



VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta

AÑO 5 - N° 12 DICIEMBRE 2011



Coqueluche: Enfermedad Re-Emergente - Cáncer: Cifras actuales y prevención primaria - El Trauma - Descubrió el Síndrome de Down... le negaron el Premio Nobel - Guía de Trámites - Nuevos Matriculados - Foto Noticias - Reunión de CONFEMECO en Salta - Premio Anual 2011 - Acción Solidaria - Mala fama la del Viejo - ¿Quién era Galeno?

NUEVA SEDE INSTITUCIONAL

AVANCE DE OBRA

Un viejo anhelo que comienza a convertirse en una realidad. Las imágenes muestran el avance de la construcción de nuestra Nueva Sede Institucional cuya dirección y supervisión se encuentra a cargo del Arq. Guillermo Peretti.



SUMARIO

AÑO 5 - NUM. 12 - DICIEMBRE 2011

Coqueluche: Enfermedad Re-Emergente
pág. 5

Cáncer: Cifras actuales y prevención...
pág. 8

El Trauma
pág. 11

Descubrió el Síndrome de Down...
pág. 13

Guía de Trámites
pág. 17

Nuevos Matriculados
pág. 19

Foto Noticias
pág. 22

Reunión de CONFEMECO en Salta
pág. 23

Premio Anual 2011
pág. 25

Acción Solidaria
pág. 26

Mala fama la del Viejo
pág. 27

¿Quién era Galeno?
pág. 30

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

Dr. Octavio Alejandro Guanca

Dr. Lisandro Pfister

Dr. Welindo Toledo

Dr. Facundo Argañaraz

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

“EN MEDICINA, EL FUTURO DEL PRESENTE DEBE APRENDER DEL PASADO”

Mi abuelo se lo decía a mi padre, mi padre me lo recalca a mí, ahora yo se lo repito a mis hijos: “Todo tiempo pasado fue mejor”. Cuando algo se va transmitiendo de generación en generación, debemos respetarlo y analizarlo, tratando de comprender su por qué.

Cada generación tiene vivencias muy positivas y dignas de transmitirse a su descendencia, como así también situaciones problemáticas y conflictivas que también heredarán los que vienen. De ambas instancias debemos aprender.

De allí el título de este Editorial. En nuestro presente, debemos rescatar, potenciar e imitar los valores éticos y morales de nuestros antepasados, debemos respetar y ampliar los logros científicos actuales y transmitirlos a nuestra descendencia.

¿Cómo aplicamos este concepto en Medicina y qué consejos, nosotros -presente- basándonos en el pasado, transmitimos a nuestros médicos jóvenes -futuro-? Años atrás, los médicos contábamos con muchísimas menos armas terapéuticas que en la actualidad (por ejemplo los antibióticos modernos) y muy pocos métodos diagnósticos de certeza (ni tomografías, resonancias ni análisis inmunológicos, etc.); nuestra bibliografía eran los libros clásicos y básicos de cada especialidad médica (no teníamos el acceso infinito que se tiene ahora con Internet). La silla al lado del paciente, el razonamiento de sus síntomas y signos eran las herramientas diagnósticas más importantes. De allí que la experiencia y enseñanza desinteresada que brindaban los “Maestros”, era tremendamente apreciada y agradecida por el médico en formación. Ya en nuestro Juramento expresamos: “Tributaré a mis maestros el respeto y gratitud que les debo”. Rescatemos el esfuerzo del razonamiento clínico de antaño, lo unamos a todos los avances diagnósticos y terapéuticos actuales y construyamos con las nuevas generaciones una medicina moderna pero razonada. Primer consejo: En medio de esta vorágine del tiempo moderno, donde muchas veces no tenemos tiempo ni para nosotros mismos por el trabajo que nos agobia, escuchemos, respetemos y agradezcamos a quienes nos enseñaron sus experiencias y vivencias de la Medicina y a su vez seamos desinteresados en transmitir nuestros conocimientos a las futuras generaciones.

Tiempo atrás, cuando el médico debía atender personalmente al paciente, aún en situaciones muy críticas y sin el apoyo de las Unidades de Cuidados Intensivos, la relación médico paciente era tremendamente intensa, el médico acompañaba al paciente terminal prácticamente hasta la tumba. El paciente, aunque sabía que la muerte lo acechaba, con sólo mirar a SU MÉDICO, descansaba en paz. En otras felices ocasiones, era el médico de familia quien en el propio seno del hogar ayudaba a la madre a dar a luz. Creemos que se tenía el tiempo suficiente para asistir al paciente de una forma más integral. El respeto por la vida, tanto desde la concepción como hasta la muerte, era reverencial. Hoy en día, muchas veces nos olvidamos del aspecto espiritual y sentimental del paciente. Cuando el médico, por razones organizativas o preso de frías estadísticas, debe asistir en un centro de salud barrial o incluso a nivel hospitalario un número excesivo de pacientes, no tiene la posibilidad de interesarse de lo que a nivel personal-espiritual le pasa al paciente. Se va del síntoma al medicamento; cefalea, se indica antiinflamatorio sin saber que ese síntoma era producto de un drama familiar. Segundo consejo: Trasmítamos a las futuras generaciones que el paciente, el enfermo, es un ser humano de cuerpo y alma y el médico lo debe asistir integralmente, respetándolo desde su concepción hasta la muerte.

El médico, por esencia, debe tener la serenidad de espíritu suficiente para transmitir a todos los que están a su alrededor, la fortaleza para afrontar las situaciones de la vida diaria. El Médico, en el tiempo de mis abuelos y padre era el verdadero consejero de la familia, quizás no tenía la excelencia teórica de los últimos avances en la medicina, pero cuando se le preguntaba de la vida, era un maestro para dar consejos. La visita a la casa de un enfermo, era un verdadero acontecimiento de alegría familiar: llegaba el DOCTOR. El respeto por el médico era inmenso, respeto como "curador con medicamentos" y como "sanador por su sola presencia". Hoy en día y por más que estemos en Salta, la relación médico paciente carece muchas veces de la intensidad y profundidad propias de las grandes relaciones. Antes, al médico también se le exigía, pero exigencias de consejos, de paz espiritual, de ciencia y conciencia para tratar la enfermedad. Hoy en día, salvo honrosísimas excepciones, donde está el respeto por el profesional? Y también está sometido a exigencias: burocracias administrativas, estadísticas inalcanzables, obligación de ser un dios pagano, no un Cristo, que cure lo incurable. Tercer consejo: Se debe inculcar a las futuras generaciones que el médico debe recuperar nuevamente el respeto de años atrás, respeto no por la posición social o económica lograda, sino por su esencia de médico que irradia paz y armonía entre sus semejantes.

Por último, el médico no sólo debe ser la persona que lleve alivio a las enfermedades de los pacientes sino que tiene también una ineludible misión social. Debe ser un verdadero ejemplo de respeto hacia todos sus semejantes, en especial con sus propios colegas. Me comentaba un queridísimo colega, ya casi ochentón y a quien a su vez se lo contaba su padre, que era tal el respeto y el concepto del honor entre los colegas en sus años de profesión, que en más de una ocasión quien se sentía ofendido por otro colega, lo retaba a este al campo de los doce pasos. Ese respeto debe llevarse también al caso de las opiniones: pensamos distinto, queremos ambas partes mejorar la salud y ayudar al paciente, no importa, unidos sigamos para adelante. Quizás perseguimos un mismo fin, con distintas modalidades. No importa. Respetándonos mutuamente, lo lograremos. Cuarto consejo: Demostremos a las futuras generaciones que para un médico no hay mejor persona que otro colega, sea de distinta ideología o rango de autoridad. Enseñemos que el respeto es algo más que un buen día! Es una actitud de vida que ayuda a una convivencia pacífica y armónica y que en última instancia ayuda al bienestar de la población toda.

Dr. Juan José Loutayf Ranea

Presidente

Colegio de Médicos de la Pcia. de Salta

COQUELUCHE: ENFERMEDAD RE - EMERGENTE

Las enfermedades del sistema respiratorio representan las primeras causas de atención médica en todo el mundo, tanto en la consulta ambulatoria como en la internación, y se encuentran entre las primeras causas de mortalidad.

Coqueluche, tos convulsa o pertussis es una enfermedad respiratoria aguda altamente contagiosa que afecta preferentemente a los niños menores de 1 año de edad, pero también a adolescentes y adultos. El agente etiológico es Bordetella pertussis. En la Argentina, al igual que en otros países del mundo, se presenta con ciclos epidémicos cada 3 a 5 años.

Ni la inmunización ni la infección otorgan inmunidad permanente. Frecuentemente se subestima la incidencia de la enfermedad en adolescentes y adultos jóvenes, que pueden presentar formas clínicas más leves, y actuar como reservorio y fuente de infección en la comunidad.

Coqueluche es una enfermedad muy contagiosa que se transmite de persona a persona a partir de aerosoles o gotas de secreción del individuo infectado. Requiere contacto estrecho con secreciones o permanencia en el mismo lugar que el enfermo por más de una hora.

El periodo de incubación varía entre seis y veintiún días, lo más común siete días. Luego, la fase catarral dura de una a dos semanas etapa más contagiosa de la enfermedad.

La fase paroxística, dura entre tres y seis semanas, y se caracteriza por accesos o quintas de tos (paroxismos), estridor inspiratorio, vómitos después de la tos sin causa aparente. Los niños pequeños pueden no desarrollar paroxismos ni estridor inspiratorio pero pueden presentar cianosis, apnea y muerte súbita. Los síntomas van decreciendo en severidad durante el periodo de convalecencia que puede durar varios meses.

La tasa de ataque secundaria en convivientes es cercana al 80%.

¿Cuándo se debe sospechar coqueluche?

Se debe sospechar coqueluche en:

- < de 6 meses: infección respiratoria aguda, con uno o más de los siguientes síntomas: apnea, cianosis, estridor inspiratorio, vómitos después de toser o tos paroxística.
- > de 6 meses hasta 11 años: tos de 14 o más días acompañado de uno o más de

los síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio o vómitos después de la tos, sin otra causa aparente.

- > de 11 años: tos persistente de 14 o más días de duración, sin otro síntoma acompañante.

El caso se considera confirmado en las siguientes situaciones:

- Paciente con infección respiratoria que presenta tos de cualquier duración o con cultivo positivo para el agente causal o resultados positivos de PCR o seroconversión y/o nexa epidemiológico de caso confirmado.

Laboratorio de coqueluche. Los métodos pueden agruparse en dos categorías: directos o indirecto.

Cultivo. El aislamiento es la metodología de referencia para el diagnóstico de la infección por Bordetella. Posee baja sensibilidad. Puede verse influido por el tipo de muestra, el uso de medios de enriquecimiento y transporte, el tiempo entre la toma de la muestra y el cultivo, evolución de la enfermedad y la administración de antibióticos. El mejor momento para la toma de muestra es durante la fase catarral y comienzo de la fase paroxística.

Reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Las muestras utilizadas en PCR debe tomarse con agua destilada y mantener en heladera a C 4°. Se realiza en ambas aspirado nasofaríngeo.

Estudios serológicos. Los estudios serológicos resultan una evidencia indirecta de la infección. La técnica requiere de dos muestras de suero obtenidas con 21 días de diferencia. La primera muestra debe corresponder a la fase aguda de la enfermedad y la otra a la convaleciente. Caso confirmado por serología cuando se obtenga seroconversión variación de al menos dos títulos entre las dos muestras.

¿Qué hacer si se diagnostica un caso de coqueluche?

A nivel comunitario

- Informar a los padres sobre los riesgos de la tos convulsa, especialmente en lactantes y niños pequeños, y evaluar el calendario de vacunación.
- Asegurar la aplicación de las 4 dosis de cuádruple en los niños menores de 5 años de edad y las dosis de refuerzo.

- Aprovechar todas las oportunidades disponibles localmente para completar el calendario de vacunación.

A nivel individual y de los contactos

Se debe indicar:

- Aislamiento de los casos identificados.

Las personas sintomáticas deben ser aisladas de los lugares donde desarrollan sus actividades habituales hasta completar 5 días de tratamiento antibiótico. En caso de no recibir antibiótico, deben ser aisladas durante 21 días a partir del inicio de la tos.

- Separar los casos sospechosos de los lactantes y niños de corta edad, especialmente si no están inmunizados, hasta después de 5 días de tratamiento antibiótico.

- Desinfección de los objetos contaminados.

- Excluir de las escuelas, jardines y sitios públicos a los contactos del núcleo familiar menores de 7 años cuya inmunización sea inadecuada, durante un periodo de 21 días después de la última

exposición o hasta que el caso y los contactos hayan recibido antibióticos durante cinco días del esquema.

- Controlar las inmunizaciones.

Los contactos deben tener el esquema completo acorde a la edad.

Aplicar 1 dosis de vacuna DPT a los contactos menores de 7 años que no hayan recibido 4 dosis de DPT o que la última dosis supere los 3 años. Los niños que han recibido 3 dosis de vacuna pueden recibir la 4o dosis si transcurrieron 6 meses o más de la dosis anterior, previa a la exposición.

- Investigar la presencia de casos no identificados o no notificados para proteger a los contactos menores de 7 años, que hayan estado expuestos. En presencia de brote, se debe considerar la posibilidad de proteger con antibióticos al personal de salud muy expuesto al riesgo.

¿Cómo se tratan los pacientes con coqueluche?

Con el diagnóstico de caso sospechoso se debe iniciar tratamiento al enfermo y a sus contactos.

Edad	Eritromicina por 14 días	Azitromicina por 5 días
<1 mes	40-50 mg/kg/día dividido en 4 tomas	10 mg/kg una dosis por día
1-5 meses	Idem	Idem
> 6 meses	Idem	10 mg/kg 1º día y 5 mg/kg los días 2-5
> 12 años y adultos	2gs /día dividida en 4 tomas	500 mg/1º día 250 mg los días 2-5

Se deben administrar antibióticos específicos a todos los casos y contactos estrechos, independientemente del estado de vacunación.

Contacto:

Se considera contacto a toda persona que estuvo en contacto con un caso sospechoso como conviviente del grupo familiar o concurrente a la escuela, albergue escolar o comedores comunitarios, incluyendo alumnos, maestros, profesores, resto del personal.

Se consideran contactos de alto riesgo de enfermedad severa:

- Niños menores de 1 año y sus convivientes.
- Inmunodeficientes o pacientes con enfermedad pulmonar.
- Embarazadas.

- Personal de salud. Esto facilita la rapidez de la intervención y ayuda al control de posibles brotes

PREVENCION

Vacuna Triple Bacteriana Acelular (Dtap)

La Vacuna Triple Bacteriana Acelular (dTap) es una suspensión de toxoides tetánico y diftéricos purificados y 3 antígenos purificados de Bordetella pertussis, que contiene menor cantidad de toxoides diftérico que las vacunas para niños pequeños para evitar reacciones adversas en adolescentes y adultos.

Los adolescentes y adultos funcionan como reservorio (oligosintomáticos o asintomáticos) de coqueluche, ya que la inmunidad adquirida por la vacuna o por la enfermedad se debilita con el correr de los años, y pueden contagiar al niño pequeño no inmunizado o mal inmunizado,

que son los que presentan la mayor carga de morbilidad y mortalidad.

Se ha observado un aumento de casos de infección por Bordetella pertussis en niños mayores y adolescentes, que actúan como reservorios de la infección para los niños menores de 1 año, por lo cual se indica una dosis de triple bacteriana acelular a los 11 años, como parte del esquema nacional de vacunación en Argentina.

El equipo de salud, que atiende niños menores de 1 año, puede ser fuente de contagio para niños hospitalizados, por lo cual es un grupo objetivo para la vacunación, también incluido dentro del calendario nacional.

Dra. Mirta Schamun
Dra. Adriana Falco

Programa de Epidemiología y Control de Infecciones
Hospital Público Materno Infantil

NUEVO HORARIO DE ATENCIÓN

SR. COLEGIADO:

PARA SU COMODIDAD, INFORMAMOS QUE DESDE EL 01/11/2011, EL HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO ES DE 07:30 A 15:30 HS.

Mesa Directiva

CÁNCER: CIFRAS ACTUALES Y PREVENCIÓN PRIMARIA

Según datos de la OMS (Organización Mundial de la Salud) el cáncer constituye la 1er causa de muerte en países industrializados y la 2da en países en vías de desarrollo. Las estimaciones de incidencia y mortalidad por cáncer desarrolladas por GLOBOCAN 2008 (programa dependiente de la IARC - Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer-) determinaron alrededor de 12,7 millones de casos nuevos y 7,6 millones de muertes por cáncer en todo el mundo para ese año. De éstos la mayoría de casos y muertes (56 % y 64 % respectivamente) ocurrieron en países en vías de desarrollo. Por otro lado, la proyección a futuro para el año 2030, indica que habrá aproximadamente 26 millones de casos nuevos y 17 millones de muertes por cáncer cada año.

¿Cuáles son las causas del incremento tanto en el número de casos como en mortalidad?

Existen factores claramente identificados:

- El aumento progresivo y envejecimiento de la población.
- El incremento en la adopción de conductas de riesgo como el tabaquismo, inactividad física y

dieta tipo occidental.

- Infecciones crónicas, endemias relacionadas a diversos tumores (estómago-Helicobacter Pylori, cervix-VPH, hígado-Virus Hepatitis B y C).

En base a información de la Oficina de Censos y Bases de Datos Internacional de los EEUU, se calcula que la población mundial actual pasará de 7.0 a 8.9 billones aproximadamente para el año 2050. Este incremento estará mediado en gran parte por la población que llegará a los 65 años, que casi se triplicará.

El tabaquismo está relacionado no sólo al desarrollo de cáncer de pulmón (donde es responsable de la mayoría de los casos) sino que también es un factor de riesgo demostrado para otros tipos de cáncer como los de cabeza y cuello, vejiga y vías urinarias, riñón y páncreas. Sin embargo, en nuestro país son alarmantes todavía las cifras de fumadores y la tendencia en alza entre adolescentes y adultos jóvenes. De la misma manera tenemos una de las prevalencias más altas en el mundo de mujeres fumadoras, y en el grupo de adolescentes ésta es incluso superior que en lo varones. Este cambio en los patrones habituales del

tabaquismo conllevará a un incremento en la incidencia del cáncer de pulmón en la mujer.

La obesidad y el sobrepeso son factores de riesgo reconocidos para algunos tipos de cáncer como el de mama, endometrio, colon y próstata. Al mismo tiempo la obesidad está directamente relacionada con un aumento en la mortalidad por cáncer. Las tasas de obesidad y sobrepeso están en aumento, lo cual está directamente relacionado con los hábitos de dieta tipo occidental y el sedentarismo.

¿Cuáles son los subtipos de cáncer más frecuentes?

Los cánceres más frecuentemente diagnosticados y también primera causa de muerte global son el de mama en la mujer y pulmón en el hombre. Esta tendencia es tanto para países desarrollados como en vías de desarrollo, salvo el cáncer de próstata que es el más frecuente en países desarrollados.

En el año 2008 se diagnosticaron en nuestro país 104.859 casos nuevos (excluyendo al cáncer de piel no melanoma) y murieron 58.000 personas. Esto corresponde a una tasa de incidencia para ambos sexos de 206 casos nuevos por

100.000 habitantes. El cáncer constituye la principal causa de muerte en los grupos de 40 a 64 años y de 5 a 14 años. Asimismo es la segunda causa en los grupos de 5 a 39 años y mayores de 64 años.

Globalmente en Argentina los cinco cánceres más frecuentes fueron mama (74/100.000), próstata (58,8/100.000), pulmón (20,5/100.000), colo-rectal (20,4/100.000) y cuello uterino (17,5/100.000); siendo

las primeras causas de mortalidad los de pulmón, colo-rectal, mama, próstata y páncreas. Las estimaciones específicas según sexo se ven en las Tablas 1 y 2.

Tabla 1. Incidencia y mortalidad por cáncer en varones estimadas por IARC para Argentina – 2008 (nro. casos)

Incidencia		Mortalidad	
Próstata	(13.771)	Pulmón	(6.645)
Pulmón	(7.445)	Próstata	(4.178)
Colo-rectal	(5.796)	Colo-rectal	(3.633)
Vejiga	(2.501)	Estómago	(2.009)
Estómago	(2.376)	Páncreas	(1.900)

Tabla 2. Incidencia y Mortalidad por cáncer en mujeres estimadas por IARC para Argentina – 2008 (nro. casos)

Incidencia		Mortalidad	
Mama	(18.712)	Mama	(5.873)
Cuello uterino	(3.996)	Colo-rectal	(3.303)
Colo-rectal	(5.247)	Pulmón	(2.507)
Pulmón	(2.851)	Páncreas	(2.051)
Ovario	(2.149)	Cuello uterino	*(1868)

* Cifras corregidas teniendo en cuenta el porcentaje de defunciones por cáncer de útero, sitio no especificado.
Fuente: Elaborado por Loria, D. y Abriata, M.G. en base a los datos de Globocan 2008 y a los registros de mortalidad de la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, julio 2010.

Las diferencias que se observan en incidencia y mortalidad entre países desarrollados y en vías de desarrollo para un determinado tipo de cáncer son el resultado de diferencias regionales en la prevalencia y distribución de los factores de riesgo, prácticas de detección y/o la disponibilidad y uso de recursos de salud. Las diferencias en diagnóstico precoz y accesibilidad a los tratamientos, impactarán directamente en los números de mortalidad.

¿Qué medidas de prevención tenemos disponibles?

Según la OMS más del 40% de los casos se pueden prevenir (prevención primaria) mientras que otro porcentaje importante se pueden diagnosticar y tratar precozmente accediendo de esta manera a la curación (prevención secundaria).

Dentro de las medidas de prevención primaria en general tenemos que comenzar a

capitalizar las conductas y posturas anti-tabaco; promover los hábitos de vida saludables con una cuota diaria de actividad/ejercicio físico y movernos más hacia dietas equilibradas, donde las grasas saturadas e hidratos de carbono industrializados no sean los pilares de la misma. Dichos cambios de hábito tendrán un impacto no sólo en cáncer, sino que también mejorarán la calidad de vida de la población y disminuirán al mismo tiempo los factores de riesgo cardiovascular.

Como medidas de prevención primaria específicas hoy contamos con métodos validados para la prevención del cáncer de colon y de cuello uterino. Debemos recomendar en pacientes de riesgo habitual la realización de una videocolonoscopía a partir de los 50 años. En las mujeres estimular la consulta ginecológica con la realización del papanicolau y colposcopia. Pronto estará también implementado el plan de vacunación anti HPV para prevenir esta infección cuyas lesiones son las responsables de la mayor parte de los casos de cáncer de cuello uterino. La cobertura con vacunación anti hepatitis B; reducción y protección contra la exposición

solar; detección y tratamiento de Helicobacter Pylori son también medidas que tienen un impacto en prevención de cánceres de hígado, piel y estómago.

Finalmente hay que mencionar un hito en la historia de la oncología Argentina, el cual es la inauguración en el año 2010 del Instituto Nacional del Cáncer (INC). Esperamos que el mismo se transforme de decreto en ley, y que a partir de éste puedan reforzarse todas las medidas de promoción y prevención vinculadas al cáncer; así como también el estímulo a la investigación básica, clínica y epidemiológica generando datos locales y trabajos originales de

relevancia tanto nacional como internacional.

Fuentes:

1. Jemal A. et al. Global cancer statistics. Ca cancer j clin 2011.
2. Jemal A. et al. Cancer statistics, 2011. Ca cancer j clin 2011.
3. Globocan 2008 – Argentina. Disponible en la página web de la IARC-International Agency for the Research on Cancer. <http://www.iarc.fr>.
4. Thun M. et al. The global burden of cancer: priorities for prevention. Carcinogenesis vol.31 no.1 pp.100–110, 2010.
5. Página web del Instituto Nacional del Cáncer – Argentina. www.msal.gov.ar.

Dr. Facundo Pedro
Argañaraz Olivero
Oncología Clínica



DIA DEL MEDICO



Quise ser vida y les pedí a mis padres que me concibieran, agradeciéndoles siempre que me permitieron vivir.

Quise crecer física y espiritualmente y les pedí a mis maestros me llenen de enseñanzas de vida.

Quise compartir el verdadero amor y prolongar mi existencia en la vida de otros y elegí ser esposo y padre.

Quise compartir penas y alegrías con alguien que fuera como mi sombra y elegí un amigo.

Quise siempre ayudar a vivir, enseñar lo aprendido, transmitir el amor recibido, tener las manos llenas de tanto dar. Elegí ser Médico.

Feliz Día del Médico a todos los colegas que luchan día a día por dar vida al que la necesita de cuerpo y alma.

Mesa Directiva; 3 Diciembre 2011



EL TRAUMA

Definiciones

Politraumatizado: es todo herido que presenta dos o más lesiones traumáticas graves periféricas, viscerales o complejas y asociadas, que conllevan una repercusión respiratoria o circulatoria que suponen riesgo vital para el paciente.

Un politraumatizado siempre conlleva el riesgo vital para su propia vida, en otros casos h a b l a r e m o s d e p o l i c o n t u n d i d o s o traumatizados

Traumatizado grave: paciente con lesión de un solo sistema u órgano pero que conlleva a un trastorno circulatorio, respiratorio o neurológico que pone en peligro la vida.

Policontundido: este término es el que con mayor frecuencia usan los médicos para referirse a un paciente politraumatizado y en realidad significa: paciente con escoriaciones múltiples o lesiones múltiples que no afectan órganos vitales y no pone en peligro la vida.

Epidemiología

El trauma es considerado un problema de salud pública. La mortalidad ha sido tradicionalmente el principal indicador de la magnitud de un

problema de salud pública, pero es importante destacar que por cada muerte, hay miles de sobrevivientes que quedan con secuelas físicas y emocionales.

Para La OMS el trauma es una epidemia. Si la situación no se modifica, se estima que para el año 2020 el trauma será la tercera causa de muerte y discapacidad en el mundo.

El trauma constituye la tercera causa de muerte después del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares en el mundo occidental y la primera causa de muerte en los países pobres.

Es la primera causa de muerte entre los 0 y 45 años, presentando la máxima incidencia entre los 20 y 45, en los países del tercer mundo, y en especial en nuestro medio.

Ocasionan más de cinco millones de muertes al año, una cifra aproximadamente igual a las ocasionadas por el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis combinados. Paradójicamente, el problema del SIDA acapara de lejos mayor atención y mayores empeños de los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales mundialmente. Casi pudiéramos decir que el trauma es una "epidemia

olvidada" que está diezmando la población mundial y que, a pesar de ser una de las principales causas de muerte en todos los grupos de edad, el interés y la atención que se le presta está frecuentemente muy por debajo de la que se le brinda a otras causas que tienen una morbimortalidad similar o aún más baja.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2010 ocurrieron en el mundo aproximadamente unas 5.5 millones de muertes debidas a diversos tipos de lesiones, lo que representa el 10% de la mortalidad global a nivel mundial para ese año, siendo los incidentes de tránsito en las carreteras la principal causa de muerte por trauma. Además, el trauma representa el 12% del canon de enfermedades, y se calcula que el 90% de las muertes producto de traumas ocurren en países de nivel socioeconómico intermedio y bajo, es decir, en vía de desarrollo.

Latinoamérica no es una excepción a esta realidad mundial si analizamos los indicadores básicos de la situación de salud en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud para el 2009. Para el intervalo comprendido del año 2000 al 2009 la tasa de mortalidad por

trauma estimada para toda Latinoamérica fue de 50 por 100.000, a excepción de la resultante de los conflictos armados que se presentan en algunos países de la región, la cual sufre un sub-registro notable, de las muertes producto de accidentes laborales, y de las muertes producto de la violencia personal que, por retrasos en la administración de justicia en nuestros países, nunca son registradas como muertes producto del trauma.

Se calcula que el costo anual de los traumatismos por accidentes de tránsito supera los 500 mil millones de dólares EE.UU.

Datos curiosos

- Cada año más de 1.8 millones de personas alrededor del mundo pierden sus vidas como consecuencia de la violencia.

- El siglo 20 fue uno de los periodos más violentos en la historia de la humanidad. Se estima que 191 millones de personas perdieron sus vidas directa o indirectamente como resultado de un conflicto, la mitad de los cuales eran civiles.

- Más de 800 personas mueren cada día como resultado de un conflicto: más de 30 muertes cada hora.

- Mas de 540 adolescente y adultos jóvenes mueren cada día como resultado de violencia interpersonal: más de 20 muertes cada hora.

- Cada año la violencia cobra la

vida de al menos 200.000 jóvenes entre los 10-29 años: más de 540 muertes cada día. Por cada joven muerto por la violencia, 20-40 sufren lesiones que requerirán hospitalización.

- Cada 40 segundos 1 persona comete suicidio en alguna parte en el mundo.

- Alrededor de 815.000 personas se suicidan cada año en el mundo, esto es casi una persona cada 40 segundos.

- 1.5 millones de personas morirán este año como resultado de accidente de carretera, mas de 3200 muertes cada día.

- Cerca de 50 millones de personas serán lesionadas en accidentes de tránsito este año, millones de las cuales quedaran con discapacidad de por vida.

- Es el responsable de 2 de cada tres muertes en niños, y de 3 de 4 muertes en adultos.

.
El Comité de Trauma del American College of Surgeons informa que el 60% de las muertes por trauma se producen en la vía pública y de ellas el 50 a 60%, son ocasionados por los accidentes de tránsito. Un 20 % de las cifras de mortalidad suceden durante el traslado y en el Hospital. El 60% de la mortalidad hospitalaria se registra en las primeras horas del ingreso a Emergencia.

En EEUU existen anualmente

75 millones de accidentes con 160.000 muertes, de las cuales 45.000 son debidas a accidentes automovilísticos. 1.600.000 con incapacidades temporarias y 360.000 permanente y 105 000 juicios por esta patología. De ello resultan: 16 muertes por hora – 384 por día y 160.000 al año por trauma en general.

La Revista de Medicina de Tráfico, publicación sueca, señala que se producirían 6.000.000 de muertes en 380.000.000 traumatizados en el mundo. Cada 2 minutos y medio alguien muere en la tierra por un accidente de tránsito.

Argentina

Argentina ostenta uno de los índices más altos de mortalidad producida por accidentes de tránsito.

En la Argentina aproximadamente hay 40.000.000 de habitantes, 7 millones de vehículos a motor, 2.200.000 accidentes por año, 11.000 muertes anuales, 80,000 heridos graves, 240.000 heridos leves. A lo anterior corresponde: 27 muertes por día, una muerte cada 50 minutos, 220 heridos graves por día, 14.4 por 100.000 h.

Esto resulta en cuantiosas pérdidas materiales, que se estiman en unos 10.000 millones de dólares anuales.

Fuente:
www.luchemos.org.ar

DESCUBRIÓ LA CAUSA DEL SÍNDROME DE DOWN... LE NEGARON EL PREMIO NOBEL

WASHINGTON, domingo 29 de mayo de 2011 (ZENIT.org).-

Uno de los objetivos de mi padre fue devolver la humanidad a los niños con el síndrome Down, dijo la autora Clara Lejeune-Gaymard.

En esta entrevista con ZENIT, Lejeune-Gaymard, autora de *Life is a Blessing: A Biography of Jerome Lejeune*, habla sobre su libro y sobre su padre, el científico francés que descubrió el origen del Síndrome de Down, su vida y su trabajo, recientemente publicado en inglés por The National Catholic Bioethics Center.

- Su padre fue el renombrado científico de genética de Francia, quien viajó por el mundo dando a conocer sus numerosos descubrimientos científicos, incluyendo el origen genético del Síndrome de Down. ¿Por qué su nombre no es muy conocido por su importante trabajo?

Lejeune-Gaymard: Es una buena pregunta.

Cuando él hizo el descubrimiento de la trisomía 21 lo podría haber llamado "Lejeune" como hacen muchos



científicos cuando realizan descubrimientos. Pero él no era ese tipo de hombre y pretendía realizar dos cosas.

La primera tenía que ver con todas las cosas humillantes que se decían sobre los niños con síndrome de Down, como que la madre había tenido un mal comportamiento sexual o que su herencia familiar era mala.

Estos niños eran escondidos, especialmente en Francia o el

resto de Europa. Él quiso devolver el orgullo de estos niños a sus padres diciéndoles que estaba en su código genético y que no venía de familia ni de un mal comportamiento.

También fue la primera vez que se descubrió que una enfermedad podía venir del código genético, de manera que se abría la puerta a la medicina genética y a la comprensión de que un cromosoma podía ser la causa

de una enfermedad.

Sólo seis meses antes del descubrimiento, se decía que era imposible que el código genético pudiera causar una enfermedad. Así que él consiguió la prueba de lo contrario.

Y la segunda cosa que quería era proteger a los no nacidos.

Era muy conocido en Francia y muy conocido también en la comunidad científica porque ayudó a construir la primera cátedra conocida en genética en Israel y en España y trabajó con científicos en Estados Unidos. En Francia participó siempre como columnista en la prensa sobre cuestiones genéticas.

En 1969, comenzó la campaña del aborto en Europa, Francia y Estados Unidos. Y desde que él se declaró en contra, se le cerraron todas las puertas. Ya no formó parte de la actualidad. Nadie lo quiso entrevistar cuando realizó su descubrimiento.

Creo que en 1971 fue a Estados Unidos y realizó un discurso en el National Institute for Health y después de esto mandó un mensaje a mi madre diciendo: "Hoy he perdido mi Premio Nobel". En el discurso él habló sobre el aborto, diciendo, "ustedes están transformando su instituto de salud en un instituto de muerte". Y esto no fue bien acogido.

- El libro sobre la vida de su padre es una serie de instantáneas de la vida de

su familia que ilumina no sólo el trabajo científico de su padre, también su profunda fe. ¿Qué le hizo decidir escribir sobre él con este estilo?

Lejeune-Gaymard: Yo estaba embarazada cuando él estaba enfermo, esperando a mi sexto hijo, y durante este tiempo esperaba que él pudiese vivir lo suficiente para poder conocer a mi hija. Él murió el 3 de abril y ella nació el 13 de abril, así que nunca llegó a conocer a su abuelo.

Antes de morir le pregunté si me daba permiso para escribir un libro sobre él. Aunque temía que dijese que no ya que era un hombre muy humilde, sin embargo él contestó: "Haz lo que quieras. Si quieres dar testimonio de la vida del niño con síndrome de Down, haz lo que quieras".

Tenía claro que quería escribir algo para mi pequeña. Al principio escribí treinta hojas y cuando fuimos de vacaciones con un periodista le conté que estaba escribiendo un libro para que mi hija pudiese conocer a su abuelo. Él las leyó y me dijo que debería escribir un libro.

El modo en que quería escribirlo no era el de la biografía cronológica, sino como retratos diferentes de una persona. Hay un capítulo sobre nuestra vida en Dinamarca, uno sobre él como médico, otro como cristiano.

Cada capítulo es una pieza diferente del puzzle y al final te

encuentras con el retrato de la persona entera.

- Su padre sufrió mucho en su carrera por su postura pro-vida. ¿Se basaban sus convicciones sólo en su fe o también se apoyaba en su investigación científica?

Lejeune-Gaymard: Principalmente en que era médico, no en su fe. Cuando eres médico has jurado el Juramento Hipocrático de no hacer daño. Y él siempre decía que el respeto a la vida no tenía nada que ver con la fe, aunque, por supuesto, está en la fe el respetar la vida.

Por eso fue tan odiado por los partidarios del aborto. Era difícil luchar contra él porque sus argumentos eran de base científica.

Quiso explicar que la vida comenzaba en la concepción, él quiso contar una historia que fuese inteligible para todos, como Pulgarcito. Esta es una historia para niños o una leyenda, pero es una realidad.

Es muy raro que la humanidad haya sido capaz de contar una historia así sin saber si era verdad, porque cuando se escribió no había fotos de bebés en el útero.

La vida comienza en el mismo instante de la concepción cuando los genes de la madre y los del padre se unen para formar un nuevo ser humano que es absolutamente único.

Todo el patrimonio genético está ya allí. Es como la música

de Mozart en la partitura. La vida entera está ya ahí.

A los dos meses, el embrión lo tiene todo, las manos, los ojos, el cuerpo. Es un cuerpo muy pequeño, pero después de dos meses lo único que hace es crecer. Si se pudiese coger el mismo dedo pequeño, se podría observar su huella dactilar.

- Muchos investigadores mantienen distancias con aquellos cuya vida afecta a su trabajo. Su padre parecía tener un enfoque distinto. ¿Cómo era su relación con los pacientes y sus familias?

Lejeune-Gaymard: Cuando él se convirtió en doctor, su primer trabajo fue en un hospital donde él vio a un niño con síndrome Down.

Entonces fue cuando decidió que quería saber por qué tenían una cara especial y todo lo demás. Se podría decir que esta fue realmente su vocación. Realmente quería encontrar una manera de tratarlos y a esto dedicó su investigación.

El hizo este descubrimiento porque amaba a estos niños y a sus familias y quería ayudarles.

No fue consecuencia de este descubrimiento el querer cuidar a los niños de síndrome Down, sino que fue al revés, porque él quería cuidar a estos niños, realizó este descubrimiento. Y esto explica su relación con ellos.

- Después de su muerte, su familia creó una fundación para continuar su trabajo, especialmente el de encontrar una cura para el síndrome Down. ¿Qué hace esta fundación y cómo trabaja?

Lejeune-Gaymard: Mi padre quiso crear esta fundación cuando todavía estaba vivo, porque él sabía que tendría que retirarse y quería que su investigación continuase. Al principio fue su proyecto.

El día antes de morir, fui a verlo y me dijo que estaba muy triste por sus pacientes, porque ellos no entenderían que los había tenido que dejar. Dijo: "los estoy abandonando y ellos no van a entender porque ya no estaré con ellos nunca más".

Yo le contesté: "Ellos lo entenderán. Lo entenderán mejor que nosotros".

Y me dijo: "No, ellos no lo entenderán mejor, pero si más profundamente". Y después de esto, cuando él murió, nosotros pensamos que podríamos hacer algo más por ellos.

Después de año y medio pusimos en marcha una fundación dedicada a la investigación y tratamiento no sólo del síndrome Down sino también de otros síndromes de enfermedades mentales de origen genético.

Creamos un centro en Francia de investigación genética y tenemos un comité que distribuye las ayudas a los

diferentes grupos que están en todo el mundo.

Hemos fundado 60 proyectos con 32 equipos en los Estados Unidos, y estamos en proceso de comenzar una fundación en los Estados Unidos que se encargará de más investigación y tratamiento.

El tratamiento real no existe en la actualidad, ya que los investigadores están trabajando en solucionar este problema genético. El patrimonio genético de los niños es correcto, simplemente se repite como un disco rayado. Mi padre siempre decía que un niño con síndrome Down es más niño que otros; es como si no estuviese acabado del todo. Así que si ese gen pudiese ser silenciado el niño podría ser normal.

Y este es realmente el futuro de la medicina, reparar el código genético. Por tanto no es descabellado que podamos tratarlos algún día.

La dificultad estriba en que se gasta mucho dinero en realizar el diagnóstico y en matarlos, hasta tal punto que si pudiéramos tener sólo un 10% de este dinero para investigación, podríamos ya haber conseguido la cura.

- Su padre fue amigo de Juan Pablo II, sirviendo muchos años como miembro de la Academia Pontificia de Ciencias y como el primer presidente de la Academia Pontificia para la Vida. ¿Cómo era su relación?

Lejeune-Gaymard: Él no diría que fue un amigo cercano del Papa. Pero así fue en verdad.

La historia comenzó cuando fue elegido para la Academia Pontificia de Ciencias por Pablo VI, no Juan Pablo II. Pero cuando este llegó a Papa, le pidió a mi padre que acudiese allí porque quería saber todo sobre la clonación, investigación en embriones, etc...

Así que desayunaron juntos y desde entonces él le llamaba cada vez que necesitaba explicaciones particulares. Comían juntos cada seis meses.

En 1981, el 13 de mayo, mi padre comió con mi madre y con el Papa. Después cogieron un taxi para ir al aeropuerto, volaron a casa y cuando aterrizaron, se enteraron de que el Papa estaba entre la

vida y la muerte porque le habían disparado. Ellos fueron los últimos con los que estuvo antes de ir a la plaza.

Mi padre, aquella tarde, sufrió unos dolores inexplicables, tanto que fue hospitalizado durante tres días. Experimentó sufrimientos similares a los del Papa y una fiebre que desembocó en piedras en el riñón.

Nunca le gustó hablar de la conexión entre su enfermedad y la del Papa, pero ésta realmente existió.

Antes de que mi padre muriese, recibió un telegrama del Papa que decía que esperaba que se encontrase mejor. Cuando él murió, el domingo de Pascua, llamamos para decirle al Papa que mi padre había muerto.

Teníamos un buen amigo, el ex

ministro de justicia de Francia, que nos llamó aquel día porque al ver en la televisión, la bendición del Papa, notó que el Papa parecía muy triste. Dijo, "creo que Jerome ha muerto".

Cuando Juan Pablo II vino a Francia en 1997, quiso visitar y rezar ante la tumba de mi padre.

En ese momento, flanqueados por muchos guardias y miembros de seguridad, nos dejaron estar presentes a nuestra familia.

Tuve que negociar para que se permitiese estar presente a personas discapacitadas, ya que mi padre no entendería que el Papa viniese sin dar permiso a sus otros niños, los discapacitados, de estar allí también.

Por Carrie Gress

Fuente: Zenit.org

HOMENAJE

....Y un día Dios se comenzó a preocupar... el ángel de la guarda que enseñaba las reglas de la amistad se jubilaba, el del compromiso y el amor con la familia estaba cansado, el de la fidelidad había bajado los brazos ante los innumerables fracasos, el que protegía la ética pedía las tan ansiadas vacaciones, el que guiaba a los jefes en su tarea había aflojado el rendimiento, el que guiaba a los ingeniosos en las chanzas había perdido la luz, el que cuidaba a los que disfrutaban de la vida ya no tenía fuerzas, y entonces..., se llevó al Gordo Am para que dé cátedra de todo eso...

Dr. Gustavo Daniel D´uva

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: \$ 70,00.-

DUPLICADO DE CREDENCIAL: Denuncia Policial. (1) Foto Carnet 3 cm. x 3 cm.

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 15:30 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 1°	Dr. Francisco Zenón Aguilar
Vocal Suplente 2°	Dr. Héctor Armando Politi
Vocal Suplente 3°	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

¡BIENVENIDOS!

NUEVOS MATRICULADOS

M. P. N°	APELLIDO Y NOMBRE
5226	Dra. Diamante, Julieta
5227	Dr. Runco, Luis Oscar
5228	Dr. Ritzer Lacroix, Alejandro
5229	Dra. Coraite, Zulema Noemí
5230	Dra. Savoy, María Inés
5231	Dra. Dell Acqua, Mariana Estela
5232	Dra. Parra Martínez, Marylin
5233	Dra. Ahumada, Agustina
5234	Dr. Sarapura, Gustavo Angel
5235	Dra. Ventícola, Liliana Beatriz
5236	Dr. Princich, Federico Sergio
5237	Dr. Oliva Maldonado, Alejandro
5238	Dra. Licudis, Fernanda Mara
5239	Dra. Abraham, Mariana Alicia
5240	Dr. Jalit, Diego Félix
5241	Dr. González, Diego Eduardo
5242	Dra. Zabala, Natalia
5243	Dr. Cornejo, Federico
5244	Dra. Colque, Adriana Carolina
5245	Dr. Coutada, Virgilio Eugenio
5246	Dr. Sly, Jonathan Max
5247	Dr. Flores, José Luis
5248	Dra. Valdiviezo, Paola Romina
5249	Dra. Vera Orellana, Débora Candela
5250	Dra. Ursagaste Torres, María Victoria
5251	Dra. Baca, Mónica Alicia
5252	Dra. Esquiú, María Emilia
5253	Dra. Toscano, Jorgelina Rossana
5254	Dr. Villa, Rubén Augusto
5255	Dra. Vaca, María Valeria
5256	Dr. Leal, Roberto Carlos
5257	Dra. Alcaraz, Susana Andrea Noemí
5258	Dr. Linoti, Germán José
5259	Dra. Durán, Luz María
5260	Dra. Olguin, Laura Beatriz
5261	Dr. Martínez, Carlos Rafael

TRIBUNALES - COMITES - COMISIONES

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

TRIBUNAL DE
ESPECIALIDADES

Dr. Juan José Alborno
Dr. Francisco Zenón Aguilar
Dra. Silvia Vilca
Dr. Luis Fernando Rodríguez
Dr. Antonio Salgado

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
Dr. Julio 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
Dr. Octavio Alejandro Guanica
Dr. Lisandro Pfister
Dr. Welindo Toledo
Dr. Facundo Argañaraz

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 1984-1986

REGÍAN ENTONCES EL COLEGIO MÉDICO...

CONSEJO DE DISTRITOS

PRESIDENTE	Dr. Lucio Angel
SECRETARIO	Dr. Jorge Armando Dragone

MESA DIRECTIVA

Presidente	Dr. Oscar Jorge Farjat
Vicepresidente	Dr. Enrique Cornejo San Millán
Secretario	Dr. Oscar Armando Falcone
Tesorero	Dr. Roberto Coll
Vocal Titular	Dr. César Augusto Rolando Aguirre
Vocal Suplente 1º	Dr. Pedro Roberto Rumi
Vocal Suplente 2º	Dr. Eduardo E. Figueroa Bernal
Vocal Suplente 3º	Dr. Justo Alejandro Flores

TRIBUNAL DE ETICA Y EJERCICIO PROFESIONAL

Miembro Titular	Dr. Oscar Cornejo Torino
Miembro Titular	Dr. Jorge Maximiliano Vasvari
Miembro Titular	Dr. Federico Abel Saravia Toledo
Miembro Suplente	Dr. Mauricio Jorge Nisnik
Miembro Suplente	Dr. José Tomás Museli

TRIBUNAL DE APELACIONES

Miembro Titular	Dr. Alberto Briones
Miembro Titular	Dr. Lautaro Raúl Carrizo
Miembro Titular	Dr. Humberto José Diez Barrantes
Miembro Suplente	Dr. Carlos Ramón Godoy
Miembro Suplente	Dr. Heraclio Olaiz

REVISORES DE CUENTAS

Miembro Titular	Dr. Jorge Escandar Llaya
Miembro Titular	Dr. Wady Ruperto Mimesi

FOTO NOTICIAS



Como en años anteriores la Mesa Directiva del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta concurre en fecha 23/06/11 a la Escuela N° 4407 de la localidad de Ampascachi (Salta), haciendo entrega de la donación enviada por la Asociación de Médicos Municipales de Bs. As. y nuestro aporte.



El Dr. Esteban Poma Druetta participó en la 32° edición de los Juegos Mundiales de la Medicina & la Salud 2011 y del Simposio Internacional de Medicina del Deporte realizados del 2 al 9 de Julio en Las Palmas de Gran Canaria - España, obteniendo 1 medalla de oro, 2 de plata y 2 de bronce en las disciplinas de Tiro y Tenis. Asimismo, participó también de la XXXIV Olimpiada Médica Nacional CO.M.R.A 2011 realizada del 10 a 17 de Septiembre en el Valle de Punilla - Córdoba, obteniendo medalla de bronce en Tenis.

CONSEJO FEDERAL

REUNIÓN DE CONFEMECO EN SALTA

El día 23 de septiembre pasado se realizó la reunión ordinaria de CONFEMECO en la ciudad de Salta.

En primer término se produjo un rico debate sobre el tema de salarios en el Hospital Público y en los convenios con las Obras Sociales Provinciales, con un marco acorde para la discusión ya que se encontraban presentes el Sr. Ministro de Salud de la Provincia de Salta, Dr. Luis Gabriel Chagra Dib y el Presidente del Círculo Médico de Salta, Dr. Jorge Coronel. Se vislumbró el acuerdo de colaboración de las instituciones médicas representativas del quehacer médico con las

autoridades, despojadas de cualquier tinte o intencionalidad política, con el objetivo dirigido tanto al médico como hacia los pacientes.

El Sr. Ministro se comprometió a solicitar la incorporación de CONFEMECO al COFESA en calidad de observador a efectos de poder participar de las reuniones y así plantear las críticas y las propuestas a los señores ministros.

En el tema de residencias, el Colegio de Médicos de la Provincia de Salta aportó material sobre la realidad de la provincia.

En cuanto a los títulos de

especialistas de Universidades Privadas, se discutieron las posiciones que debemos adoptar, quedando a la espera la respuesta de la nota que le fuera enviada al Licenciado Jorge Steiman de la DGNU del Ministerio de Educación de la Nación.

Por último se actualizó el tema violencia con propuestas de realizar un relevamiento provincia por provincia, además del estudio de estrategias comunicacionales que nos permitan hacer la difusión de nuestra riesgosa actividad.

Dr. Mauricio D. Eskinazi
Presidente



PREMIO ANUAL 2011

RESOLUCIÓN N° 086/11

VISTO: El dictamen elaborado por el Jurado designado para la evaluación de los Trabajos Científicos presentados en el Concurso "PREMIO ANUAL COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA 2011", y;

CONSIDERANDO:

Que, se instituye el Premio Anual del cual será acreedor el o los autores de aquel trabajo que, a juicio del jurado designado a tal efecto, constituya un real aporte a las especialidades Clínicas y Quirúrgicas reconocidas por el Colegio de Médicos de Salta.

Que, de acuerdo a lo establecido por el Art. 6 del reglamento vigente, se procedió a calificar los trabajos presentados en los ítems: Metodología, Esfuerzo, Utilidad, Originalidad y Presentación Oral y Pública.

Que, y habiéndose promediado los puntajes obtenidos, el Jurado concluye a fs. 150/151, recomendar a la Mesa Directiva se otorgue al autor del Trabajo de Investigación Prospectivo titulado "COMPARACIÓN ÍNDICE OMEGA-3 EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UNA POBLACIÓN COMEDORA DE CARNE EN ARGENTINA COMPARADA CON UNA POBLACIÓN COMEDORA DE PESCADO EN NORUEGA", el PREMIO ANUAL COLEGIO DE MÉDICOS DE SALTA 2011 por haber obtenido la cantidad de 42,95 puntos, según la tabla de valores que se detalla seguidamente:

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PROSPECTIVA "COMPARACIÓN ÍNDICE OMEGA-3 EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UNA POBLACIÓN COMEDORA DE CARNE EN ARGENTINA COMPARADA CON UNA POBLACIÓN COMEDORA DE PESCADO EN NORUEGA"	PUNTAJE
METODOLOGÍA	8,40
ESFUERZO	8,40
UTILIDAD	9,00
ORIGINALIDAD	7,40
PRESENTACIÓN ORAL Y PÚBLICA	9,75
TOTAL PUNTAJE OBTENIDO	42,95

Que, en consecuencia, corresponde emitir la presente Resolución proclamando ganador al autor del Trabajo antes mencionado,

POR LO EXPUESTO,

LA MESA DIRECTIVA DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE SALTA

RESUELVE

1º) DECLARAR ganador del PREMIO ANUAL COLEGIO DE MÉDICOS DE SALTA 2011 al Trabajo de Investigación Clínica Prospectiva titulado "COMPARACIÓN ÍNDICE OMEGA-3 EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UNA POBLACIÓN COMEDORA DE CARNE EN ARGENTINA COMPARADA CON UNA POBLACIÓN COMEDORA DE PESCADO EN NORUEGA" cuya autoría pertenece al DR. RICARDO ALFONSO LEÓN DE LA FUENTE (M.P.N° 4169)._____

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 18/11/11. _____

3º) NOTIFÍQUESE, REGÍSTRESE y ARCHÍVESE. _____

* ACLARATORIA: Acto Académico postergado para el 15/12/11.

COMISION DE MEDICOS VOLUNTARIOS

ACCION SOLIDARIA

El Colegio de Médicos de la Provincia de Salta, en aras de proyectarse a la comunidad y brindarle servicios, conformó en el año 2010 la Comisión de Médicos Voluntarios. Esta Comisión, integrada por miembros de las Sociedades de Oftalmología, Cirugía Plástica, Dermatología y Ginecología, se reunió en distintas ocasiones planificando obras a realizar.

En Noviembre de 2011, se concretó la primera acción de colaboración médica voluntaria

a la comunidad. Colegas oftalmólogos, Dres. Enrique Abdenur, Martín Nazr Chaud y Alfredo Srur, junto a la Dra. Elsa Aguaisol de Cáceres, dermatóloga, concurren al Alfarcito, lugar a 87 Km de la ciudad de Salta por Ruta Nacional Nº 51, a 2800 mts de altura. Allí, gracias a la colaboración del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta, pudieron brindar la atención a la población de la zona, cada uno en su especialidad.

Sea esta acción motivo de estímulo a otros colegas para brindar voluntariamente servicios médicos sociales en aquellas zonas de nuestra provincia más necesitadas.

La Mesa Directiva del Colegio de Médicos de Salta pide a los colegas que quieran formar parte de dicha Comisión, comunicarse para concretar en acciones humanitarias y solidarias nuestra vocación de servicio.



MALA FAMA LA DEL VIEJO

A Carlos Serralta

El jeep avanzaba despacio, bamboleándose suavemente por lo poceado de la senda. Iban con la capota baja, atentos al monte que los flanqueaba porque recién había amanecido y ya se les habían cruzado varios conejos y una corzuela, y ni les dieron tiempo para reaccionar.

- Todavía está muy cargado el monte, -dijo Humberto que manejaba-, les dije que había que venir después de la helada, está muy tupido, no se ve nada a los costados.

- Entonces ¿qué hacemos?, ¿Le metemos para llegar al puesto o vamos cazando? - preguntó con impaciencia Carlos, eternamente malhumorado.

El Viejo, -como le decían- que iba atrás con Gustavo, su sobrino medio dormido, le palmeó el hombro a Carlos y le dijo para tranquilizarlo:

- Vamos cazando, ustedes avisenme cuando salga algo y yo le meto bala. Vayan despacio.

Cuando tres horas más tarde llegaron al puesto, adentro de la bolsa ya llevaban seis conejos y una charata, que el Viejo logró voltear con un tiro

de más de setenta metros, mejor dicho como con una docena de tiros, ya que la mira telescópica de su rifle estaba fuera de punto, y entre tiro y tiro le daba para atrás y para adelante a los tornillos de regulación y no había caso. Y la charata seguía ahí, impávida, mientras el viejo renegaba y a la vez se reía, y Carlos lo apostrofaba con los epítetos más increíbles de su colección. Cosa de chicos. Carlos trataba a su hermano mayor como a un chico.

- Dale a la derecha y abajo.

Pum. Y el tiro le salía a la izquierda y arriba, y el Viejo más se reía y él, más furioso aún le decía: - ¡pasame ese rifle que te voy a enseñar a tirar!

Y como era el único rifle que llevaban, y el bicho estaba fuera de alcance de su escopeta, más se enardecía. Al final el Viejo la acertó. Y el hecho fue que continuaron peleando y discutiendo hasta llegar al rancho de Don Servando, y si no hubiera sido por los conejitos que consiguieron cazar luego de detenerse varias veces y espinarse persiguiéndolos por el monte, la discusión se hubiera hecho interminable.

El Puesto, tal como se

denominaba ese paraje, estaba metido en lo más profundo del Chaco Salteño, justo en el límite con la provincia del Chaco. Los únicos habitantes en kilómetros a la redonda eran Don Servando, su mujer, un par de hijos grandes y una hija casada. Gente humilde, muy agradable y hospitalaria.

Apenas llegaron y les avisaron que se iban a quedar un par de días y que no se preocuparan por ellos ya que habían llevado de todo para comer y la carpa grande para dormir, Servando y su familia prestamente dispusieron donde instalarlos, y encendieron un gran fuego para que hicieran su asado. La parrilla le llamó la atención al Viejo, era interesante. Un tambor de hierro petiso, en el fondo las brasas y sobre ellas la parrilla redonda, -pa que no moleste el viento, ¿sábe don?- le dijo la hija de Servando. Y como el Viejo estaba interesado en esa parrilla, los otros le encargaron el asado, y tuvo que componérselas para no arrebatar la carne, ya que adentro del tambor era un infierno de calor. Convidaron a toda la familia, y estos quedaron encantados con la invitación. Servando tenía unos perros flacos que merodeaban a su alrededor mientras comían, pero sin acercarse a la mesa que estaba

bajo los árboles altos, tupidos. Una gran mesa de gruesos tablones asentados sobre rollos de troncos, trabajaba rústicamente, al igual que una prensa con un gran tornillo de madera dura, que estaba a pocos pasos de ella. La curiosidad del Viejo por ese artefacto le hizo conocer que "era para prensar los quesos". Quedó maravillado.

- Antes tenías más perros, Servando. - le dijo Gustavo.

- Uh... muchos teníamos...
- contestó el mayor de los hijos
- Pero me lo matan los pumas. En cada entrevero perdemos dos o tres.

- ¿Y no probaste de tener dogos...? - le dijo Carlos.

Y ahí nomás, ante la ignorancia de esa gente en el tema de los dogos argentinos, comenzó una clase a cargo de Carlos, dándoselas de gran conocedor de razas caninas.

- ¿Y no me va a poder conseguir algoito, don Carlos?
- le dijo Servando.

Y Carlos lo miró a su hermano mayor, el que con una sonrisa pícaro, levantando las cejas, le hizo un gesto como diciéndole:
- ...ahora te la aguantás...

Por la tarde descansaron y al atardecer salieron al monte, ahí nomás, acompañados por los hijos de Servando, en busca de unas vizcachas. Les fue bastante bien, a pesar de que había luna y no fueron muchas las que salieron, pero aún así quedaron satisfechos y decidieron regresar a dormir.

En pleno mayo, la noche en ese lugar estaba caliente de manera que se quedaron charlando, comiendo algo, tomando vino. Cuando se fueron a acostar, el Viejo en un gesto habitual, en plena oscuridad se sacó la prótesis dental, la enjuagó en una palangana que estaba ahí afuera y arrojó el agua allí

mismo.

- ¿Qué estás haciendo, viejo maniático? - salió la voz de Carlos de adentro de la carpa.

- Me lavo las manos, siempre me lavo las manos antes de acostarme. - Y recibió una réplica que hizo reír a todos.

El amanecer fue grandioso. Un coro multitudinario despertó al Viejo, que se revolvió en la bolsa de dormir, y se levantó despacio para no molestar a los otros. Afuera, el aire fresco y puro de la mañana lo revitalizó. Y se quedó escuchando, sentado en un banquito, a toda la fauna cantante del monte que estaba estrenando el día. Como a setenta metros de la carpa, vió a Servando que estaba sentado mateando bajo el alero de su rancho, que levanta una mano para saludarlo y él hace lo mismo, sonriéndole. Y cayó en cuenta de que estaba desdentado. Sigilosamente, se puso en la tarea de higienizar sus dientes

SR. COLEGIADO:

Invitamos a Ud. a participar de los próximos números de Vínculos, haciéndonos llegar artículos científicos y/o cualquier material que considere de utilidad, a cualquiera de nuestras direcciones de correo electrónico: info@colmedsa.com.ar, jorge@colmedsa.com.ar, diego@colmedsa.com.ar.

Comisión Consultiva de Jóvenes Médicos

postizos, y como escuchó que adentro su hermano ya estaba despierto y molestando a los otros, se va atrás de la carpa, y con disimulo se puso a espaldas a empolvar las prótesis con el polvito adherente. Y ahí nomás se las metió en la boca.

De pronto, por encima del bucólico coro, se elevó un espantoso rugido, un alarido animal ahí mismo a sus espaldas, que lo dejó helado un instante. Y entonces reconoció el sonido.

Era la voz de Carlos.

- Pe... pe... pero que hacés ¡hijo de pu...! ¡Dáme eso! ¿Qué estás haciendo, viejo... ¿desde cuándo?

- ¿Qué te pasa...? – le dijo confundido. – Y siguió la gritería salvaje.

- ¡Te estás pichicateando viejo...! ¡Y a la mañana...! ¡Dáme eso que te mato...! – Y se le fue encima.

El animal, grandote, se le tiró encima decidido, así que el Viejo retrocedió y optó por arrojarle a las manos el frasquito de plástico, puso distancia y esperó. No sabía si reírse o meterle un palo por la cabeza. Como un búfalo furioso, Carlos se metió adentro de la carpa.

- ¿Adónde miércoles están mis anteojos? – gritaba. Luego salió, se calzó las gafas, leyó atentamente el rótulo del envase, se echó una pizca de polvo en la yema del dedo y lo

probó y se le pegoteó el dedo y la lengua.

El viejo dijo: esta es la mía.

- ¡Así que vos creíste, pedazo de animal! ¡Cómo te imaginás...! ¡Ni se te ocurra...!

- Y su hermano menor comienza a disculparse. A su manera.

- Vámos, Pepe. Vos sabés que vos tenés las tuyas... Ví que te metías ese polvito en la mano y te lo mandabas a la nariz y... ¿qué querés que piense?

Desde adentro de la carpa se escuchaban las risotadas de Gustavo y Humberto. A lo lejos, bajo el alero del rancho, Servando seguía mateando tranquilamente, miraba para otro lado. A su alrededor, el concierto del monte había cesado abruptamente.

La cacería continuó esa mañana, nuevamente los changos de Servando los acompañaron y el más chico lo acompañó al Viejo.

- Ustedes vayan donde se les dé la gana -les dijo- Yo me voy solo. No los aguantó.

Al mediodía se encontraron en el campamento y se pusieron la tarea de pelar y desollar el producto de la caza. El Viejo estaba radiante, su bolsa estaba repleta. Por la tarde descansaron un rato y decidieron regresar a Salta. Cuando se despidieron de aquella gente tan amable, les dejaron cartuchos y mercadería que habían llevado para ellos. Al arrancar el jeep,

Servando le dijo a Carlos:

- Vengan cuando quieran, don, pero no se me va a olvidar de los perritos ¿no?

Como al mes, Carlos llegó sorpresivamente al taller de su hermano, lo abrazó y le dijo:

- A que no sabés con quién estuve la semana pasada y se acordó de vos?

- Ni se me ocurre. - Le contestó el Viejo.

- Con don Servando. El del Puesto. Se lo merecen, son buena gente. Le fui a llevar los dogos. Un machito, y dos hembritas de distinto padre. Me costaron un platal.

- Jodéte.

Carlos camina unos pasos, le pasa el brazo sobre los hombros y con un tono misterioso le dice:

- ¿Y sabés lo que me dijo? - Y comienza a reírse. - ¿A que no te imaginás, Pepe?

- No. Le contestó serio el Viejo, no me imagino.

- "Digamé don Carlos, su hermano, el canoso: ¿Ya se ha curao...?"

Hacia mucho tiempo que los dos no se reían así, tanto, tan abrazados.

Fuente: Libro "Entre el Sur y el Norte - Cuentos para leer en el avión" - Dr. Norberto Volante

HISTORIA DE LA MEDICINA

¿QUIÉN ERA GALENO?

El médico griego Galeno (129 – 200) ha sido probablemente el autor que más ha influido en el desarrollo de la medicina. Durante cerca de quince siglos sus trabajos fueron la autoridad indiscutible. Agudo polemista aunque amplio de criterio, Galeno fue al mismo tiempo un observador prudente y objetivo y un crédulo acrítico, un autoritario dogmático y un pensador original.

Galeno nació en Pérgamo en el seno de una familia rica, de buena posición y elevada cultura. Recibió una cariñosa pero estricta educación por parte de su padre, de quien dijo que era un hombre "justo, modesto y bondadoso". A

partir de los catorce años estudió filosofía, matemáticas y ciencias naturales con filósofos que le mostraron la importancia de la anatomía, la experiencia y las doctrinas hipocráticas. En su autobiografía cuenta cómo su padre le guió por el camino de la medicina tras ser aconsejado por Asclepio durante un sueño.

Pérgamo era en aquellos tiempos el mayor centro cultural del Asia Menor romana. Galeno podría haber proseguido en ella con provecho sus estudios de medicina pero, tras la muerte de su padre, residió en diferentes ciudades. Se encontró con que en todas ellas se concedía gran importancia a la anatomía, siendo

influido en Esmirna, Corinto y Alejandría por varios famosos cultivadores de la misma. Asimismo fue adquiriendo información acerca de las plantas y minerales curativos utilizados en cada zona. T u v o

además la posibilidad de observar muchas clases de enfermedades y de tratamientos, así como de conocer diferentes corrientes médicas, especialmente en Alejandría, donde acudían para estudiar, enseñar y practicar médicos procedentes de todos los territorios del Imperio Romano. Se formó asimismo como clínico, participando en la asistencia a los enfermos.

Cuando, tras viajar varios años, regresó a Pérgamo había obtenido cierta reputación como autor de algunas obras sobre anatomía y fisiología y por haber demostrado una gran agudeza clínica. Y fue seguramente a causa de esta reputación y por su posición familiar que el jefe de los juegos locales le nombró médico de los gladiadores. La necesidad de mantener sus cuerpos en forma le enseñó la importancia de los regímenes higiénicos y métodos preventivos. Al tratar las frecuentes heridas de estos luchadores, pudo observar la anatomía humana en vivo, en particular los huesos, las articulaciones y los músculos; pudo igualmente desarrollar su destreza en el tratamiento de las fracturas y de las heridas graves de tórax y abdomen.

C u a n d o a b a n d o n ó nuevamente Pérgamo para



dirigirse a Roma por vez primera, era un médico hábil y experimentado. Aunque en la capital imperial renunció a la práctica de la cirugía (las presiones sociales contra ella eran muy fuertes) su experiencia en este terreno le sirvió de base para sus amplias, detalladas y brillantes lecciones sobre el tratamiento quirúrgico.

Dejó Roma, pero tuvo la fortuna de ser llamado por el propio emperador Marco Aurelio por lo que regresó llegando a ser el médico de más éxito y prestigio de esta ciudad, y donde el favor imperial contribuyó todavía más a acrecentar su fama. Aun así, sin mostrarse satisfecho de haber alcanzado la cumbre, ironizó y ridiculizó las doctrinas y métodos diferentes a los suyos fueran contemporáneos o anteriores.

Inmerso en viajes, estudios, prácticas, disecciones, experimentos, polémicas y demostraciones, y asimilando el saber médico de la época, Galeno escribió numerosas obras en griego, que era al mismo tiempo su lengua natal y el lenguaje de la ciencia. La anatomía, la fisiología, la patología, la terapéutica, la higiene, la dietética y la filosofía fueron objeto de su agudo ingenio y de su prolífica pluma.

Las interpretaciones teológicas de la realidad constituyen una parte esencial de su producción. La idea de que todo fin está predeterminado le indujo a distorsionar lo que

veía o a asignar funciones concretas a un órgano sólo porque la naturaleza tenía que haberle asignado una clara finalidad. Estas concepciones a priori (que lo condujeron por una trayectoria equivocada desde la actual perspectiva) fueron el rasgo distintivo de sus doctrinas que más atrajo a las mentes cristianas medievales. Aristóteles dijo: "La Naturaleza no hace nada sin un propósito"; Galeno aseguró que él podía conocer los propósitos del organismo.

Las teorías humorales de los primeros filósofos griegos fueron utilizadas por Galeno. Los cuatro humores fundamentales (flema, sangre, bilis amarilla y bilis negra), responsables de la salud y de la enfermedad, le sirvieron de base para clasificar los temperamentos en cuatro tipos: flemáticos, sanguíneos, coléricos y melancólicos. Estos términos se utilizan todavía hoy para designar el carácter de una persona.

Otra característica de las obras de Galeno es su riqueza en detalles anatómicos. Algunos de sus estudios significaron un importante avance. Demostró, por ejemplo, que las venas están conectadas con el corazón y que los nervios nacen del sistema nervioso central. Describió el nervio glossofaríngeo, la estructura de la medula espinal, la de los uréteres y la de los huesos y sus correspondientes inserciones musculares. Tras la primera época alejandrina, la disección de cadáveres humanos no fue práctica

habitual por lo que Galeno y los demás anatomistas tuvieron que recoger la información de otras fuentes: observación casual de los órganos en heridos, hallazgos fortuitos de cadáveres y disección de animales suponiendo que su estructura es similar a la humana.

Como la mayor parte de sus conocimientos procedían del estudio de los animales (principalmente el mono de Berbería) y no de la disección de cadáveres humanos, Galeno cometió muchos errores relativos especialmente a los órganos internos. Afirmó, por ejemplo, que la rete mirabile, plexo vascular existente en la base del cerebro de los animales ungulados, existía también en el hombre. Postulaba además la presencia de estructuras inexistentes con el fin de corroborar sus teorías. Así por ejemplo, aunque normalmente no existe comunicación directa entre las cavidades derecha e izquierda del corazón, el médico de Pérgamo supuso que existen pequeños orificios en el tabique que las separa, para corroborar de este modo su esquema teórico del movimiento de la sangre según el cual ésta pasaba de un lado a otro.

A pesar de los errores y falsos supuestos de Galeno, resultan asombrosas la riqueza y precisión de sus escritos. Los estudiosos de siglos posteriores repitieron todas sus descripciones -tanto las correctas como las incorrectas- sin someterlas a la

comprobación denominada por Galeno "principio de descubrimiento por experiencia". Galeno experimentó con animales y diferenció entre nervios sensitivos y motores, explicó las consecuencias de la sección de la medula espinal, examinó las funciones torácicas y probó que el corazón puede seguir latiendo sin nervios. Al seccionar un nervio determinado del cuello de un cerdo, éste dejó de gritar, lo que puso de manifiesto su función. También demostró por vez primera que las arterias contienen sangre y no aire. Algunas de sus contribuciones tuvieron quizá bases o antecedentes que hoy desconocemos, pero normalmente cuando se habla de Galeno se la considera como el primer experimentalista.

Galeno fue probablemente el mejor observador clínico de su tiempo. Debemos considerarlo sólo como probable debido a que la mayor parte de la información que hoy poseemos acerca de la práctica clínica de la época procede precisamente de la obra de Galeno, quien de forma distinta a Hipócrates, que contaba sus buenos y malos resultados con imparcialidad y sin jactarse, expone sobre todo sus éxitos, utilizando expresiones de autoalabanza. A pesar de todo, no cabe duda de que poseyó una gran agudeza clínica. Cuando los médicos de Marco Aurelio afirmaron que sus síntomas correspondían al comienzo de una enfermedad febril grave, Galeno diagnosticó una ligera

indisposición de la cual se repondría rápidamente. El tratamiento consistió en aplicar en el abdomen paños de lana empapados con medicamentos, práctica muy común en la medicina de todos los tiempos, que probablemente influyeron poco en el curso de la enfermedad. Galeno concedió mucha importancia al pulso y desarrolló un rico y complejo léxico de términos descriptivos relativos al mismo. Comprendió además la inseguridad y miedo de los enfermos, así como la interrelación entre las emociones y los síntomas somáticos. Aunque también utilizó con frecuencia las sangrías, basándose en la teoría de los cuatro humores, advirtió acerca de las precauciones que había que considerar en cuanto a la cantidad de sangre extraída.

A pesar de recurrir a las purgas y a la aplicación de ventosas, la mayor parte de sus tratamientos están en la línea hipocrática de ayudar a la Naturaleza con métodos moderados como la dieta, el descanso y el ejercicio. Concedió especial importancia, tal como antes hemos mencionado, a la prevención de las enfermedades mediante regímenes higiénicos.

Se atribuye a Galeno el uso de medicamentos a gran escala: Recogía las plantas curativas y él mismo preparaba sus prescripciones por desconfiar de los rizotomistas y de los vendedores de medicinas. La gran cantidad de ingredientes

que reunía en una sola preparación ha sido denominada a veces "galénica", aunque este término no tiene un significado preciso. Llevó la polifarmacia a su límite, mezclando y combinando agentes cuyas propiedades clasificó según los humores y sus cualidades de frialdad, calor, sequedad o humedad. Por ejemplo, una enfermedad calificada de caliente requería un medicamento frío de acuerdo con un sistema de clasificación basado en doctrinas totalmente especulativas.

Un medicamento compuesto que Galeno complicó todavía más fue la teriaca. Esta antigua preparación, integrada por numerosos ingredientes, era originalmente un antídoto contra las mordeduras de serpiente utilizándose más tarde para combatir todo tipo de venenos en incluso epidemias. Una leyenda cuenta que Mitridates VI, rey del Ponto (132-63 a.C.), experimentaba con esclavos con el fin de encontrar antídotos contra los venenos, a los que tenía un miedo horroroso. Al resultado final de sus experimentos se denominó mithridatium. En el siglo I d.C., después de que Andrómaco, médico de Nerón, añadiera carne de víbora al compuesto, éste pasó a denominarse teriaca (del griego, "fiera").

Con el paso de los años se fueron añadiendo a la teriaca cada vez más ingredientes. Galeno los aumentó hasta llegar a setenta, y en la Edad Media el número total excedía

de cien. Este antídoto universal, cuyo proceso de preparación duraba meses, se pensaba que debía envejecer con los años como el vino aunque fuera más sólido que líquido. Tan importante fue la teriaca en la práctica médica que su uso persistió durante las centurias siguientes a la Edad Media y el Renacimiento. La crítica más eficaz e interesante de este medicamento fue realizada en Inglaterra por William Heberden en el siglo XVIII, pero aún así continuó utilizándose durante unas décadas antes de que decayera su consumo en dicho país. También las farmacopeas de Francia, España y Alemania incluyeron la teriaca en sus listas de medicamentos hasta el último cuarto del siglo XIX.

Cultos e ignorantes, listos y tontos, todos tenían fe en la teriaca para prevenir las enfermedades, tratar las inflamaciones, luchar contra la "peste negra", curar las mordeduras venenosas de cualquier tipo, incluso la de los propios hombres (cuya peligrosidad fue señalada por Celso, Plinio, Galeno y otros). Parece ser que gran parte de su popularidad se debe a la presencia del opio entre sus variados componentes. Galeno, como muchos de sus contemporáneos, creyó tanto en la teriaca, que lo compuso personalmente para los emperadores a los que sirvió.

Los numerosos estudios de Galeno sobre fisiología experimental, clínica y terapéutica han oscurecido un

tanto su talento y sus agudas observaciones referentes a la cirugía. "Todas las operaciones quirúrgicas -afirmó- pueden incluirse en dos grupos: separación y aproximación. La aproximación se efectúa en la reducción y consolidación de las fracturas, reducción de las dislocaciones, reducción de los prolapsos del intestino, el útero o el recto, sutura del abdomen y restauración de la falta de sustancia de la nariz, labios u oídos. La separación se realiza cuando se practican incisiones simples, en la circuncisión, levantamiento de la piel, arrancamiento del cuero cabelludo, sección de las venas, amputación, cauterización, raspadura y cortes con sierra".

Galeno expuso numerosas ideas de interés acerca del uso de instrumentos quirúrgicos, que eran muy variados en la época: cuchillos de todos los tamaños, tijeras, pinzas, tablillas, retractores para mantener abiertas las incisiones, etc. Sus consejos para practicar incisiones para acceder a la cavidad abdominal, y para drenar los abscesos y después cerrarlas demuestran gran conocimiento. Extirpó audazmente tumores y huesos infectados, pero no quiere decir esto que fuera un cirujano precipitado. A pesar de su tendencia a vanagloriarse, ciertas descripciones reflejan su habilidad y su pragmatismo.

Ante la complejidad de las obras de Galeno hay que preguntarse por qué se

ejercieron tan profunda e indiscutible influencia a lo largo de mil quinientos años. Las causas parecen residir, en primer lugar, en las inestables condiciones de la Edad Media, que engendraron un vehemente deseo de certeza y autoridad tanto en el Islam como en Europa. Su estilo dogmático, didáctico e incluso pedante encajó con el absoluto, ya que Galeno no dejaba preguntas sin contestar. Incluyó además razonamientos de tipo teológico que facilitaron su adopción por parte de la Iglesia cristiana. Asimismo, al integrar todos los conocimientos médicos anteriores a él de forma enciclopédica, convirtió su obra en la principal fuente del saber médico. Su gran influencia fue posible por el hecho de que perdurasen ochenta y tres tratados de los quinientos que escribió. Los primeros compiladores y estudiosos de su obra mitificaron su nombre y Oribasio, Aecio, Alejandro de Tralles, Pablo de Egina, autores e igualmente autoridades de gran reputación hablaron de Galeno como de la gran cabeza creadora de todo el saber médico.

Galeno no fue criticado de forma real hasta el siglo XVI, cuando Vesalio, gran anatomista del Renacimiento, sacudió los cimientos de su autoridad.

Dres. Lyons / Petrucelli
Fuente: Revista Historia de la Medicina - Edición Especial Argus



HUMOR MEDICO



CHISTES

- Doctor, no sé qué me pasa, me toco la cabeza y me duele, me toco la nariz y me duele, el pie y me duele;
- ¿Qué tengo Doctor?
- El dedo fracturado.

Una paciente de sesenta años le pregunta al doctor:

- Oiga doctor, cuando subo la pendiente para llegar a mi casa me fatigo muchísimo, ¿Qué me aconseja tomar?

Y el médico le responde:

- Un taxi, señora.

COLMEDSA
Colegio de Médicos de la Provincia de Salta

[Inicio](#) [El Colegio](#) [Servicios](#) [Descargas](#) [Videoteca](#) [Bolsa de Trabajo](#) [Contáctenos](#)

buscar...



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

Suscríbase a nuestro Newsletter en:

www.colmedsa.com.ar



Feliz Navidad y próspero Año Nuevo a todas las personas de buena voluntad. Nuestros mejores deseos para que reine el Amor, la Paz y la Hermandad en cada rincón de todos los hogares de nuestra bendita Patria.

Mesa Directiva



Foto de Tapa

Hospital San José de Cachi
"Dr. Arne Hoygaard"
(Cachi - Salta)

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

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

CONSULTA A DOMICILIO:
\$ 70,00 (PESOS, SETENTA)

RESOLUCIÓN N° 103. MESA DIRECTIVA

VALORES VIGENTES A PARTIR DEL 01/12/11.



VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta