VINCULOS

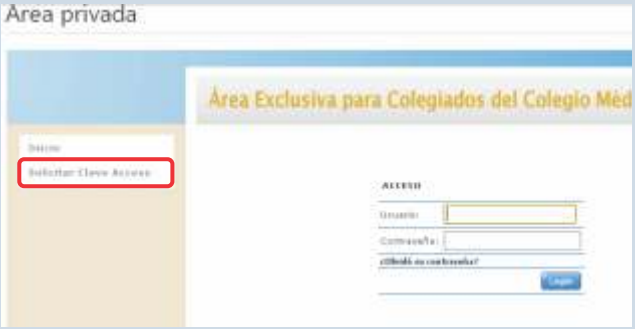
La revista del Colegio de Médicos de Salta

AÑO 5 - N° 11 AGOSTO 2011

Manejo del Espacio Pleural - Biografías: Dr. Alberto Velázquez Vera - Hipertensión Arterial Secundaria - Algoritmo para Paro Cardiorespiratorio - El ABC de: Líquido Cefalorraquídeo - Trasplante Combinado - El famoso Ataque al Hígado - Programa de Educación Médica 2011 - Cursos de Postgrado 2011 - Mi amigo Santiago - Muertes insólitas - ¿Quién era Hipócrates?

Estimado Colega, si Ud. abona su Cuota de Colegiado en Pago Fácil, si lo desea, tiene la opción de generar sus comprobantes de pago a través de www.colmedsa.com.ar

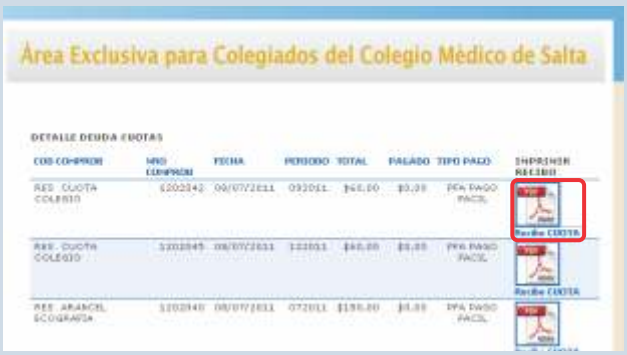
1 Ingrese a www.colmedsa.com.ar → Sección "Servicios" → "Area Privada".



2 Haga click en "Solicitar Clave Acceso".

3 Complete el formulario con sus datos y en la opción "Motivo del Mensaje" seleccione "Solicitud Clave de Acceso". En el último campo ingrese su domicilio y teléfono. Al finalizar haga click en el botón "Enviar".

4 Luego de recibir su "clave de acceso" por e-mail, acceda nuevamente al Area Privada e ingrese su nombre de "Usuario" y "Contraseña". Al finalizar haga click en el botón "Login". (Si desea cambiar su contraseña, lo puede hacer en la sección "Datos del Perfil".



5 Elija el período correspondiente de la cuota a pagar y haga click en el ícono "Recibo CUOTA". (Si el usuario utiliza otra forma de pago diferente a Pago Fácil, no podrá visualizar la opción "Imprimir Recibo"). También puede ver su estado de cuenta completo en la sección "Ver Cuenta Corriente".

6 Se generará automáticamente el comprobante para ser impreso y abonar en Pago Fácil. (Si desea abonar varias cuotas simultáneas deberá imprimir cada comprobante por separado).

SUMARIO

AÑO 5 - NUM. 11 - AGOSTO 2011

Manejo del Espacio Pleural pág. 4
Biografías: Dr. Alberto Velázquez Vera pág. 5
Hipertensión Arterial Secundaria pág. 7
Algoritmo para Paro Cardiorespiratorio pág. 11
El ABC de: Líquido Cefalorraquídeo pág. 12
Trasplante Combinado pág. 15
El famoso Ataque al Hígado pág. 16
Programa de Educación Médica 2011 pág. 25
Cursos de Postgrado 2011 pág. 26
Mi amigo Santiago pág. 27
Muertes insólitas pág. 31
¿Quién era Hipócrates? pág. 32

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 Guanca
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

SALUD ¿PÚBLICA?

Cuando intentamos aproximarnos a una explicación de lo que actualmente está ocurriendo con las prestaciones de salud pública en nuestra provincia, mirando desde la óptica que nos involucra como actores protagonistas directos de la crisis, es complicado intentar una descripción que cumpla con los requisitos de ser realista o sin contradicciones o sin caer en ambigüedades inconducentes.

Claro está que una de las variables fundamentales en dicho intento analítico se encuentra directamente vinculada a lo que se podría llamar una “complicidad histórica” y componente casi idiosincrático de las relaciones entre los efectores y prestadores de salud pública y un estado provincial, que, traducida en un lenguaje corriente diría “yo hago como que trabajo y vos hacés como que me pagás”. De producirse un auténtico sinceramiento, se podría llegar a una instancia donde ambos interlocutores puedan reconocer la necesidad de un replanteo entre las horas trabajadas y las pagadas, apuntando a desenquistar prácticas instaladas a través de muchos años.

Desde el lugar que hoy ocupamos muchos de nosotros, jóvenes profesionales médicos que realizamos nuestra vocación de servir a la salud de los salteños, aparece la necesidad de indagar a fondo todo este problema atendiendo todas las aristas que presenta, para alcanzar un cabal entendimiento de cómo se llegó a este momento, con el objetivo de identificar aquellos mecanismos perniciosos que colaboren a reestructurar un modelo de salud pública que, en concordancia con lo que predica nuestro gobierno provincial, ponga en el centro de la cuestión a la persona, que resulte viable y sincero pensando en las generaciones venideras.

Es importante, entonces, una vez más recurrir a todos los argumentos válidos y sostenibles que encontremos, abriendo todo lo posible la voluntad de diálogo de ambos sectores, superando cualquier espíritu revanchista, que reivindique la práctica de la salud pública de nuestra querida Salta.

Comisión Consultiva de Jóvenes Médicos
Colegio de Médicos de la Pcia. de Salta

MANEJO DEL ESPACIO PLEURAL

Hospital San Bernardo

Salta – Argentina

Está dedicado especialmente a los cirujanos jóvenes pero también no tan jóvenes, porque quien en la práctica diaria, ya sea en la emergencia o en el paciente crónico, no tiene la oportunidad de encontrarse con una patología pleural.

He tratado de volcar en forma totalmente fehaciente lo que nos sucede a diario, explicando la forma de resolverlas.

Nada está editado, las 2173 diapositivas allí expuestas son el resultado de la práctica cotidiana, el seguimiento de cada uno de los pacientes que concurren a la consulta de emergencia donde son tratados y el manejo posterior en la sala de internación, hasta conseguir el alta de los mismos.

Es el resultado de una aspiración personal que trato de inculcar a los cirujanos como lo es la labor continuada en guardia y que debe prolongarse en el internado del hospital para lograr un único objetivo: profundizar los conocimientos en el manejo del espacio pleural para lograr una mejor calidad de atención a nuestros pacientes.

Mi agradecimiento al Hospital San Bernardo y a todos los médicos del Servicio de Emergencias y del Servicio de Cirugía de Tórax. Sin ellos no hubiera sido posible esta presentación que pretende servir de guía para muchos cirujanos jóvenes.

Dr. Ricardo Vera
Jefe de Servicio de Cirugía de Tórax
Hospital San Bernardo

Para descargar gratuitamente este trabajo científico visite:

www.colmedsa.com.ar

Sección “Descargas” → Carpeta “Trabajos Científicos”

BIOGRAFIAS

DR. ALBERTO VELAZQUEZ VERA

Nació en Villarrica (Paraguay), siendo el tercer hijo de trece hermanos, el 16 de julio de 1924 y allí cursó sus estudios primarios y secundarios.

Ingresa a la Carrera de Medicina en la Universidad de Asunción del Paraguay, donde recibe el Título de Médico Cirujano, en febrero de 1951.
Hizo su residencia como médico cirujano en el Hospital de Clínicas de Asunción hasta el año 1954.

A mediados de 1954 se traslada a la ciudad de Buenos Aires (Argentina) prestando servicios en el Policlínico Ferroviario.

En junio de 1955 por iniciativa de su compatriota y amigo, Dr. Tomás Marini, quien desempeñaba el cargo de Director del Policlínico Ferroviario de la ciudad de Embarcación (Salta) recientemente inaugurado, unido a su vocación de servicio, se traslada a esa localidad del interior del país para sumarse al equipo de Cirugía General de ese Nosocomio.

A partir del año 1955 presta servicios en el Policlínico Ferroviario e ingresa al Hospital San Roque y Socorros Mutuos del Ferrocarril Belgrano de la ciudad de Embarcación, donde se desempeñó por largas décadas.

Contrae matrimonio en 1960 con Juanita Ramírez, española de nacimiento, pero argentina por elección de vida y esa unión fructificó en cuatro hijos.

Visita Estados Unidos en 1965, alentado por un médico amigo de la ciudad de Córdoba y compañero de viaje.

Inaugura en Noviembre de 1967 la Clínica Mayo en la ciudad de Embarcación, la que hoy cuenta con 43 años de vida y donde se desempeñó como

Director hasta su retiro.

Adquirió la nacionalidad argentina, país que consideraba su segunda patria, donde desarrolló con plenitud su vida afectiva, profesional y de dedicación a los demás.

Teniendo la convicción de que las enfermedades no respetan horarios ni distancias, prestó servicios como médico de campaña en el Chaco Salteño, en épocas en que los medios de traslado y comunicación convertían en verdaderas odiseas la atención de los enfermos.
Integró el Círculo Médico de Salta y, posteriormente, fue socio fundador de la Asociación de Clínicas de la Provincia y más tarde de la Asociación de Clínicas del Interior de la Provincia de Salta.

Desarrolló numerosas actividades en el aspecto social y comunitario. Entre las más destacadas, se encuentra el ser socio fundador del Rotary Club de Embarcación, orientando los rumbos de esa prestigiosa institución en el lugar.

Con un grupo de amigos adquieren un predio y crean el Círculo Argentino de Embarcación.

En el año 2001 cumple las Bodas de Oro como profesional médico.

Luego de acogerse a los beneficios de la jubilación, en el año 2003, se radica en la ciudad de Salta.

Falleció el 8 de marzo de 2009 a los 83 años.

Gentileza:
Sra. Esposa, Juanita Ramírez

Fuente: Cartilla la Medicina en Salta – Tomo II
Círculo Médico de Salta

COLEGIO DE MÉDICOS DE SALTA

COMISIÓN DE JÓVENES MÉDICOS

ORGANIZA CHARLA SOBRE:

"SECRETO PROFESIONAL"

Destinado a:
Profesionales Médicos

DISERTANTES:

Dra. MARÍA DE LOS ÁNGELES PALACIO DE ARATO
Dra. ALEJANDRA PATRICIA ROMO
Dra. ELIZABETH CECILIA VEZZA
Dra. NOELIA AZCONA
(Poder Judicial de la Provincia de Córdoba)

Fecha y Hora: 02/09/11 - 19:30 hs.
Lugar: Colegio de Médicos de la Provincia de Salta
España Nº 1440

INCRIPCIÓN SIN CARGO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA:

ENFOQUE DIAGNÓSTICO PRÁCTICO

La hipertensión (HTA) secundaria afecta a un número pequeño pero significativo de los hipertensos y, a diferencia de la HTA primaria, tiene condiciones clínicas potencialmente curables.

El factor determinante para el diagnóstico depende del índice de sospecha obtenida durante el examen del paciente y el tratamiento y su respuesta estarán supeditados a la causa.

Este artículo intenta revisar las manifestaciones comunes y, básicamente, un manejo práctico de aproximación al dignóstico.

La mayoría de los pacientes con hipertensión no tienen causa aparente, es decir se trata de HTA esencial. Se estima que el 5-10% de los adultos con hipertensión tienen HTA secundaria.

<u>Presion arterial para Adultos (en mm Hg)</u>

Normal: PA sistólica <120 y PAD <80

Prehipertensión: PAS 120-139 o PAD 80-89

Hipertensión de Fase 1: PAS 140-159 o PAD 90-99

Hipertensión en etapa 2: PAS > 160 o PAD > 100

Indicios clínicos de HTA secundaria:

- La falta de antecedentes familiares de hipertensión
- Edad de inicio: <20-30 años o> 55 años
- TA > 180/110 mm Hg al momento del diagnóstico
- Daño de órgano en el diagnóstico: Hemorragias y exudados en el examen de la retina, insuficiencia renal o proteinuria, la hipertrofia ventricular izquierda, etc..
- HTA refractaria o mala respuesta al tratamiento con tres fármacos (que incluye un diurético)
- Hipertensión acelerada o maligna - Aumento de la presión arterial en pacientes hipertensos previamente bien controlada
-

• Repentino empeoramiento de la hipertensión arterial a cualquier edad.

Causas de hipertensión secundaria

En los niños menores de 12 años con HTA se estima que más de la mitad, tal vez hasta el 85% de la hipertensión, es a partir de una causa secundaria. Por lo tanto, todos los niños con HTA necesitan de una cuidadosa evaluación nefro-urológica. La causa más común es la enfermedad del parénquima renal, a menudo causada por glomerulonefritis, problemas congénitos, y el reflujo vesicoureteral, por lo que la aproximación diagnostica inicial debe consistir en urea, creatinina, análisis de orina, urocultivo y ecografía renal.

La otra causa común para tener en cuenta es la coartación de aorta , que por lo general puede ser diagnosticado en niños, si se considera la ecografía transtorácica, en combinación con los hallazgos físicos de la hipertensión y por lo general un soplo sistólico en área aórtica precordial. En los adultos, una radiografía de tórax puede mostrar signos clásicos y, a menudo una RMN se usa para confirmar el diagnóstico.

En los adultos jóvenes con hipertensión, sólo un 5% de la misma es secundaria. Especialmente en las mujeres, una estenosis de la arteria renal debería hacer sospechar una displasia fibromuscular. El diagnóstico generalmente se realiza con una RMN con contraste de gadolinio o angiografía por tomografía computarizada.

En los adultos mayores de 40 años, alrededor del 10% de los pacientes sufren HTA secundaria, siendo una de las principales causas el hiperaldosteronismo (hasta un 6% de los casos totales de HTA). Además cabe agregar que en sólo el 30% de los pacientes con este problema se puede encontrar por análisis de laboratorio una hipopotasemia, por cual la mejor prueba de detección inicial es una relación aldosterona / renina hecho en la posición vertical, por lo menos 2 horas después de despertarse. Una proporción superior a 20 (de la aldosterona en ng/dl y la renina ng/ml), junto con un nivel de aldosterona por encima de 15 ng/dl es altamente sugestivo.

La apnea del sueño debe ser considerado en todos los grupos de edad con hipertensión arterial, en especial en casos de pacientes roncadores, somnolencia diurna, sobrepeso, obesidad o monitoreo ambulatorio de la presión arterial con patrón Non Dipper nocturno. Otras causas actuales en crecimiento constante es el alcoholismo y el uso de drogas ilícitas.

La causa secundaria de HTA que los médicos parecen tener el más alto índice de sospecha es el feocromocitoma, que a la vez es relativamente poco frecuente, aproximadamente 1 / 200 casos de hipertensión secundaria, o uno de cada 2.000-4.000 casos de hipertensión.

Cuando la hipertensión se inicia después de 65 años de edad las probabilidades de HTA secundaria crecen a cerca del 17%, la mayoría causados por estenosis de la arteria renal, relacionado con el desarrollo de aterosclerosis. Pautas para buscar este fenómeno seria la presencia de este trastorno en otros territorios (carotídeo, miembros inferiores, enfermedad coronaria diagnosticada previamente, etc.), el rápido deterioro de la función renal, medida por un aumento de mayor 0,5 mg/ dl en la creatinina sérica después de comenzar tratamiento con IECA o relacionados, o la insuficiencia renal inexplicable.
La otra causa común de HTA secundaria en los adultos mayores es la insuficiencia renal parenquimatosa.

Las pruebas de detección de HTA secundaria

La hipertensión reno-vascular

El radiorenograma con captopril es el único método que investiga directamente la presencia de HTA renovascular. El objetivo del método es el detectar aquellos pacientes con HTA que presentan estenosis de arteria renal como causa y que podrían beneficiarse con la revascularización. Por el contrario, detecta aquellos sin

HTA renovascular obviando el riesgo de la angiografía y la potencial revascularización. El diagnóstico se basa en cambios inducidos en el renograma por el captopril comparado con un estudio basal. La mayoría de los estudios reportan una sensibilidad y una especificidad del método del 80% al 100%. La interpretación del resultado comprende alta, media o baja probabilidad para hipertensión reno vascular. Alta probabilidad se denomina cuando se observa deterioro de la curva del renograma y/o cambio de la función relativa luego de la administración de captopril con respecto al basal. Probabilidad intermedia (o indeterminada) es cuando el renograma basal es anormal y no presenta cambios luego del captopril. Baja probabilidad se refiere a un renograma normal con captopril.

El eco doppler color detecta la estenosis de arteria renal con una sensibilidad y especificidad aproximada del 90%. Sin embargo, además de la falta de estandarización del método, presenta otras desventajas: aproximadamente del 15% al 20% de los pacientes no pueden ser evaluados satisfactoriamente debido a obesidad o motilidad intestinal, la técnica depende en gran manera de la experiencia del operador.

Los criterios de enfermedad arterial se definen como la velocidad de pico sistólico medida en la arteria renal principal $\geq$2 m/seg con una sensibilidad del 91% y una especificidad del 96%. El método con más rédito actualmente es la medición del flujo en las arterias intrarrenales, donde se mide la velocidad del flujo sanguíneo en los segmentos superior, medio e inferior del riñón realizando un promedio y se calcula el índice pulsátil (velocidad de pico sistólico - velocidad de fin de diástole / velocidad media durante un ciclo cardíaco). Una diferencia de más de 0.20 entre ambos riñones es utilizada como criterio diagnóstico de estenosis de arteria renal (menor índice pulsátil en el riñón estenótico). Esta técnica presenta una sensibilidad del 92% y una especificidad del 96% en la detección de estenosis mayores al 70%. Cuando se combinan la medición intra y extrarenal la sensibilidad es del 97% y la especificidad del 98% en el diagnóstico de estenosis mayores al 50%. La medición del índice de resistencia a través de la siguiente ecuación [1- (velocidad de fin de diástole / velocidad de pico sistólico)] x 100, permitiría inferir que en aquellos pacientes con valores superiores a 80, la angioplastía o la cirugía no mejorarán la función renal, la HTA o la sobrevida del riñón.

Aldosteronismo primario (hipertensión hipo-caliemia)

Se debe medir niveles séricos de sodio, el potasio, la actividad de la renina plasmática (ARP), y la concentración plasmática de aldosterona (APA), además concentración de aldosterona, sodio y ARP en orina de 24 hs.

Una proporción de APA / ARP> 20 sugiere esta causa.

Un nivel de aldosterona por encima de 15 ng/dl es sugestivo de hiperaldosteronismo

Ventaja: el 30% de los pacientes con aldosteronismo primario son normopota-sémicos en la presentación, Por lo cual ésta relación es fácil de obtener.

Pruebas de confirmación

Realizar la medición en las 24 horas de la excreción de aldosterona urinaria en pacientes con una dieta alta en sal (valores superiores a 15 mg en 24 horas son anormales). El diagnóstico definitivo es la tomografía computarizada abdominal o una resonancia magnética.

Los adenomas suprarrenales constituyen el 65% de los casos de aldosteronismo primario.

En ausencia de adenoma el hiperaldosteronismo idiopático y la hiperplasia bilateral se diagnostica por exclusión.

Feocromocitoma

Medición de catecolaminas plasmáticas (99% sens./89% esp.)

Metanefrinas urinarias en orina de 24 hs (77% sens./93%

spec.)

Síndrome de Cushing

Cortisol libre en orina de 24 hs (95% -100% sens./97% - 100% esp.)

b) Diagnóstico de certeza si el cortisol libre urinario es > 3 veces el normal

d) Diagnóstico excluido si el nivel es normal

f) Prueba de supresión con dexametasona si la elevación <3 veces lo normal.

Si se sospecha la enfermedad suprarrenal debe completarse el screening con TAC abdominal.

Si sospecha de tumor pituitario se realizará exploración de resonancia magnética hipofisaria.

Hiperparatiroidismo primario:

Laboratorio. diagnóstico de hiperparatiroidismo primario.

PTH y niveles séricos de calcio aumentados.

Otro laboratorio, resultados: el fósforo sérico, la excreción de calcio, niveles séricos elevados de 1,25-hidroxivitamina D, disminución de la reabsorción tubular de fósforo.

Coartación de Aorta:

Ante la sospecha, se debe realizar un ecocardiograma transtorácico y una Radiografía de Tórax.

Para completar evaluación se sugiere Angiotomografìa con reconstrucción 3D o Resonancia Magnética con contraste EV.

Dr. Lisandro Pfister
Especialista en Cardiología

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

Suscríbase a nuestro Newsletter en:

www.colmedsa.com.ar

ALGORITMO PARA PARO CARDIORESPIRATORIO

SVCA

PARO CARDIORRESPIRATORIO
- Algoritmo de SVB: Solicite ayuda, realice RCP
- Administre oxígeno cuando esté disponible
- Conecte el monitor/desfibrilador cuando esté disponible

Verifique el ritmo ¿El ritmo es desfibrilable?

Desfibrilable → **FV/TV**

No desfibrilable → **Asistolia/AESP**

FV/TV

Administre 1 descarga
- Manual bifásico: específica para cada dispositivo (típicamente de 120 a 200 J) Nota: Si no conoce la dosis, utilice 200 J
- DEA: específica para cada dispositivo
- Monofásico: 360 J

Reanude la RCP inmediatamente, reinicie las compresiones de inmediato

Administre 5 ciclos de RCP*

Verifique el ritmo ¿El ritmo es desfibrilable?

No → • Si hay asistolia, vaya a Asistolia/AESP • Si hay actividad eléctrica, verifique el pulso. Si no hay pulso, vaya a Asistolia/AESP • Si hay pulso, inicie la atención posresucitación

Desfibrilable →

Continúe la RCP mientras se carga el desfibrilador
Administre 1 descarga
- Manual bifásico: específica para cada dispositivo (dosis igual o superior a la primera descarga)

Nota: Si no conoce la dosis, utilice 200 J
- DEA: específica para cada dispositivo
- Monofásico: 360 J

Reanude la RCP inmediatamente tras la descarga, reinicie las compresiones de inmediato
Si se dispone de una vía i.v./i.o., administre un vasopresor durante la RCP (antes o después de la descarga)
- Adrenalina (epinefrina) 1 mg i.v./i.o.

Repita cada 3 a 5 minutos

o

- Puede administrar 1 dosis de Vasopresina 40 UI i.v./i.o. en lugar de la primera o segunda dosis de Adrenalina

Administre 5 ciclos de RCP*

Verifique el ritmo ¿El ritmo es desfibrilable?

No → • Si hay asistolia, vaya a Asistolia/AESP • Si hay actividad eléctrica, verifique el pulso. Si no hay pulso, vaya a Asistolia/AESP • Si hay pulso, inicie la atención posresucitación

Desfibrilable →

Continúe la RCP mientras se carga el desfibrilador
Administre 1 descarga
- Manual bifásico: específica para cada dispositivo (dosis igual o superior a la de la primera descarga)

Nota: Si no conoce la dosis, utilice 200 J
- DEA: específica para cada dispositivo
- Monofásico: 360 J

Reanude la RCP inmediatamente tras la descarga, reinicie las compresiones de inmediato
Considere administrar antiarrítmicos: adminístrelos durante la RCP (antes o después de la descarga)
amiodarona (300 mg i.v./i.o. una vez, luego considere 150 mg i.v./i.o. adicionales una vez) o lidocaina (primera dosis de 1 a 1,5 mg/kg, luego de 0,5 a 0,75 mg/kg i.v./i.o., máximo 3 dosis o 3 mg/kg)
Considere administrar magnesio, dosis de carga de 1 a 2 g i.v./i.o. para torsades de pointes
Tras 5 ciclos de RCP*, verifique el ritmo

Asistolia/AESP

Reanude la RCP inmediatamente con 5 ciclos
Si se dispone de una vía i.v./i.o., administre un vasopresor
- Adrenalina (epinefrina) 1 mg i.v./i.o.

Repita cada 3 a 5 minutos

o

- Puede administrar 1 dosis de Vasopresina 40 UI i.v./i.o. en lugar de la primera o segunda dosis de Adrenalina

Considere administrar atropina 1 mg i.v./i.o. para la asistolia o AESP lenta
Repita cada 3 a 5 minutos (hasta 3 dosis)

Administre 5 ciclos de RCP*

Verifique el ritmo ¿El ritmo es desfibrilable?

No desfibrilable → • Si hay asistolia, vaya a Asistolia/AESP • Si hay actividad eléctrica, verifique el pulso. Si no hay pulso, vaya a Asistolia/AESP • Si hay pulso, inicie la atención posresucitación

Desfibrilable → **Vaya a FV/TV**

Durante la RCP
- Comprima fuerte y rápido (100/min)
- Asegúrese de que el pecho regrese completamente a su posición original
- Minimice las interrupciones en las compresiones torácicas
- Un ciclo de RCP: 30 compresiones y luego 2 respiraciones; 5 ciclos » 2 min
- Evite la hiperventilación
- Asegure la vía aérea y confirme la colocación del dispositivo
- Los reanimadores deben turnarse para realizar las compresiones cada 5 ciclos (aprox. 2 min) al verificar el ritmo
- Compruebe y trate los posibles factores que contribuyen al cuadro:
  - Hipovolemia
  - Hipoxia
  - Hidrogeniones (acidosis)
  - Hipocaliemia/hipercaliemia
  - Hipoglucemia
  - Hipotermia
  - Tóxicos
  - Taponamiento cardíaco
  - Tensión, neumotórax a
  - Trombosis pulmonar
  - Traumatismo

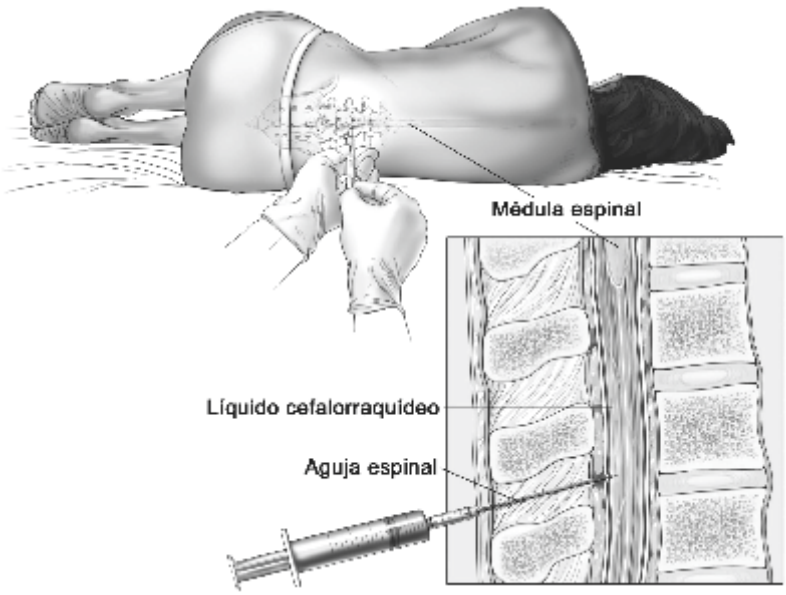
- Una vez colocado un dispositivo avanzado para la vía aérea, los reanimadores ya no administran “ciclos” de RCP. Realice compresiones torácicas continuas sin pausas para respiraciones. Administre de 8 a 10 respiraciones/min. Verifique el ritmo cada 2 minutos

© 2006 Edición original en inglés: American Heart Association. ACLS Cardiac Arrest, Arrhythmias & Their Treatment (80-1092).
© 2008 Edición en español: American Heart Association. SVCA Paro cardiaco, arritmias y su tratamiento.

SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE SALTA

EL ABC DE: LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO

El líquido cefalorraquídeo (LCR) es un elemento diagnóstico importantísimo en distintas patologías, tanto infecciosas como de otra extirpe, por ejemplo tumoral, colagenopatías, etc. y su estudio ayuda al diagnóstico de enfermedades de distintas especialidades (clínica médica, infectología, oncología, genética, reumatología, etc.).



En los ventrículos cerebrales laterales, tercero y cuarto, existen unas proyecciones intracavitarias llamadas plexos coroideos, constituidos por vasos sanguíneos y piamadre, que son los formadores del líquido cefalorraquídeo, tanto por filtración como por transporte activo. Este fluído circula en el espacio subaracnoideo entre la aracnoides y la piamadre. El volumen total del LCR en adulto es aproximadamente de 120 a 150 ml, de los que el 20 % está contenido en los ventrículos y el resto baña el cerebro y la médula espinal.

El LCR circula desde el ventrículo lateral a tercer y cuarto ventrículo y desde allí al espacio subaracnoideo; luego es reabsorbido en las vellosidades aracnoideas (localizadas en los senos venosos sagital superior e intra cerebral) y los nervios espinales, hacia la sangre. Debe existir un balance entre la producción y reabsorción del líquido de tal forma que se mantenga una presión del LCR menor a 150 mmH20.

La técnica más común de obtener el LCR es a través de la punción lumbar, que debe ser realizada por profesionales idóneos (no implica que debe ser de una sola especialidad -neurología o neurocirugía- ya que clínicos, terapistas, emergentólogos capacitados, perfectamente pueden realizar esta práctica).

Se debe ser prudente al momento de realizar la punción lumbar para la obtención del LCR. Fundamentalmente hay que descartar hipertensión endocraneana que pudiera llegar a producir herniación de las amígdalas al extraer LCR. Dependerán los medios diagnósticos con que se cuente en esos momentos, siendo de utilidad la TAC cerebral pre punción (aunque no existe uniformidad de criterio de acuerdo a distintos estudios realizados de que sea imprescindible su realización). La TAC cerebral se debe realizar especialmente cuando existe edema de papila, convulsiones de reciente aparición, signo de foco neurológico, alteración del nivel de conciencia y alteración

inmunológica. Y la prudencia debe primar en todo momento porque incluso con una TAC normal, en pacientes con Glasgow menor a 11, en pacientes con edema de papila y convulsión reciente, puede haber complicaciones al realizar la punción lumbar. Un simple fondo de ojo, que demuestre edema de papila, nos puede indicar prudencia o contraindicación de la punción. Otras situaciones en las que se debe tener extrema cautela son cuando el paciente presente coagulopatías, especialmente con trombocitopenia y cuando exista absceso epidural.

Desde el momento que se realiza la punción lumbar y se obtiene el LCR, éste ya empieza a bridar datos importantísimos. Inicialmente se deberá determinar la presión del LCR. En general, procesos agudos son los que pueden provocar alteración, en más o en menos, de su presión. Las infecciones, hemorragias, tumores de rápido crecimiento, pueden provocar aumento de la presión del LCR; deshidratación, situaciones de hipovolemia, pueden disminuir los valores de la presión del LCR. Aprovechemos para recordar que existe una enfermedad neurologíca, la hidrocefalia normotensiva (Síndrome de Hakim-Adams), en la que la presión del LCR es normal.

Es fundamental que la obtención del líquido cefalorraquídeo por punción lumbar sea realizada por profesional experto, sea neurólogo, terapista, clínico, emergentólogo, neurocirujano, ya que una técnica no adecuada puede modificar los resultados del líquido; una obtención traumática, puede contaminar con sangre el LCR y mal interpretarse como hemorragia subaracnoidea. Además, no es lo mismo una punción en una persona delgada de 16 años, que en un paciente añoso, con espondiloartrosis severa o en un obeso.

Cuando el líquido que fluye es claro, (cristal de roca), si bien puede en parte tranquilizarnos, sin embargo no descarta patología infecciosa (meningitis a líquido claro), tumoral (linfocitos de un linfoma con afectacción meníngea) ni hemorrágica (en el citológico, presencia microscópica de hematíes, menos de 200 por microL).

Cuando el líquido es sanguinolento (más de 6000 hematíes por microL), nos habla de una hemorragia activa en las estructuras que baña el LCR (descartando punción traumática). Sin embargo, cuando es xantocromico, la hemorragia fue por lo menos dos a cuatro horas antes, dándole tiempo a que el glóbulo rojo se lise , la hemoglobina se transforma en oxihemoglobina (rosada) y luego en bilirrubina (amarillento).

Un LCR turbio, no claro ni hemático ni xantocromico, nos debe hacer pensar en la presencia de un número importante de leucocitos (ya sean polimorfos, linfocitos o eosinofilos) o en un exceso de proteínas (proteinorraquia, recordando que el valor normal de proteínas en el LCR es de 25 a 40 mg/dl). En nuestro medio, aunque excepcional, pero lo hemos visto en el Servicio de Clínica Médica, un líquido turbio por exceso de proteínas puede formar el llamado retículo de MYA. Es un verdadero “encaje de novia” que se forma en el tubo donde está el liquido y es muy sugestivo de meningitis tuberculosa.

Las situaciones de inmunodeficiencias son las que más exigen tratar de determinar el agente etiológico en las meningitis. No debemos olvidarnos, aparte de los cultivos habituales, la tinción de tinta china (aunque algunos estudios hablan de Indian ink), medio de Lowenstein-Jensen para tuberculosis, técnicas de detección de antígenos bacterianos, virales o de hongos como manera indirecta de identificar gérmenes o determinación de PCR (Polymerasa chain reaction).

Las células que más frecuentemente encontraremos son los polimorfos nucleares y los mononucleares. En un proceso meníngeo agudo, sea bacteriano, viral o tuberculoso, es posible encontrar en las primeras horas polimorfo-

nucleares; pero en las afecciones de origen viral o tuberculosa, a las horas viran a mononucleares. Al revés, es muy poco común que una patología bacteriana presente de entrada linfocitosis en el LCR salvo en lo que vulgarmente llamamos meningitis decapitada, es decir en un paciente con una meningitis bacteriana que no se diagnosticó inicialmente, se le indico antibióticos y al realizar la punción no encontramos polimorfo-nucleares sino linfocitos. Los eosinofilos en el LCR nos pueden hacer sospechar reacción meníngea por irritación química, meningitis eosinofila por parasitosis (epidemiológicamente en Salta por estrongyloides) o linfomas y leucemias con afectación del SNC. En nuestro medio también se puede encontrar eosinofilia en el LCR en meningitis tuberculosa.

No es habitual que las proteínas de la sangre normalmente atraviesen la barrera hematoencefálica y lleguen al LCR (en el diabético pueden estar aumentadas sin meningitis). Por ello, los valores normales de proteína en el LCR van de 23 a 38 mg /dl. El incremento de las proteínas en LCR (proteinorraquia) puede darse en hemorragia subaracnoidea (1 mg de proteína por dl cada 1000 glóbulos rojos) como también en patologías infecciosas y no infecciosas que afectan el SNC. En situaciones de obstrucción al flujo normal del LCR puede encontrarse proteinorraquia Como las proteínas en LCR pueden persistir semanas, no es un buen indicador de la evolución de la enfermedad.

La relación entre la glucosa en sangre y en LCR es de 0.6. Cuando se encuentra una disminución de la glucosa en LCR, se debe pensar en patología infecciosa, especialmente bacteriana o tuberculosa, aunque en algunas infecciones virales (herpes simple, zoster, meningitis coriolinfocitaria) puede encontrarse glucorraquia descendida. Por supuesto que en el diabético, no es valorable el dosaje de la glucosa en el LCR.

Obtenido el LCR por punción lumbar, es fundamental enviarlo también a cultivo y citología. De acuerdo a la clínica del paciente se orientará al laboratorio de bacteriología lo que se sospecha. Nunca olvidarse de pedir cultivo en medio específico cuando existe la posibilidad de TBC meníngea. Traemos a colasion en estos momentos el término de meningitis aséptica: cuadro clínico y de laboratorio compatible con inflamación meníngea, con cultivos habituales negativos. Sin embargo y a pesar del termino aséptico, puede darse esta situación en infecciones meníngeas por Echovirus , HIV, sarampión, sífilis, absceso epidural, TBC. No olvidar que otras causas de meningitis aséptica son antiinflamatorios como el Ibuprofeno, linfomas y leucemias, enfermedades autoinmunes como el Lupus Eritematoso Sistémico.

Cuando nos referimos al estudio citológico, nos referimos no solo a la identificación de polimorfos, mononucleares o eosinofilos como hablamos anteriormente, sino a la identificación de células atípicas (en linfomas, por ejemplo) o , más sensible, citometria de flujo del LCR o estudios de inmuno-histoquímica en las células encontradas. La diseminación-invasión de los tumores sistémicos a las meninges, es el segundo patrón de metástasis neurológicas de tumores sistémicos .EL 60 % corresponde a adenocarcinomas (40 % mama, 20 % pulmón), melanoma y tumores gastrointestinales, cada uno 10 %, el resto, corresponde a otros carcinomas, leucemias y linfomas.

Estimados colegas, a través de unas simples reflexiones hemos intentado recordar cosas interesantes, básicas del LCR, aportadas no solo por la literatura actual sino por la experiencia de quien les escribe.

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

TRASPLANTE COMBINADO

Hay quienes dicen que esto va contra todo pronóstico, mientras que otros insisten en que sólo puede deberse a intervención divina.

Charles Okeke, residente de Phoenix, padre y esposo de tres hijos, encabezó titulares en el mes de mayo de 2010 cuando se convirtió en el primer paciente en Estados Unidos en recibir el alta del hospital con un corazón artificial. Gracias a la última tecnología, el "Freedom Driver" (controlador de la libertad), el hombre sin corazón pudo reanudar su vida familiar y dejar de estar confinado a una habitación de hospital.

Sin embargo, a partir del 15 de enero de 2011, Okeke ya no requiere esa tecnología de vanguardia que le permitió gozar de libertad y de los placeres simples de la vida, como leer con sus hijos; salir con Natalie, su esposa; y, como él mismo lo dijo, "dormir en su propia cama".

El 15 de enero de 2011, Okeke, de 43 años, se convirtió en receptor de un trasplante cardíaco y de un trasplante renal en el Mayo Clinic Hospital, para complacencia del equipo quirúrgico y médico, de familiares, amigos y de las personas que lo atendieron. Si bien él anhelaba mucho que el siguiente paso en su travesía por la enfermedad cardíaca fuese el trasplante de corazón, su cuerpo producía anticuerpos que hacían difícil encontrar un donante de corazón compatible. El trasplante cardíaco que recibió a los 30 años presentó rechazo y, para cuando llegó a Mayo Clinic, ya requería el apoyo de un corazón artificial.

En ese entonces, la máquina que operaba el corazón artificial de Okeke, apodada "Big Blue" (gigante azul) por su tamaño y color, pesaba 400 libras y debido a esa falta de movilidad, él debió permanecer hospitalizado en Mayo durante más de 600 días. Posteriormente y en un momento histórico, el 3 de mayo de 2010 se cambió al gigante azul por una versión de 13 libras (primera en Estados Unidos) que por fin le permitía respirar el aire fuera del hospital y marcharse a casa.

La Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (FDA) autorizó condicionalmente y como parte de un ensayo clínico el uso del "Freedom Driver" de 13 libras como aparato de puente hacia un trasplante.

El cirujano de trasplantes cardíacos del Mayo Clinic Hospital, Dr. Francisco Arabia, que encabezó la cruzada para obtener la autorización de la FDA para el ensayo clínico, dijo que a la cirugía de 12 horas para implantar el nuevo corazón en Okeke, le siguió un trasplante de riñón del mismo donante. Debido a la tensión a la que se vieron sometidos los riñones después del primer trasplante, lo mejor era realizar este trasplante cardíaco y renal combinado.

"La espera fue larga, pero afortunadamente se encontró un donante de corazón bastante compatible con la composición única de anticuerpos de Charles. Toma más tiempo encontrar la combinación correcta, pero la espera vale la pena. Anticipamos que todo vaya bien con Charles", comenta el Dr. Arabia.

Información sobre Mayo Clinic

Mayo Clinic, entidad sin fines de lucro, es un líder mundial en atención médica, investigación y educación para gente de todos los ámbitos de la vida. Para más información en español, visite en internet:

MayoClinic.org/spanish
y
MayoClinic.org/news-spanish

EL FAMOSO ATAQUE AL HIGADO

¿Quién no ha tenido en varias oportunidades un “ataque al hígado”?

Pero cuando en la consulta uno pregunta detalles, resulta que tan solo algunos han tenido algo relacionado al complejo hepatobiliar: un cólico biliar.

Uno, anoche, ha comido huevos fritos, y esta mañana se ha levantado con “molesto dolor en el hígado”, náuseas, vómitos y dolor de cabeza. Los que le rodean diagnostican, con la mayor de las certezas, “esto es un ataque de hígado”. Pero están todos errados.

Veamos las causas del error, y perdonémoslos, lo hacen sin maldad.

Hablemos un poco de fisiología hépatobiliar elemental.

La bilis es un líquido digestivo maravilloso, y el colesterol es su componente fundamental. Todo lo que los intestinos delgados absorben (eso es “la digestión”), ha de ser soluble en agua. Las grasas no podrían ser digeridas si no existiera la bilis. Ella, que contiene jabones, hace a las grasas de la ingesta solubles en agua (igual que los jabones que usamos para el aseo). Esa solubilidad hace que sean digeribles.

El huevo, para seguir con el ejemplo conque iniciamos este discurso, es muy “COLAGOGO”, lo que quiere decir que exige que la vesícula le provea de mucha bilis, para que pueda ser asimilado al máximo.

Pero aquí entra la cultura. Es absolutamente usual que quien come huevos fritos lo haga acompañado de mucho pan.

Y cuando uno come grasas y almidones, está exigiendo al máximo su capacidad digestiva (podría uno decir, sin pretender exagerar en las especulaciones, que “está abusando de ella”).

El comer muchas grasas (el huevo frito tiene muchas), hace que la vesícula provea de mucha bilis, que junto con mucho almidón hacen un desastre. Porque el almidón nunca se digiere en su totalidad, por lo que el sobrante llega al intestino grueso para luego ser eliminado. Pero ocurre que el intestino grueso está plagado de bacterias (no se asuste, son amigas, y hasta nos proveen de la fundamental vitamina K, entre otras cosas), plagado de bacterias, decía, para las que el almidón es el más sabroso de los postres. Entonces se lo “comen”, y a eso le llamamos fermentación; y esa fermentación (como todas las fermentaciones) produce gases. Y también ocurre que al colon llega la bilis sobrante, y, recordemos, la bilis tiene jabones. Y usted sabe qué ocurre cuando juntamos jabón diluido en agua y gases. Si señor: se produce espuma; y una espuma formada por burbujas muy pequeñas (parecida a la espuma de la cerveza), que, literalmente “infla” al intestino grueso, por lo que se produce el primer “síntoma de la mañana siguiente”: LA DISTENSIÓN ABDOMINAL.

El colon esta dividido en cuatro tramos: “el ascendente” (es la primera porción, comienza un poco por encima de la ingle derecha y sube hasta la altura del hígado). Allí se dobla en un ángulo muy agudo (que en homenaje a su famoso vecino, se denomina “ángulo hepático”), y comienza el segundo tramo “el colon transverso”. Ésta es una porción más corta, y se dirige más o menos horizontalmente hacia la izquierda. Allí, a la altura del bazo, se forma otro ángulo, que esta vez, por la proximidad de ese órgano, se llama “ángulo esplénico” y que casi nunca es tan agudo como el hepático. Allí se inicia el penúltimo tramo, “el descendente”, que termina en el cuarto, el “sigmoide”, llamado así porque su trayecto es muy parecido a la S griega llamada sigma.

Todo el colon está rodeado de ganglios nerviosos que coordinan perfectamente sus movimientos, a los que se denominan "movimientos peristálticos", que tienen como función el transporte de su contenido desde el inicio del primer tramo hasta el final del cuarto, para que luego pueda ser evacuado.

Pero cuando el colon está lleno de una espuma muy apretada (como de la que hablábamos más arriba), el asunto se complica bastante, porque la espuma es plástica, entonces avanza cuando una porción del intestino la empuja hacia el final, pero retrocede cuando esa porción se relaja, y todo el trabajo vuelve a empezar. Y esa lucha constante produce dolor, dolor que se hará más manifiesto en donde más espuma se acumule: en el ángulo hepático (la espuma es más liviana que el agua, por eso se junta en ese ángulo, que es la parte más elevada del colon) Y aquí tenemos el segundo "síntoma de la mañana siguiente" EL DOLOR A LA ALTURA DEL HÍGADO, que todo el mundo, graciosamente, lo atribuye a esa noble víscera (pobre hígado).

Mucha gente padece de recurrentes dolores de cabeza (cefaleas), que suelen cursar, aparte con intolerancia a la luz y a los ruidos, con náuseas y vómitos (y que en medicina se denomina "jaqueca"), que en la inmensa mayoría de los que la padecen se debe a una intolerancia a los fermentos del almidón. Entonces aquí quedan presentados el tercer y cuarto "síntomas de la mañana siguiente": LA CEFALEA, y LAS NAUSEAS Y VÓMITOS.

Con todo esto tenemos perfectamente instalado "un ataque de hígado", y espero haberlo convencido de que el pobre hígado NO HA TENIDO NADA QUE VER EN ESTE ASUNTO.

Entonces entra en juego el "remedio para los ataques de hígado": gotas o comprimidos compuestos con antiespasmódicos (generalmente "hioscina", o "propinox"...) y analgésicos (casi siempre "dipirona", "clonixinato de lisina", o "paracetamol"...).

Y uno toma un compuesto de estos, y al poco tiempo los síntomas desaparecen.
El razonamiento que pueda inferirse parece lógico: -Yo tenía esos síntomas, tomé un "remedio para el hígado", y los síntomas desaparecieron. Luego yo tenía un ataque de hígado por haber comido huevos fritos anoche.

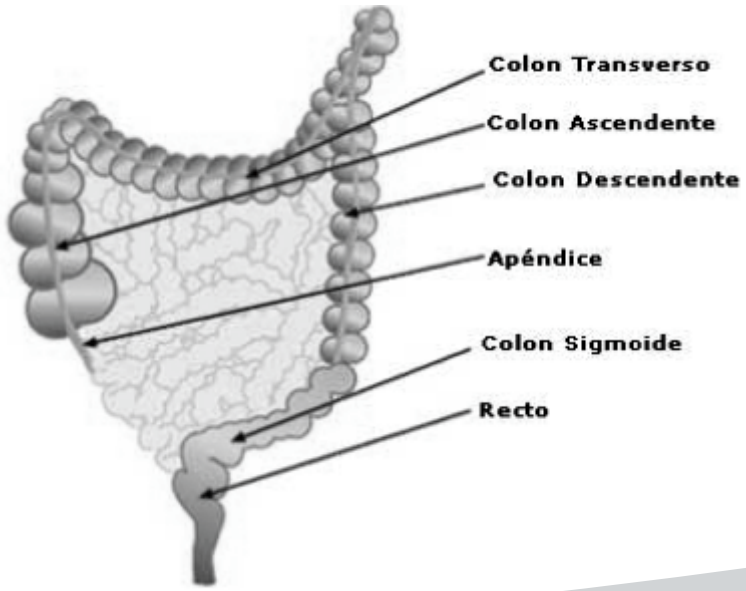
Y todo vuelve a estar mal, equivocado.

Los antiespasmódicos disminuyen (y hasta pueden llegar a paralizar) el movimiento de los músculos lisos que forman la parte fundamental de todos los tubos digestivos, por lo que el intestino deja de luchar, y, obviamente, de doler; y el estómago de hacer sentir náuseas o de provocar el vómito.

Los analgésicos calman el dolor de cabeza, y el pequeño dolor que pueda quedar en el ángulo hepático del colon.
Pero ocurre que el hígado no tiene músculos lisos, porque el hígado ES UNA GLÁNDULA MACIZA.

PARADOJA: la mayoría de las veces en que el hígado se enferma realmente, los pacientes que consultan casi nunca sospechan que el enfermo es el hígado.

Fuente: Mancia.org - Comunidad de Ciencias de la Salud



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 Nº 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: $ 65,00.-

DUPLICADO DE CREDENCIAL: Denuncia Policial. (1) Foto Carnet 3 cm. x 3 cm. Arancel: $ 65,00.-

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.

PERIODO 2010 - 2012

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	Dr. Raúl Cáceres
Secretario	Dra. Mary Rita Elisabeth Amatte
Tesorero	Dr. José Horacio Causarano
Vocal Titular	Dra. Irma Adriana Falco
Vocal Suplente 1º	Dr. Francisco Zenón Aguilar
Vocal Suplente 2º	Dr. Héctor Armando Politi
Vocal Suplente 3º	Dr. Martín Adolfo Baldi

TRIBUNAL DE ETICA Y EJERCICIO PROFESIONAL

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

TRIBUNAL DE APELACIONES

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

REVISORES DE CUENTAS

Miembro Titular	Dr. Vicente Daniel García
Miembro Titular	Dr. Omar Gustavo Abdala

NUEVOS MATRICULADOS

M. P. Nº	APELLIDO Y NOMBRE
5154	Dr. Pellene, Cristian Omar
5155	Dr. Andulce Fernández, Daniel Andrés
5156	Dra. Ortega Ledezma, Adriana Marcela
5157	Dra. Núñez Burgos Dopazo, Aida Carolina
5158	Dr. Montes, Fernando Agustín
5159	Dra. Werner, Ana Cecilia
5160	Dra. Bellomo, María Laura
5161	Dr. Lazo, Eduardo Rubén Dario
5162	Dra. Ruiz, Karina Rossana
5163	Dra. Moreno, Mariana Romina
5164	Dra. López Cross Aguirre, Eugenia
5165	Dra. Mercado, Felicitas
5166	Dr. Martínez, Javier Alfredo José
5167	Dr. Flandorffer Nallar, Nicolás
5168	Dr. González, Matías Maximiliano
5169	Dr. Martínez Zavalia, Gonzalo
5170	Dra. Rapetti Salik, Gabriela Cecilia
5171	Dr. Iriarte, David Enrique
5172	Dr. Pérez Moreno, Maximiliano Paul
5173	Dra. Ralle, Ana Carolina
5174	Dra. Valdiviezo, Erica Micaela
5175	Dr. Torres, Maximiliano Joaquín
5176	Dr. Esteban, Ignacio
5177	Dra. Morales, Viviana Estela
5178	Dra. Manghera, María Amanda
5179	Dr. Correa, Marcelo Javier
5180	Dra. Toscano, Viviana Carolina
5181	Dr. Sosa, Fernando David
5182	Dra. Villa, Sabrina Melisa
5183	Dr. Arias, Marcelo Arnaldo
5184	Dr. Rodríguez Campos, Juan Pablo María
5185	Dr. Sarquis, Miguel Angel
5186	Dr. Villarroel, David Federico
5187	Dra. Piñeda, Mariana
5188	Dra. Botelli Dagum, Valentina
5189	Dr. Hidalgo, Pablo Alejandro

M. P. Nº	APELLIDO Y NOMBRE
5190	Dra. Guerrero, Gisela Andrea
5191	Dr. Medina, Mauro Simón
5192	Dra. Nasrala, Alejandra Lavinia
5193	Dra. Picco, Eugenia
5194	Dra. Samaniego, Susana Patricia
5195	Dra. Delturco Castaño, Gabriela Alejandra
5196	Dr. Abregú, Ignacio
5197	Dr. Cubillo, Jesús Luis
5198	Dr. Martínez Fascio, José Antonio
5199	Dra. Costilla Robles, Beatriz Rocío
5200	Dra. Martínez Abos, María Beatriz
5201	Dra. Perello, Ligia Valeria
5202	Dra. Carrizo, María Constanza
5203	Dr. Muñoz, Luis Guillermo
5204	Dr. Faila, Walter Leonardo
5205	Dra. Martínez, Romina Silvana
5206	Dr. Costas, Maximiliano
5207	Dra. Chiabrera, María Rosana
5208	Dr. Monti Avellaneda, Gabriel Luciano
5209	Dra. Juárez, María Eugenia
5210	Dra. Castro Bonzano, Libertad
5211	Dra. Guzmán Marengo, Lucía
5212	Dr. Franco, Blas Horacio
5213	Dra. Cardelli, Cecilia Inés
5214	Dr. Vilte Saravia, Franco Roberto
5215	Dra. Gutiérrez Gallardo, Ana Carolina
5216	Dr. García, Gloria Alejandra
5217	Dr. Humacata, Matías Facundo
5218	Dra. Maroelli, Patricia Alejandra
5219	Dr. García Senin, Ernesto Mauricio
5220	Dra. Patagua, Malvina Estela
5221	Dr. Bauab, Diego Francisco
5222	Dra. Pintado, Lucrecia Del Huerto
5223	Dr. Lenis, Bladimiro Américo
5224	Dra. De la Vega, Mariela Silvana
5225	Dra. Saravia Figueroa, Carolina

TRIBUNALES - COMITES - COMISIONES

COMISION/COMITE/TRIBUNAL	INTEGRANTES	FECHA DE REUNION
TRIBUNAL DE ESPECIALIDADES	Dr. Juan José Albornoz Dr. Francisco Zenón Aguilar Dra. Silvia Vilca Dr. Luis Fernando Rodríguez Dr. Luis Alberto Folco	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 Egüez 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 Guanca Dr. Lisandro Pfister	1º y 3º Lunes 21:00 hs.
COMITE CIENTIFICO ASESOR	Dr. Carlos Cuneo Dr. Jorge E. Llaya Dr. Miguel A. Basombrío	
COMISION DE INSPECCION SERVICIOS ASISTENCIALES	Dr. Rodolfo Valdéz Saravia Dr. Ramiro Pablo Choke Dra. Stella Maris Galdeano	Jueves 12:00 hs.
COMISION DE POSTGRADO	Dr. Ramón Jorge Fiqueni Dr. Alberto Robredo Dr. Alejandro Cortés Bellomo	Jueves 21:00 hs.

PERIODO 1982-1984

REGÍAN ENTONCES EL COLEGIO MÉDICO...

CONSEJO DE DISTRITOS	
PRESIDENTE	Dr. Lucio Angel
SECRETARIO	Dr. Slaiman León Salomón

MESA DIRECTIVA	
Presidente	Dr. Alberto Briones
Vicepresidente	Dr. Hugo Alfredo Galíndez
Secretario	Dr. Enrique Cornejo San Millán
Tesorero	Dr. Oscar Jorge Farjat
Vocal Titular	Dr. Oscar Armando Falcone
Vocal Suplente 1º	Dr. Lautaro Raúl Carrizo
Vocal Suplente 2º	Dr. Antonio Carlos Araujo
Vocal Suplente 3º	Dr Roberto Coll

TRIBUNAL DE ETICA Y EJERCICIO PROFESIONAL	
Miembro Titular	Dr. Jose Tomás Museli
Miembro Titular	Dr. Aldo José María Armesto
Miembro Titular	Dr. Oscar Cornejo Torino
Miembro Suplente	Dr. Wady Ruperto Mimessi
Miembro Suplente	Dr. Jorge Carlos Albrecht

TRIBUNAL DE APELACIONES	
Miembro Titular	Dr. Heraldo Rosini
Miembro Titular	Dr. Humberto José Diez Barrantes
Miembro Titular	Dr. Carlos Poma
Miembro Suplente	Dr. Eduardo José Benito Jaraba
Miembro Suplente	Dr. Julio Juan Dousset

REVISORES DE CUENTAS	
Miembro Titular	Dr. Miguel Angel Alfredo Garitta
Miembro Titular	Dr. Manfredo Aguilera Pérez

RESIDENCIAS Y CONCURRENCIAS PRIVADAS

INSTITUCIÓN	ESPECIALIDAD	MODALIDAD
SANATORIO EL CARMEN (CARDIOVASCULAR SALTA) BELGRANO 891 - CAPITAL (0387) 431-1553/55	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	RESIDENCIA
SANATORIO EL CARMEN (T.I.S.E.C) BELGRANO 891 - CAPITAL (0387) 431-1553/55	TERAPIA INTENSIVA	RESIDENCIA
SANATORIO EL PARQUE (RENNIUS) H. YRIGOYEN 251 - CAPITAL (0387) 431-4629	NEFROLOGÍA	RESIDENCIA
INSTITUTO CORDIS ESPAÑA 1067 (0387) 432-1675	CARDIOLOGÍA	RESIDENCIA
SANATORIO PARQUE H. YRIGOYEN 273 - CAPITAL (0387) 431-8800	TERAPIA INTENSIVA	RESIDENCIA
HOSPITAL PRIVADO SANTA CLARA DE ASIS URQUIZA 968 - CAPITAL (0387) 432-1440	CARDIOLOGÍA	RESIDENCIA
HOSPITAL PRIVADO SANTA CLARA DE ASIS URQUIZA 968 - CAPITAL (0387) 432-1440	NEUROLOGÍA	RESIDENCIA
INSTITUTO SAVIA SALUD 20 DE FEB. 389 - CAPITAL (0387) 437-0631	MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	RESIDENCIA
CIGNO 20 DE FEB. 659 - CAPITAL (0387) 421-9111	OTORRINOLARINGOLOGÍA	RESIDENCIA
CLINICA SAN RAFAEL SARMIENTO 566 - CAPITAL (0387) 431-8111	HEMOTERAPIA	CONCURRENCIA
HOSPITAL MILITAR SALTA ARENALES Y M. CORNEJO - CAPITAL (0387) 421-9345	CLÍNICA MÉDICA	CONCURRENCIA

PROGRAMA DE EDUCACION MEDICA 2011

AGOSTO	JORNADAS DE GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL Y ADOLESCENCIA 05 y 06 de Agosto Círculo Médico - Urquiza 153	6º CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA MÓDULO IV: Reumatología Infantil 12 y 13 de Agosto Círculo Médico - Urquiza 153	7º CURSO ANUAL DE MEDICINA INTERNA MÓDULO IV: Reumatología 26 de Agosto Círculo Médico - Urquiza 153

SEPTIEMBRE	JORNADAS DE OFTALMOLOGÍA 09 y 10 de Septiembre Círculo Médico - Urquiza 153	6º CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA MÓDULO V: Gastr. y Nutrición 09 y 10 de Septiembre Círculo Médico - Urquiza 153	JORNADAS DE ASPECTOS LEGALES DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA 23 y 24 de Septiembre Círculo Médico - Urquiza 153	7º CURSO ANUAL DE MEDICINA INT. - MÓDULO V: Cuidados Paliativos 30 de Septiembre Círculo Médico - Urquiza 153

OCTUBRE	JORNADAS DE NEFROLOGÍA 07 y 08 de Octubre Círculo Médico - Urquiza 153	7º CURSO ANUAL DE MEDICINA INTERNA MÓDULO VI: Medicina Ambulatoria 28 de Octubre Círculo Médico - Urquiza 153

NOVIEMBRE	JORNADAS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 04 y 05 de Noviembre Círculo Médico - Urquiza 153	6º CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA MÓDULO IV: Nefrología Infantil 11 y 12 de Noviembre Círculo Médico - Urquiza 153	JORNADAS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA 11 y 12 de Noviembre Colegio Médico - España 1440	JORNADAS DE DERMATOLOGÍA 25 de Noviembre Círculo Médico - Urquiza 153

CURSOS DE POSTGRADO 2011

CURSO ANUAL UNIVERSITARIO EN CARDIOLOGÍA CLÍNICA

22 de Agosto

Módulo 5:
Hipertensión Arterial

09 de Septiembre

Módulo 6:
Cardiopatía Isquémica

21 de Octubre

Módulo 7:
Enfermedad Valvular

25 de Noviembre

Módulo 8:
Hemodinamia Intervencionista No Coronaria

CURSO ANUAL DE AUDITORÍA MÉDICA

05 y 06 de Agosto

Módulo 5:
Gestión y Administración

19 y 20 de Agosto

Módulo 6:
Bioestadística

23 y 24 de Septiembre

Módulo 7:
Gestión Operativa, Facturación y Nomencladores

14 y 15 de Octubre
Módulo 8:
Auditoría. Aud. en Terreno
Comunicación en Salud.
Parte Práctica

INFORMES:
SECRETARIA DE POSTGRADO
TEL. FAX (0387) 4212527 - 4213355 / E-mail: info@colmedsa.com.ar

ANECDOTA

MI AMIGO SANTIAGO

Corría la década del setenta, época en que tenía mi consultorio en la calle Buenos Aires al 600, junto a varios colegas con quienes alquilábamos y compartíamos los gastos; después de atender salía alrededor de las 21, y me iba al Club Comercio sobre calle San Luis, en donde se juntaban todos los ajedrecistas de aquel entonces, con el Dr. Nayib Dib a la cabeza, destacándose la presencia de algunos próceres del juego-ciencia, como Aníbal Aparicio, "Toto" Acosta, Diego Belmonte, Ildefonso Fernández, el ingeniero Bass, Luis Lafuente, Dante Nardini y Mocile Jovanovics, además de otros habitués, como el Cuchi Leguizamón, Ariel Petrocelli, Antonio Yutronich, Miguel Angel Pérez, el "Indio" Godoy, Rubén Zusman, Basalo y una runfla de mirones a quienes les gustaba dictar jugadas desde afuera, sin arriesgar nada, mientras otros les contradecían, discutiendo los defectos de tales variantes.

Me acuerdo se entremezclaban discusiones políticas con las de actualidad y los hechos policiales de la semana, como también las novedades ajedrecísticas que solía traer Nayib, quien diligentemente tomaba notas del Diario Clarín, que publicaba las partidas entre los grandes jugadores del momento, que eran Bobby Fischer y Boris Spassky, cuyo enfrentamiento era como una guerra entre Oriente y Occidente, entre los países de éste y de aquél lado de la "Cortina de Hierro" , donde los simpatizantes de cada uno se sacaban chispas analizando las jugadas, mientras Petrocelli recitaba :

"Caballito blanco, ágil como un pez
No es para el camino, es para ajedrez"

Antonio Yutronich, tal vez uno de los más grandes pintores que dio Salta, solía decir que el ajedrez era una guerra entre dos cerebros pensantes y que ganaba el mas concentrado, en tanto Perecito (el poeta Miguel Ángel Pérez) decía que era un arte marcial y una guerra de nervios. Para Nayib todo era cuestión de estudiar de los libros especialmente los de aperturas, y, según él, ganaba el que más recordaba las variantes y por eso nos obligaba a estar al tanto de las últimas novedades. El Cuchi incitaba al ataque, mientras vociferaba: "¡Metéle que son pasteles!". Desde el bar salía un olorcito a milanesas con huevos fritos que invitaba a cenar, en medio de una humareda infernal de tantos fumadores; más tarde llegaba el contador Pedroza en compañía del Dr. Samuel Kira; ahí el mozo gritaba "¡cartón lleno!".

También se armaban las partidas denominadas Ping Pong, en donde se le otorgaban 5 minutos a cada jugador, a quienes no se le veían las manos, por que "volaban" haciendo mover las piezas y el reloj, hasta que se le caía la aguja a alguno, el que dejaba su lugar a otro. A las 3 de la mañana salía mareado el contador y se lo veía recorrer las calles aledañas en busca de su Torino, por que invariablemente se olvidaba dónde lo había estacionado.

Un buen día aparece Nayib muy nervioso y nos dice "¡muchachos, a preparar las valijas, se vienen las Olimpíadas Médicas Nacionales en Río Hondo y nosotros cuatro somos el equipo de ajedrez de Salta!"... Pero, ¿y el permiso en el hospital... ? "no se aflijan, ya está todo arreglado".

Al día siguiente estábamos llegando al hotel en Termas, donde nos recibió el Delegado por Salta: el Dr. Santiago Fontani, el "Tano", quien ya nos había reservado habitaciones especiales, separadas del resto, "para que el ruido no les moleste a los ajedrecistas", decía.

En esa época se jugaba por equipos, y cada provincia

presentaba cuatro jugadores, a saber: tablero N ° 1, 2, 3 y 4, ordenados de acuerdo a la fuerza de cada uno y se debía presentar suplentes, por cualquier eventualidad.

El acto inaugural se llevó a cabo en el Complejo Cultural San Martín, donde actuaron Los Fronterizos; recuerdo que Eduardo Madeo, la voz más aguda del conjunto, nos preguntó qué era eso de Olimpíadas Médicas: ”Bueno, somos médicos que practicamos algún deporte, en especial fútbol, que tratamos de no descuidar el estado físico, lo mismo que inculcamos a nuestros pacientes, que hacemos un paréntesis en la actividad profesional para combatir tantas preocupaciones y el stress”.

Había en las Termas un inmenso salón donde almorzábamos todas las delegaciones juntas, pudiéndose alternar con cordobeses, mendocinos, santiagueños, porteños, etc.

Como es de suponer, la nuestra era una de las delegaciones menos numerosas, silenciosas y menos premiada; sin embargo en el año 1985, el fútbol nos dio la inmensa alegría de salir campeones nacionales: Raúl López Bianchi al arco; el “Negro” Castillo con Hugo Amado más el “Tavi” Montellanos y el “Califa” Exeni en la defensa; el “Gallego” Lorenzo junto con el “Papa” Cornejo y Pedrito Sirena en el mediocampo; y en la delantera el “Gato” Giampaoli con Luis Canelada y Nicanor Sosa de Orán: Qué equipazo! Se había contratado a Mosquera como DT quien lo mandó a Sosa de número 9, a pesar que era defensor; me acuerdo que en el primer partido se elevó como una gacela y se mandó un golazo de cabeza, pero de ahí en adelante no pudo hacer más nada, por que se corrió la bolilla entre los contrarios y lo marcaban entre tres.

También nosotros en ajedrez logramos el primer puesto con una avivada de Nayib: lo mandó de primer tablero a mi hermano Humberto “Meke” Guantay, segundo el Dr. Kira, yo de tercero y Nayib de cuarto tablero, en tanto Álvaro Gómez Naar hizo las suplencias. “Salta, Salta, Salta”, gritábamos y saltábamos, abrazados en la tribuna con el Tano Fontani, qué alegría, te imaginás...?

En el año 1987 la Asociación de Hoteleros de Termas de Río Hondo declara al Tano como “Caballero del Deporte”, entregándole un hermoso pergamino que Santiago José (alias el Tano) lucía con orgullo en su casa allá en Barrio El Tribuno. Mi amigo Santiago era un ser humano de muy buen corazón; lucía una barba tipo candado, usaba lentes de aumento muy ahumados que le ayudaban a disimilar un estrabismo divergente que se acentuaba cuando lo hacían renegar, hablaba con un acento medio acordobesado y tenía toda la paciencia del mundo para arreglar cualquier inconveniente que pudiera surgir durante una olimpiada. Siempre recuerdo que un año en Villa Gessell me llama a mi habitación y me aspeta: “ponete pantalón corto y zapatillas, tenés que entrar al equipo de fútbol porque hay varios lesionados y expulsados”. Me puse mi bermuda de ir a la playa con dibujitos animados, haciendo juego con unas Toppers color amarillo chillón con la clásica camiseta de Juventud Antoniana que usaba el equipo de Salta; estaba parado en el medio campo con la pelota bajo el pié, listo para el pitazo inicial, cuando se me acerca el “Negro” Gómez y me dice al oído: “Vos te imaginabas alguna vez con el número 9 en la espalda jugando para el seleccionado de los médicos?... jjajjajja”.

Yo había conseguido un permiso especial para jugar con los lentes puestos, y antes de cabecear, me los quitaba; en una de esas tiré un cabezazo como de 20 metros, la pelota se elevó y me volvió a caer a mí de nuevo; entonces le di un patadón hacia delante y cuando ya se iba afuera, aparece como una tromba Luis Canelada, hace un hamaque y la manda contra el primer palo: “Gol, gol, gol ...!!”.

Posteriormente, en el año 1997, viene una mañana el Dr. Edmundo Del Cerro y me encarga hacer un torneo de ajedrez aquí en Salta, organizado por el Círculo Médico; me puse manos a la obra, inspirándome en un torneo que se hacía todos los años en Nueva York, una competencia gigante donde

podía jugar cualquier persona sin importar su nivel de juego, porque se premiaba a los 5 primeros puestos, y además a los mejores ubicados de 4°, 3°, 2° y 1° categorías; a la mejor femenina, a los mejores sub 8, sub 10 y sub 12; también a los mejores médicos ubicados en la general, de paso de ahí surgían los que irían a las olimpíadas nacionales. En esa época estaba muy enfermo el Dr. Nayib Dib, por lo que decidí hacerle un homenaje en vida y propuse llamarle: "Primer Torneo Gigante de Ajedrez Dr. Nayib Dib". Me aboqué a la búsqueda de premios, logrando importantes donaciones, como ser viajes por Dinar en avión ida y vuelta a Buenos Aires, a Carlos Paz, a Tucumán; también mochilas completas con útiles escolares de Librería Sarmiento; pero los premios más codiciados eran las parrilladas completas que donaban el Club Comercio y el Restorán "Don José" de la calle Urquiza.

Concurrían más de cien participantes de todas las edades, con inscripción gratuita habiendo quedado el torneo como un clásico anual, tal vez el único que tiene continuidad para el ajedrez de Salta. Ahí el Tano estaba presente siempre, desde el inicio hasta la entrega de premios, alentando siempre sobre todo a los más chicos.

Anteriormente, en el año 1996, el Tano había dejado su lugar al Dr. Raúl Ríos como delegado por Salta y yo dejé de verlo por unos años, hasta que en una cena de camaradería por el Día del Médico, justo él sale premiado como ganador de un auto 0 Km; corrí a felicitarlo, por que se lo merecía ampliamente: "se lo voy a regalar a mis hijos", me confió. Ahí me pidió fotos y recuerdos de las olimpíadas de aquellos años, porque estaba preparando unas memorias. Por ese entonces yo empecé a prepararme todos los años para las competencias de natación, la que me dio varias medallas en la categoría de super veteranos, produciendo Salta muy buenos médicos nadadores, como Alfredo Farjat, que en libres se llevaba todas las medallas; también Raúl Jayat que les ganaba a tremendos deportistas de todo el país; también quiero reconocer a los primos Héctor, Román y Sliman Salim, toda una familia de nadadores y cómo olvidar a Sergito Beretta, que siendo santafesino de nacimiento fue asimilado por Salta como un hermano más. Siempre recuerdo que una vez ya nos estábamos volviendo sin ninguna medalla dorada; yo ya me estaba bañando y me hacen volver a la pileta, lleno de champú: faltaba la posta. Le metimos con tantas ganas que ganamos y nos trajimos la medalla de oro que nos estaba faltando. Qué alegría, no?

Después, en el año 2008, el Colegio de Médicos de Salta resuelve otorgar por primera vez en su historia, un premio anual al mejor trabajo científico inédito, que a su criterio sea una verdadera contribución a la medicina, el cual vengo a ganarlo yo, con medalla de oro, por un trabajo que realicé en el Nuevo Hospital, en busca de los factores de riesgo que inciden en el nacimiento de niños prematuros; y la primera persona que me llamó para decirme: "Bien campeón!" ¿Quién iba a ser, sino el Tano?

Ya a principios del 2010 nos dimos con mi esposa, el gusto de viajar por primera vez al viejo continente de Europa y recorrimos España, Francia, Alemania, Austria, Suiza e Italia durante casi dos meses, emocionándonos inmensamente, tanto con los paisajes naturales, como con los monumentos y museos que solamente conocíamos por fotos; es así que cuando estuvimos en Florencia, parados en el Ponte Vecchio, sobre el Río Arno, me acordé que justamente allí había nacido el Tano Fontani en 1943, y que a los cinco años se vino a vivir a la Argentina con su familia. Qué chico que es el mundo, no?

Demás está decir que en todo ese lapso me quedé sin noticias y novedades de Salta; justo a mi regreso falleció un amigo y vecino, al que fui a despedir a Pieve de la calle San Luis; y cuando estaba entrando salía de allí otra carroza fúnebre; por curiosidad, miré el nombre del occiso y decía: "Dr. Santiago Fontani"; ¡no puede ser...!!! Pensé y me quedé desfallecido por un instante, pero inmediatamente busqué a sus hijos que me confirmaron había muerto el 28 de Marzo, por una vieja dolencia a los 67 años. Ahí nomás abracé el cajón y le dije: chau, mi amigo

Santiago, querido amigo, chau Tano, hasta siempre... seguro vas a estar en las olimpíadas del cielo, seguro...

Hoy me pongo a reflexionar de lo corta que es la vida, y que muchas veces nos hacemos problemas por naderías y no olvido nuca lo que aprendí en la carrera de salud pública que hice en la UNSA (Universidad Nacional de Salta) donde las estadísticas marcan que los médicos viven en promedio casi 10 años menos que la población en general, lo que ocurre por una vida llena de responsabilidades, en contacto permanente con el dolor y el sufrimiento humano, donde hay además una constante amenaza hasta de juicios por mala praxis, todo lo cual produce un profundo desgaste en su salud; por ello siento un gran dolor cuando por ahí los medios agrandan o inventan noticias en contra de la profesión médica, en un afán muy inexplicable de desprestigiar a los mismos ante una población, que en cambio, sí los quiere y los respeta por que sabe que de todos los profesionales de la salud en general , que en teoría pertenecen al mismo escalafón, tanto en jerarquía como en remuneración, serán los médicos, lógicamente apoyados por sus enfermeros, los únicos que en cualquier centro asistencial prestamente acudirán en su atención ante cualquier emergencia de salud.

Vaya para el Dr. Santiago J. Fontani este sentido homenaje.

Dr. Sergio Andrés Guantay

17 DE AGOSTO DE 1850

PASO A LA ETERNIDAD DEL GRAL. JOSÉ DE SAN MARTÍN

Don José de San Martín nació un 12 de febrero de 1778 y falleció el 17 de agosto de 1850, a los 72 años de edad. Es considerado como uno de los líderes más grandes de la Guerra de independencia Hispanoamericana. Fue un importante militar argentino, esto motivó que sea parte de varias campañas que resultaron decisivas para las independencias no sólo de Argentina, sino también de Chile y el Perú.

En la Argentina, se lo conoce como el Padre de la Patria y se lo considera un héroe y prócer nacional.

CURIOSIDADES MEDICAS

MUERTES INSÓLITAS

Muchos personajes famosos han perdido la vida en condiciones y situaciones tan extrañas como inverosímiles. Ésta es una selección:

- Enrique I de Castilla: murió de una pedrada jugando con sus amigos.

- Arquímedes: un soldado romano le atravesó con su espada al ser recriminado insistentemente por el sabio griego para que no pisara unos dibujos científicos que había hecho en la playa.

- Jean Baptiste Lully, compositor francés: falleció por una gangrena al clavarse la batuta en el pie.

- Alejandro I de Grecia: su mascota, un mono, le propinó un mordisco y le contagió la rabia.

- Francis Bacon, filósofo y escritor inglés: falleció de frío mientras rellenaba con nieve de las montañas el interior del cuerpo de una gallina muerta, para un experimento sobre la conservación de los alimentos.

- Agatocles, tirano de Siracusa: se atragantó con un palillo.

- Esquilo, dramaturgo griego: murió golpeado por una tortuga que se desprendió de las garras de un águila que sobrevolaba su cabeza.

- Isadora Duncan, bailarina estadounidense: murió por una fractura en las cervicales debida a que su pañoleta se enganchó en las ruedas del coche en el que acababa de subir.

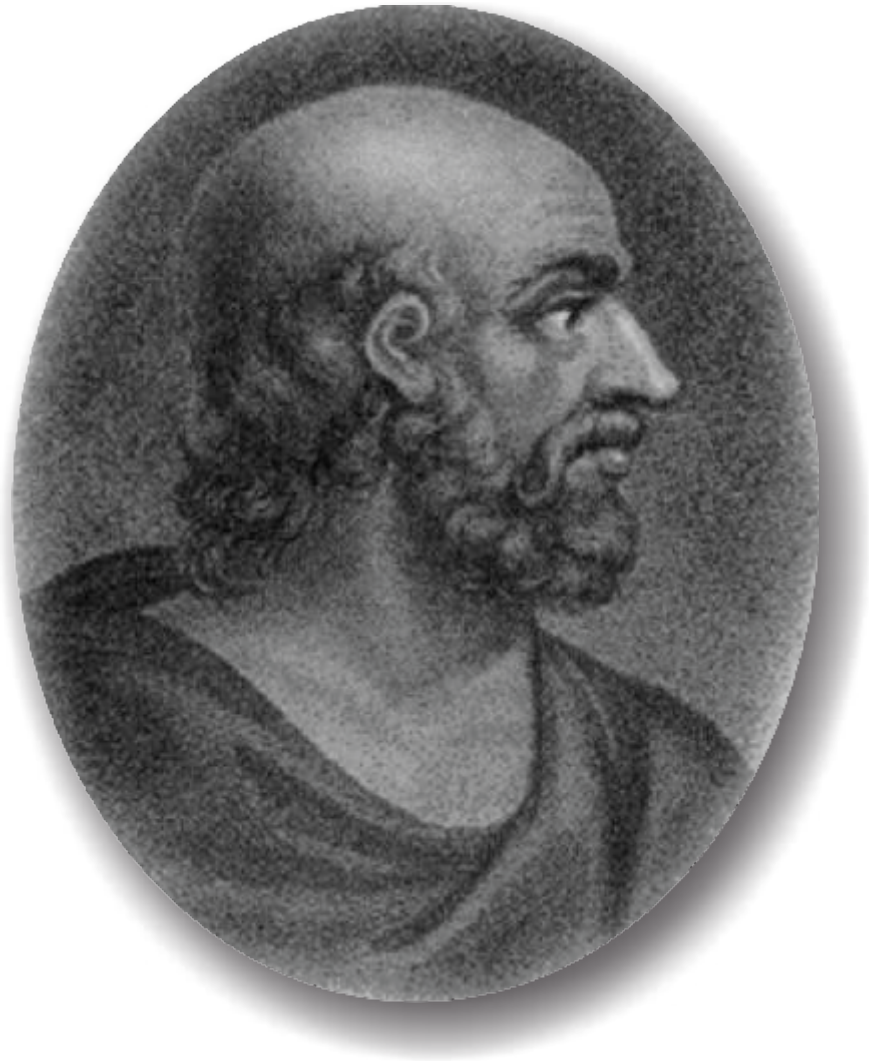
- Maximiliano de Austria: una indigestión de melones le quitó la vida.

- Allan Pinkerton, fundador de la agencia americana de detectives que lleva su nombre: murió por una gangrena tras morderse la lengua.

HISTORIA DE LA MEDICINA

¿QUIÉN ERA HIPÓCRATES?

Hay algunos hechos que se aceptan de modo general. Hipócrates existió (aunque algunos dudan incluso de eso) y fue muy conocido en el mundo griego. Posiblemente nació alrededor del 406 a.C. en la isla de Cos y murió aproximadamente el año 370 en Tesalónica. Enseñó en Cos, practicó la medicina en varios lugares y fue, quizá, el autor de un gran número de escritos. En la actualidad se cree que algunos tratados de la Colección Hipocrática no fueron redactados por él, afirmación que se basa en el estudio de su estilo y contenido, y de lo que hoy conocemos de las actitudes y prácticas de sus rivales.



Otras importantes figuras médicas vivieron en la misma época que Hipócrates. Crisipo (cuya estatua se creyó durante mucho tiempo que representaba a Hipócrates) fue un médico filósofo algo posterior que llegó a alcanzar cierta reputación. Euripo de Cnido, contemporáneo de Hipócrates, tuvo al parecer tanta fama como él, y se ha considerado que contribuyó de manera destacada a la redacción de las Sentencias de Cnido. Otro famoso médico de Cos, posterior a Hipócrates, fue Praxágoras, cuyo discípulo Herófilo llegó a ser una figura importante como anatomista en la Escuela de Alejandría a finales del siglo IV a.C. Hipócrates, Crisipo y Praxágoras se agrupan a veces como creadores de la dietética como método de tratamiento.

El nombre de Hipócrates ha sido, sin embargo, el que más ha perdurado a lo largo de los años. Se han exagerado algunos hechos, se han imaginado muchas historias y se han creado muchas leyendas. Algunas pueden ser totalmente ciertas, otras pudieran serlo tan sólo en parte y también otras totalmente inventadas. Algunas deben mencionarse porque reflejan el tipo de logro que llamó la atención durante los siglos siguientes a

Hipócrates.

Se cuenta que en Macedonia curó al rey de una enfermedad que previamente se había diagnosticado como una tisis, pero que Hipócrates consideró de origen psicológico, frente a la equivocación de Eurifón, principal figura de Cnido.

En Abdera, Hipócrates fue requerido para curar la locura de Demócrito, lo cual, además de ilustrar su fama, destaca su imagen como pensador al ponerlo en relación con el filósofo que formuló la noción de átomo. Fue requerido en Asia Menor para acabar con la peste, pero prefirió permanecer en su patria para asistir a su pueblo. Su patriotismo es también el tema de la historia que cuenta cómo rechazó el llamamiento del rey persa Artajerjes (las guerras con Persia acontecieron unas décadas antes de que viviera Hipócrates).

También se han inventado fantásticas leyendas en torno a su figura. Por ejemplo, se dice que sobre su tumba una colmena produjo miel con excepcionales poderes curativos. A pesar de que los estudios demuestran que no existían templos de Asclepíades en Cos en aquel tiempo, corría el rumor de que Hipócrates prendió fuego al templo para mantener su primacía.

Con respecto a su apariencia, ha habido mucho interés en presentarlo con un rostro noble y un cuerpo robusto, tal como correspondía a los atributos del médico ideal. Sin embargo, se han conservado muy pocas estatuas griegas del período en que vivió, y nuestros puntos de vista acerca de las mismas proceden principalmente de copias romanas. En épocas diferentes se ha dicho que varios bustos antiguos representaban a Hipócrates y, por otra parte, dibujos y pinturas totalmente imaginarios han contribuido a darle una apariencia solemne. Aristóteles dijo que Hipócrates era más bien bajo de estatura, razón por la cual se tendía a representar al médico más importante de todos los tiempos como un hombre elegante y de rostro agradable. Recientes estudios han descubierto que monedas procedentes de Cos con el nombre de Hipócrates en el contorno y con la cabeza grabada, halladas en un cementerio de Ostia, parecen corresponder a su retrato. Hoy casi todos afirman que se corresponden con el rostro de Hipócrates.

Dres. Lyons / Petrucelli

Fuente: Revista Historia de la Medicina - Edición Especial Argus

HUMOR MEDICO

CHISTES

Un hombre muy preocupado entra al consultorio de su doctor preocupadísimo y muy nervioso. El doctor le pregunta:

- Que le pasa hombre que esta tan mal, tan exaltado?

- Mire, tengo pelos por todos lados, en las manos, debajo de las uñas, en el pecho, mire estas lanas! en las piernas, no hay lugar que no tenga pelos y encima en demasía.

Digame doctor, que padezco??? Que padezco???

- Y... padece un osito.

Un hombre va a la consulta del medico y le dice:

- Doctor, me he caído y me duelen mucho las piernas!

El Doctor después de examinarlo le dice:

- No se preocupe, no es nada. Dentro de unos días ya estará Ud. trabajando.

- Caramba Doctor, que maravilla, además de curarme ¿me dará trabajo?

Sr. Colegiado:

El Colegio de Médicos de la Provincia de Salta le comunica con gran satisfacción que con fecha 13/07/11 se ha firmado el Contrato de Obra Privada con la Empresa Flores Grion S.R.L. para empezar en lo inmediato la construcción de la Nueva Sede de la Institución, sita en calle Alvear esquina Aniceto Latorre.

La adjudicación a dicha Empresa se la realizó luego de invitación cursada a distintas Empresas del medio y la decisión fue tomada en conjunto con nuestro asesor en arquitectura, Arq. Guillermo Peretti y el ganador del Proyecto de la Obra Arq. Ignacio Carón.

En los próximos números de la Revista Vínculos les iremos actualizando las novedades de la marcha de la construcción de la Sede.

Mesa Directiva

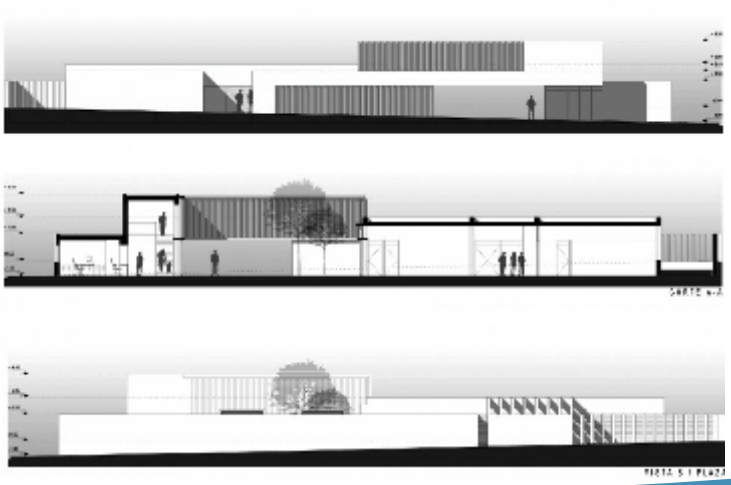


Foto de Tapa

Hospital Público

Materno Infantil

(Salta)

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

CONSULTA A CONSULTORIO:
$ 55,00 (PESOS, CINCUENTA)

CONSULTA A DOMICILIO:
$ 65,00 (PESOS, SESENTA)

RESOLUCIÓN Nº 051/11 MESA DIRECTIVA 06/07/11

VINCULOS
La revista del Colegio de Médicos de Salta