El médico polaco Eugeniusz Lazowski inventó una gran epidemia de tifus a base de un innovador método que consistía en inocular los reactivos a personas sanas para generar falsos positivos. Las fiebres tifoideas eran 'la peste negra' para los alemanes, que acotaban en cuarentena cualquier brote sospechoso de propagarse evitando así la deportación y reclutamiento para los campos de trabajo y exterminio de los judíos polacos.

Eugeniusz Lazowski (1913-2006) era un médico polaco de inminente rasgos pacifistas. A pesar de enrolarse pronto en el ejército durante la Segunda Guerra Mundial siempre ejerció como 'salvavidas' y galeno en la descompuesta estructura de la milicia polaca y en la Cruz Roja internacional.

A mediados de 1940, un año después de la invasión Nazi, el Doctor se encontraba ejerciendo en la aldea de Rozwadów, al este de la Polonia ocupada. Los alemanes estaban levantando ya la ingente red de campos de concentración, fábricas y minas que necesitaban para



alimentar su maquinaria bélica. La mano de obra polaca, por su cercanía, era fuente barata e inagotable de recursos para el sistema Nazi.

Por la noche, y con alevosía, la Gestapo mezclaba sus rituales de asesinatos al azar con el

trille de las aldeas polacas reclutando a la fuerza mano de obra dentro de una población ya diezmada por la hambruna y las necesidades más elementales. La mayoría nunca regresó a sus casas.

Hacia poco que el Doctor

Lazowski se había trasladado a la aldea desde su Varsovia natal. Recién casado y titulado no temía por la deportación ya que el ejército alemán necesitaba de médicos judíos que controlaran las posibles epidemias 'desde dentro' para ejercer un control más efectivo. Lazowski tenía pues, junto con su compañero de facultad Stanislaw Matulewicz, la responsabilidad de informar de los brotes epidémicos en Rozwadów y en las pedanías aledañas.

El tifus era la epidemia más temida por el ejército alemán. Su capacidad diezmate preocupaba sobremanera. El mayor error médico del ejército fue conseguir desterrar la enfermedad de toda Alemania, impidiendo la formación de anticuerpos en la tropa Nazi, lo que les dejaba vendidos e indefensos ante un posible contagio. Por ello tras las primeras bajas y alarmas dedicaron grandes recursos a la terror-investigación. En Buchenwald y otros campos, eran constantes los experimentos con prisioneros para probar las vacunas y pócimas contra el tifus exantemático. Todos los científicos duchos en materia eran reclutados en secreto para intervenir en estas investigaciones. Testimonios escalofrantes en el Juicio de Nuremberg dan fe de ello.

En las navidades de 1941, nuestro doctor se encontró con el primer caso de fiebres tifoideas del pueblo. Un joven aldeano con 40° de temperatura, jaquecas,

escalofríos, y dolores generales acompañado de manchas rojas en la piel. La erupción se diseminaba al cuerpo entero a excepción de la cara, palmas de las manos y plantas de los pies. Tomó una muestra de sangre y la envió al laboratorio controlado, lógicamente, por los alemanes. Los métodos de detección de la enfermedad se basaban en esa época en un reactivo llamado 'reacción de Weil-Felix' basado en el Proteus Ox-19 que mezclado con la sangre del paciente se aglutinaba y se enturbiaba en caso de positivar. Para que esto ocurriera, la mezcla debería estar a una temperatura no superior ni inferior a 38°C, por ello las pruebas se hacían en habitaciones con complejos sistemas de calefacción y termostato.

El compañero de Lazowski, el Doctor Matulewicz especialista en medios de diagnóstico, preguntó una tarde de pruebas a su compañero:

-¿Qué ocurriría si en vez de mezclar el Ox-19 con una muestra de sangre se lo inyectáramos a una persona sana? Y si luego le tomáramos una muestra e hiciéramos la reacción, ¿se confirmaría el diagnóstico de tifus?

Con el miedo de banalizar el juramento hipocrático y convertirse en discípulos del mismísimo Mengele, ambos decidieron que valía la pena experimentar en un aldeano no sin antes confirmar que el reactivo estaba compuesto simplemente por bacterias

mueras lo que impedía, teóricamente, el posible contagio.

-“Yo no estaba en condiciones de luchar con una pistola o una espada”, dijo, Lazowski en su biografía “pero encontré la manera de asustar terriblemente a los alemanes”.

Inyectaron la muestra a un paciente de la consulta amigo personal de Matulewicz, que estaba desesperado por eludir el reclutamiento Nazi. La prueba tifoidea dio positivo a las 4 horas y a los 6 días. El paciente no desarrollaba ningún síntoma. El experimento fue un éxito. Ambos habían conseguido que la reacción de Weil-Felix arrojara un resultado positivo en una persona sana, por primera vez en la historia, y sin que nadie más en el mundo lo supiera.

Adjuntaron la muestra de sangre del primer paciente al laboratorio oficial nazi, cruzando los dedos de que no hubiera un nuevo y desconocido sistema de detección alemán. A los dos días recibieron el famoso telegrama rojo:

“Achtung, Fleckfieber! (Peligro Tifus) [...] confirmado positivo. Aíslen al paciente. Imposible pise suelo alemán”

A partir de ese momento los doctores diseñaron un complejo y estratégico plan para Pseudo-infectar a la mayor cantidad posible de polacos. Secretismo absoluto para con esposas y familia



Barracón de tifoideos en Auschwitz

cercana. Con tácticas inteligentes para no levantar sospechas, siguieron las directrices marcadas por epidemias anteriores intentando imitar el comportamiento de un contagio natural.

En verano disminuían las falsas infecciones pues los piojos (portadores de la enfermedad) eran menos comunes por el aumento de las temperaturas. En el otoño de 1942 iniciaron la mayor campaña de infección. Mientras Matulewicz preparaba las muestras el Dr. Lazowski se dedicaba a buscar pacientes con gripe o con síntomas parecidos al tifus y tras advertirles de que quizás padecían la enfermedad, les ponía una falsa-inyección diciéndoles que era para aumentarles la resistencia. Al poco tiempo les llamaba para tomarles la muestra de sangre y enviarla al laboratorio.

Tras hacer cuentas y ver el escaso número judíos y no judíos salvados aumentaron el riesgo de ser descubiertos ideando un nuevo compuesto que simulaba la sintomatología

del tifus de una forma inofensiva y pasajera, de esta forma podían inocular el reactivo y engañar a los equipos de arbitraje nazi. Las cifras aumentaron.

Parecía todo muy prometedor para el joven equipo médico hasta que los alemanes enviaron una dotación de inspección médica a la región para verificar el alto número de casos de la "enfermedad" y la escasez de defunciones. El equipo, compuesto de unos pocos médicos y demasiados soldados armados, se reunió con el Dr. Lazowski a las afueras de la ciudad, donde un premeditado 'banquete' esperaba a los Nazis. Entre viandas y bebida el Dr. Lazowski consiguió reducir el grupo de inspección a sólo 2 unidades, ambas perjudicadas por la bebida. Con ellos se dirigió al sanatorio donde les esperaban infinitas muestras. No hubo más problemas.

Toda la región se llenó de carteles marcando territorio contaminado. El infierno para unos, fue paraíso para otros que consiguieron eludir el

reclutamiento gracias a la perspicacia y valor de un par de jóvenes médicos polacos.

Hryniewicz, ahora cirujano en la ciudad polaca de Poznan y que era sólo un niño de 15 años en ese momento, dice que recuerda los disparos que daba la Gestapo al azar, la epidemia y la cuarentena. Asimismo, recuerda, que después de una temporada, la gente descubrió lo que realmente estaba pasando.

"Cuando la gente mejoraba, se daban cuenta de que era falso", dijo en una entrevista telefónica desde Polonia. "[...] Pero, por supuesto, nadie decía una palabra porque sabían que los alemanes nos matarían y matarían al Dr. Lazowski". [...] Él salvó a muchos de nuestros hermanos de ir a la cárcel o a los campos de la muerte".

Al terminar la guerra ambos médicos se separaron. Lazowski se instaló en Chicago a partir de 1958, como pediatra y profesor de medicina en la Universidad de Illinois y cuando se enteró del paradero de Matulewicz (médico en el Zaire) intercambió con él correspondencia confesando al mundo sus hazañas en 1977 para una revista Norteamericana de microbiología. En el año 2003 el cineasta Ryan Bank comenzó a preparar un documental sobre los hechos, pero la falta de financiación y la muerte de Lazowski en 2006 interrumpieron el proyecto indefinidamente.





*16 de Abril*

## DÍA DEL MÉDICO SALTEÑO

*Salta se enorgullece por los grandes médicos que brindó a la Patria; señores médicos, dedicados por entero a ayudar al enfermo, sin intereses sectoriales ni políticos. Salta festeja hoy el día del Médico Salteño, con la mirada puesta en quienes fueron figuras señeras de nuestra medicina y faros que iluminan a las futuras generaciones, para que actúen frente al enfermo con un solo interés: aliviar sus sufrimientos físicos y espirituales.*

*Mesa Directiva.-*



Dr. Luis Adolfo Güemes



Dr. Arturo Oñativia



**Foto de Tapa**

**Hospital de Salud Mental  
"Dr. Miguel Ragone"  
(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 Nº 054/10 MESA DIRECTIVA 14/07/10**



**VINCULOS**  
La revista del Colegio de Médicos de Salta